

rhume quand il en sera débarrassé, tandis que pour une pneumonie il est permis de se prononcer plus facilement. En général, au bout de neuf, dix à douze jours, ou bien la mort a terminé la lutte, ou bien les accidents généraux s'amendent, et la convalescence arrive. Et ne croyez pas que cette incertitude dans la marche du catarrhe soit spéciale à celui qui occupe les bronches; ce que j'en dis ici s'applique au catarrhe en général, qu'il affecte la membrane muqueuse pulmonaire ou celle de l'intestin, qu'il affecte la vessie ou les organes génitaux chez l'homme comme chez la femme.

Cela posé, vous comprendrez pourquoi, le catarrhe étant le point de départ de la pneumonie chez l'enfant, vous retrouverez dans celle-ci les mêmes difficultés de pronostic que dans la bronchite, puisque, comme la bronchite, elle gardera des allures indéterminées, avec des tendances aux retours auxquelles vous ne sauriez assigner un terme.

Un enfant est atteint d'un gros rhume avec fièvre; au bout de quatre à cinq jours vous avez entendu, en auscultant la poitrine, des râles sous-crépitaux disséminés, puis du souffle, et vous avez légitimement conclu à l'existence d'une broncho-pneumonie. Pour la combattre, vous avez eu recours aux médications les plus énergiques, elles sont restées impuissantes; car, à quelques jours de là, ces râles, ce souffle, qui auront pu disparaître un instant, se seront manifestés de nouveau. Vous les retrouverez dans un autre point que celui qu'ils occupaient auparavant, soit dans une autre partie du même poumon, soit dans l'autre poumon; puis bientôt, sans quitter les points nouvellement envahis, ils pourront occuper ceux où ils s'entendaient au début. Telle est l'évolution de la maladie, dont vous reconnaîtrez les signes par l'auscultation bien plus qu'à l'aide de la percussion, qui ne vous apprendra rien qu'autant qu'un lobe entier, ou tout au moins une grande partie d'un lobe sera envahie.

Ainsi le catarrhe péripneumonique peut, dans l'espace de quelques jours, non-seulement abandonner les points qu'il avait d'abord occupés pour en occuper d'autres, mais encore disparaître entièrement, en tant que péripneumonie, pour reparaitre un peu plus tard, et ainsi de suite, pendant un, deux et jusqu'à trois mois. Ces affections successives ne sont pas des rechutes, des retours d'une maladie qui aurait guéri: c'est toujours le même catarrhe; cette longue série d'accidents interrompus et repris qui le caractérisent est le résultat de l'action de la même cause.

Dans la pneumonie franche de l'adulte les choses se passent d'une tout autre manière. Un lobe est frappé; l'inflammation se propage aux alentours de la partie primitivement et principalement affectée, mais elle ne saute pas d'un point à un autre, comme le fait le catarrhe péripneumonique; elle reste dans les limites où elle s'est d'emblée circonscrite, ou bien elle s'étend de proche en proche.

Or, on comprend sans peine que, dans la broncho-pneumonie, sous l'influence de ce travail morbide dont il est à différentes reprises le siège, le parenchyme pulmonaire finisse par conserver un degré plus ou moins prononcé

d'induration. Il est alors impossible de ne pas admettre que le catarrhe bronchique soit bientôt accompagné de pneumonie chronique; aussi la pneumonie chronique est-elle un peu moins rare chez l'enfant qu'elle ne l'est chez l'adulte.

Chez l'adulte, la pneumonie chronique est tellement rare, que son existence, vous le savez, a été longtemps contestée, et qu'un certain nombre de médecins se refusent à l'admettre. Toutefois la majeure partie des cliniciens, tout en signalant son extrême rareté, professent aujourd'hui que, vers le dixième ou le douzième jour d'une pneumonie franche, les phénomènes généraux peuvent disparaître et les accidents locaux persister. La fièvre est tombée, les crachats ont repris leur coloration naturelle et leur aspect normal, l'appétit est revenu. Cependant, à la percussion, on a toujours de la matité; à l'auscultation, on entend le souffle bronchique, les râles crépitants, la bronchophonie, dans une étendue quelquefois considérable, ou bien, comme on en a cité quelques exemples, on n'entend plus dans la partie occupée par la lésion aucun bruit normal ou anormal. Cela peut durer quinze, vingt, trente, quarante et même soixante-dix jours, ainsi que vous en trouverez un fait signalé dans la thèse (1) de M. le docteur A. Raymond. Je vous rappellerai aussi cet homme que nous avons eu longtemps au n° 49 de la salle Sainte-Agnès, et qui était entré dans le service de la Clinique pour une pneumonie aiguë très-violente. Pendant près de deux mois, nous avons noté chez lui des râles sous-crépitaux et du souffle au niveau de la fosse sus-épineuse du côté droit; il gardait toujours un mouvement de fièvre; néanmoins, lorsqu'il nous quitta parfaitement rétabli, sa respiration avait repris sa pureté naturelle, il n'y avait plus aucun bruit anormal. Évidemment, dans ce cas, la lésion inflammatoire, l'induration du tissu pulmonaire avait persisté bien au delà des limites du temps qu'elle met ordinairement à se résoudre. Sans doute l'hépatisation n'avait pas conservé la forme qu'elle avait prise au quatrième ou cinquième jour de l'invasion de la maladie, mais cette hépatisation n'en existait pas moins, indépendante de toute affection tuberculeuse.

