

Plusieurs autres de nos malades atteints de pneumonie caséuse du sommet à début brusque avaient eu des hémoptysies plus ou moins abondantes qui étaient déjà, par elles-mêmes, un indice à peu près certain de tuberculose. Les bacilles furent en effet démontrés dans leurs crachats et l'évolution des lésions ne laissa aucun doute sur leur nature. Si l'hémoptysie avait fait défaut chez eux, sans la démonstration fournie par les bacilles, ce diagnostic fut resté en suspens pendant plusieurs jours.

II.—*Pneumonie caséuse migratrice*.—Messieurs, j'aborde maintenant la description d'une autre forme de la pneumonie caséuse. Celle que nous avons envisagée jusqu'à présent était surtout caractérisée par son siège : celle que nous allons examiner est surtout remarquable par son étendue. Elle tend à envahir plus ou moins rapidement la totalité du poumon primitivement atteint. plus tard même elle envahit le poumon du côté opposé. Cette marche migratrice, progressivement, ou plutôt successivement envahissante, n'est pas le propre de la tuberculose massive. Trousseau a décrit sous le nom de pneumonie érysipélateuse, une pneumonie que les Allemands ont appelée migratrice, dont le caractère particulier est d'envahir le poumon par poussées successives. Si les foyers se succèdent rapidement, il peut se faire qu'un des poumons soit hépatisé dans toute son étendue et même que le poumon de l'autre côté soit simultanément atteint.

Ces foyers, accolés les uns aux autres, présentent, pris isolément, chacune des phases de la pneumonie fibrineuse. Les premiers en date sont déjà à la période des râles sous crépitants de retour, alors que les autres donnent lieu simplement à du souffle tubaire, de la matité et du retentissement de la voix. Il en résulte que certaines régions du poumon paraissent en voie de ramollissement caséux, alors que les autres semblent simplement indurées. La fièvre persiste à un degré élevé; la défervescence ne se fait pas aux jours critiques, et, la maladie se poursuivant ainsi, la confusion devient absolument inévitable.

Qu'il s'agisse d'une pneumonie migratrice progressivement envahissante ou d'une tuberculose massive à foyers successifs, tout est semblable : mode de début, signes physiques, expectoration et fièvre. En dehors de l'examen des bacilles, je déclare le diagnostic absolument impossible jusqu'au jour où apparaissent les cavernes, s'il s'agit de la tuberculose, où la résolution est totale ou définitive, s'il s'agit de la pneumonie simple.

Permettez-moi de vous rapporter l'histoire de deux malades actuellement encore couchés dans nos salles. Ces observations, très nettes, seront des exemples concrets bien faits pour corriger ce que l'énoncé que je viens de donner peut avoir d'abstrait.

Un jeune homme de 22 ans, d'une bonne santé habituelle, entre dans le service le 11 novembre dernier. Il tousse seulement depuis quinze jours. Depuis cinq à six jours il se sent très souffrant, très abattu et éprouve un point de côté léger au-dessus du mamelon gauche. Son expectoration est muco-purulente. Il n'a pas craché de sang.

Au moment de l'entrée, la fièvre est vive, la température dépasse 40°. La dyspnée est marquée, la respiration anxieuse. A l'auscultation, on trouve des râles sibilants et ronflants généralisés, un souffle tubaire assez léger dans la fosse sus-épineuse gauche, et des râles sous-crépitaux dans la fosse sous-clavière correspondante.