

M. Jaccoud, etc. C'est une pneumonie massive plus ou moins étendue, pouvant occuper tout le lobe supérieur et de plus une partie du lobe moyen. Elle se présente sous un aspect comparable à la pneumonie fibrineuse, sous forme de masses densifiées, à coloration un peu violacée, et sèche à la coupe, non pas de cette sécheresse qu'on observe dans certaines phases de la pneumonie fibrineuse et qui est due à la tendance à la rétraction. Ce qui frappe c'est le nombre des granulations. Tandis que dans la pneumonie fibrineuse chaque alvéole forme en quelque sorte une granulation, celles que nous observons ici sont constituées par plusieurs alvéoles, remplies et distendues par l'exsudat qu'elles contiennent. Considérées à la loupe, elles affectent l'aspect des granulations de la tuberculose miliaire aiguë et celles de la périphérie, contiguës au tissu sain, plus cohérentes et plus petites, présentent avec celles de la granulie une ressemblance parfaite. De plus, en un point quelconque de ces masses, on retrouve des lésions chroniques, comme le professeur Renaut et moi avons pu le constater, granulations fibreuses ou cavernules cicatrisées, reliquat d'une poussée antérieure.

S'agit-il là d'une pneumonie aiguë éclatant au cours d'une granulie, ou d'une granulie venant compliquer une pneumonie aiguë développée antérieurement? L'étude histologique révèle des lésions complexes, comprenant à la fois les altérations de la pneumonie franche lobaire et celles d'une éruption granulique, avec cette particularité que les

granulations tuberculeuses siègent dans les alvéoles et contiennent des bacilles qui impriment ainsi le cachet de la maladie. En même temps que les granulations sont cohérentes ou confluentes, les alvéoles sont distendues par l'exsudat pneumonique. Telles sont les lésions anatomiques que présentent les différentes formes de la phtisie galopante.

Il nous reste maintenant à décrire leur évolution clinique.

Les formes broncho-pneumonique et pseudo-lobaire caséuses revêtent les caractères d'une affection pulmonaire aiguë, elles rappellent les symptômes de la broncho-pneumonie simple ou de la pneumonie lobaire, et quelquefois ceux de la broncho-pneumonie pseudo-lobaire.

L'état fébrile est le même et, en étudiant les signes généraux de la tuberculose, nous avons déjà vu qu'il pouvait affecter la forme continue rémittente, plus rarement intermittente, la température s'élevant à 39, 40, 41 degrés. De même le pouls est fréquent, plein, vibrant, en un mot celui des maladies inflammatoires.

La forme broncho-pneumonique pseudo-lobaire se distingue de la forme lobulaire uniquement par le point de côté, dû, comme nous l'avons vu, aux complications pleurétiques, sous forme de pleurésie sèche ou gélatiniforme, point de côté d'ailleurs peu marqué. En revanche, l'oppression est souvent extrême, la respiration fréquente, élevée, nécessitant le jeu de tous les muscles inspirateurs accessoires; le facies est anxieux et, chez l'enfant surtout, la dila-

tation de l'aile du nez est de règle. L'expectoration, muqueuse au début, ne garde pas longtemps ce caractère, elle devient vite plus épaisse, jaunâtre, muco-purulente et, plus tard quand le travail ulcératif rapide a déterminé des ulcérations, les crachats n'offrent plus aucune différence avec ceux de la phtisie chronique.

Les signes physiques n'offrent rien non plus de bien spécial. Ils peuvent être confus, mal caractérisés par un mélange de râles muqueux, sous-crépitants et crépitants. Quand les noyaux de broncho-pneumonie sont isolés, comme il est fréquent de l'observer chez les enfants, et disséminés dans le tissu sain ou congestionné, on observe les mêmes signes que dans les cas d'inflammation des bronches de petit volume, de bronchite capillaire, de congestions pulmonaires.

Les formes confluentes, à noyaux cohérents, se révèlent à la percussion par des zones de matité et donnent naissance à l'auscultation, à de la respiration soufflante ou à du souffle véritable, souvent très marqué dans les grosses pneumonies caséuses. Naturellement dans ces cas, le ramollissement plus ou moins rapide, mais toujours précoce, amène bientôt l'apparition de râles significatifs, accusant la formation d'excavations, cavernules ou cavernes, au niveau desquelles le retentissement de la voix devient manifeste.

Les signes généraux sont trompeurs au début : l'amaigrissement ne se produit pas d'emblée, il est souvent même tardif ; le faciès est un peu turgescent ; les pommettes rouges,

réalisant ainsi le type clinique connu sous le nom de phtisie floride. C'est à la fin que les malades deviennent pâles, présentant, seulement au moment des accès de fièvre, de la rougeur des pommettes. Cette fièvre devient de plus en plus intense, l'inappétence est extrême, la nutrition se fait de plus en plus mal et la mort arrive au milieu de phénomènes d'affaiblissement et de diarrhée.