On a dit, en effet, et avec juste raison, que la pneumonie chronique était liée, non pas toujours, comme le veulent ceux qui nient absolument son existence, mais presque toujours à la présence de productions accidentelles dans le parenchyme pulmonaire; qu'en un mot, cette forme de pneumonie était presque toujours tuberculeuse. Cela est vrai pour l'adulte; cela l'est aussi pour l'enfant, bien que chez lui, je le répète, il soit comparativement un peu plus fréquent de rencontrer la pneumonie chronique simple, celle qui se termine quelquefois, rarement, par résolution, mais qui, dans quelques circonstances, donne lieu à ces suppurations des lobules pulmonaires, à ces petits abcès disséminés qui se vident dans les bronches, ce qui est le cas le plus heureux, ou qui s'ouvrent dans la plèvre et causent de graves accidents, ou bien encore qui s'enkystent au milieu des lobules guéris.

(1) Sur la pneumonie chronique, thèse de Paris. 1842.

Même chez les enfants, lorsque vous serez consultés pour un malade affecté d'un gros rhume avec fièvre durant depuis longtemps, et que vous constaterez l'existence du souffle bronchique persistant opiniâtrément dans le même point pendant plus d'un mois, lorsque ce souffle sera accompagné de râles muqueux sous-crépitaux, et que vous vous serez assurés qu'il n'est pas dû à la présence d'un épanchement pleurétique, réservez votre diagnostic, car il est à craindre que l'enfant ne soit tuberculeux.

La tuberculisation, en effet, n'est jamais plus fréquente que dans les premières années de la vie. Les médecins qui ont suivi longtemps les services consacrés aux enfants à la mamelle savent que le plus grand nombre de ces petits malades succombent à des affections tuberculeuses de la poitrine. Malheureusement le diagnostic de la tuberculisation pulmonaire est bien autrement difficile à établir chez les sujets du jeune âge que chez les autres. Une grande partie des éléments que seule peut nous fournir l'auscultation pour arriver à la notion exacte et précise de la lésion caractéristique, une grande partie de ces éléments font absolument défaut.

Le murmure vésiculaire, les bruits anormaux qui les remplacent ou les accompagnent, sont difficilement entendus, l'enfant respirant souvent mal et ne respirant jamais à votre commandement comme le fait l'adulte. J'en dirai autant du retentissement de la voix, lequel d'ailleurs, comme je l'ai rappelé plus haut, est remplacé par le retentissement du cri. La même réflexion s'applique à l'auscultation de la toux, qui aide si habituellement l'examen stéthoscopique de la poitrine. On ne saurait compter sur les caractères tirés des crachats, puisque chez les jeunes sujets l'expectoration n'a pas habituellement lieu.

Si le diagnostic de la tuberculisation pulmonaire est aussi difficile chez l'enfant, combien le sera davantage le diagnostic entre cette maladie et la pneumonie chronique, diagnostic presque impossible à établir chez l'adulte lui-même dans un grand nombre de circonstances.

On a cherché, je le sais, à donner des signes caractéristiques pour y arriver. Chez l'adulte, la marche des deux maladies, dit-on, est différente; l'induration pulmonaire purement inflammatoire se produit le plus habituellement à la suite d'une pneumonie aiguë, tandis que l'induration tuberculeuse se fait lentement et succède rarement à une franche fluxion de poitrine. On voit déjà tout ce que la valeur de ce premier caractère a de contestable, car il est assez commun qu'une pneumonie devenue le point de départ d'une manifestation de la diathèse tuberculeuse vers les poumons, laisse après elle une induration de nature spécifique.

