devient des plus hésitants. Il est d'autant plus difficile que les râles de retour prennent volontiers au sommet du poumon le timbre de véritables gargouillements. Si la défervescence n'a pas été absolument franche, l'embarras augmente et il devient absolument impossible de se décider en faveur de la tuberculose ou de la pneumonie fibrineuse. Ce n'est que par l'observation prolongée du malade que l'on peut arriver à la certitude: tout disparaît s'il s'agit d'une pneumonie fibrineuse; il se fait des cavernes, s'il s'agit d'une pneumonie caséuse.

Un garçon d'hôtel, âgé de 37 ans, entre le 6 novembre 1883, au n° 4 de la salle Saint-Christophe. Depuis cinq ou six ans, il a eu à plusieurs reprises des fluxions de poitrine. Les commémoratifs ne permettent pas de déterminer exactement leur nature. C'est un homme fatigué, surmené par son métier de garçon d'hôtel qui l'oblige à travailler beaucoup et à passer la plus grande partie de ses nuits sans sommeil.

Dix jours avant son entrée, il a été pris de frissons, d'étouffements, de fièvre, de toux. Il a éprouvé dans le côté droit de la poitrine, non pas un point de côté bien limité, mais une douleur diffuse. Vers le sommet du thorax, on constate un foyer de matité qui comprend la fosse sous-épineuse. Au même niveau, râles sous crépitants augmentant par la toux, retentissement de la voix et de la toux. Il y a des râles sibilants et ronflants disséminés dans les deux poumons. La fièvre était vive, le facies assez animé.

Les jours suivants, les râles devinrent plus abondants, plus humides et prirent le caractère de petits gargouillements. L'expectoration était composée de plusieurs parties distinctes. On trouvait, dans un liquide séreux, des grumeaux purulents et des masses jaunâtres, transparentes, non aérées, sucre d'orge.

Quatre jours plus tard, l'état général était mauvais: il y avait de l'abattement, avec un facies déprimé. La fièvre tomba seulement le sixième jour du séjour à l'hôpital, quinze jours par conséquent après le début de la maladie.

Dans ce cas particulier, le siège de la lésion, la longue durée de la maladie, sa survenue chez un individu affaibli, surmené, d'antécédents suspects, amenaient forcément à songer à la tuberculose. L'examen des crachats fut pratiqué à plusieurs reprises: il donna des résultats négatifs. Il s'agissait donc d'une pneumonie simple, d'évolution anormale, qui simulait une pneumonie caséuse. En effet, tous les signes d'auscultation et de percussion disparurent complètement. Le malade revu sept mois plus tard ne présentait au sommet du poumon aucun signe de tuberculose: la pneumonie n'avait laissé aucune espèce de trace.

Je pourrais mettre en regard de cette observation négative plusieurs observations positives dans lesquelles la découverte du bacille a rapidement fixé le diagnostic. Une des plus curieuses et des plus démonstratives est celle d'un jeune homme de 18 ans, qui, après avoir été mouillé par la pluie, avait eu un grand frisson, puis plusieurs frissons moins accentués. On trouvait des râles sibilants et ronflants disséminés dans les deux poumons, et, au sommet droit, du souffle tubaire avec retentissement de la voix. L'expectoration muco-purulente renfermait de nombreux bacilles. La température atteignait 40°. Après un mois de séjour dans la salle, il sortait avec un foyer de ramollissement au sommet du poumon droit.