Si le siège de prédilection de l'induration tuberculeuse est le sommet de l'un des poumons, il est rare qu'avec de l'attention, on ne puisse constater quelque chose du côté opposé. Dans la pneumonie chronique, la lésion est unique et occupe le plus souvent la base ou la partie moyenne du poumon. Mais il n'en était point ainsi chez le malade de la salle Sainte-Agnès dont je rappelais tout à l'heure l'observation, puisque chez lui, et il serait probable-

ment facile de trouver des faits analogues, la lésion occupait le niveau de la fosse sus-épineuse du côté droit, là où nous rencontrons si souvent l'engorgement pulmonaire tuberculeux.

L'absence des hémoptysies dans le cas de pneumonie chronique, leur fréquence dans la phthisie, seraient encore des phénomènes caractéristiques; mais nous savons combien souvent aussi nous constatons l'existence d'indurations tuberculeuses chez des individus qui n'ont jamais craché de sang.

Les symptômes généraux, tels que l'amaigrissement rapide, les sueurs nocturnes qui surviennent dans la tuberculisation et manquent chez les individus affectés de pneumonie chronique, ne constituent pas de meilleurs signes différentiels, car il n'est pas extraordinaire de constater l'existence d'une tuberculisation au premier degré chez des individus de belle santé en apparence, qui se plaignaient seulement d'être légèrement enrhumés; et, quelquefois, chez d'autres qui n'avaient rien qui pût éveiller l'attention de ce côté, un examen attentif nous fait découvrir l'affection grave que nous ne soupçonnions pas. La résistance au doigt qui percute, dans la pneumonie chronique, en opposition avec une matité moins complète dans l'induration tuberculeuse, est un dernier caractère d'une nuance bien délicate et dont la valeur clinique me paraît très-difficile à prouver.

En définitive, c'est plutôt par induction, c'est par l'appréciation des caractères généraux de la maladie, c'est en examinant avec soin, c'est en répétant plusieurs fois son examen, c'est en suivant le malade, que nous reconnaissons la nature de l'affection dont il est atteint; ce qui arrivera dans la suite, les modifications survenues dans les phénomènes perçus par l'auscultation et par la percussion nous en diront souvent beaucoup plus que ce qui s'est passé auparavant et que ce que nous aurons constaté au début.

Chez l'enfant, ce diagnostic différentiel est encore plus difficile à établir que chez l'adulte. Car, si chez l'adulte les râles muqueux gros, le gargouillement, le souffle caverneux, tous les signes d'une excavation pulmonaire consécutive à la fonte tuberculeuse succédant au souffle et aux râles sous-crépitaux, viennent un jour donner la certitude presque absolue de l'existence de l'affection tuberculeuse, chez l'enfant ces signes ne vous donneront pas encore une complète certitude, attendu que les gros râles, les gargouillements, le souffle caverneux, peuvent être le signe de ces petits abcès pulmonaires si communs dans la pneumonie de l'enfance, aussi bien que des excavations tuberculeuses. Toutefois je répéterai ici ce que j'ai déjà dit, à savoir, que lorsque, consultés pour un enfant affecté depuis longtemps d'un gros rhume avec fièvre, vous entendrez un souffle bronchique persistant opiniâtrément dans le même point pendant plus d'un mois, lorsque ce souffle sera accompagné de râles muqueux sous-crépitaux, et que vous vous serez assurés qu'il n'est pas dû à la présence d'un épanchement pleurétique, réservez votre diagnostic, car il est à craindre que l'enfant ne soit tuberculeux.

C'est ce qui nous arrive pour le petit malade de notre crèche. La durée des

accidents dont il est atteint depuis trois mois environ, la persistance du souffle que nous constatons depuis son entrée dans les salles, en nous faisant rejeter tout d'abord l'idée d'une pneumonie aiguë, en nous démontrant l'existence d'une induration pulmonaire chronique, nous donnent à penser que nous avons affaire à une tuberculisation.

XXXI. — GANGRÈNE DU POU MON.

Difficultés du diagnostic. — Il en est plusieurs espèces. — L'une d'elles est curable. — C'est celle dont il sera plus spécialement question ici.

MESSIEURS,

J'ai à vous entretenir dans cette conférence d'un malade couché au premier lit de la salle Sainte-Agnès : l'affection pulmonaire dont il est atteint présente, en effet, certaines particularités qui doivent appeler toute votre attention.

Cet homme, âgé de cinquante ans environ, est depuis longtemps sujet à s'enrhumer, et ses rhumes sont souvent violents et tenaces; de plus, à son dire, une première fois déjà, il y a quelques années, l'un de ces rhumes s'est compliqué des mêmes accidents que nous observons aujourd'hui. Entré à l'hôpital, il y a plusieurs mois, il était tourmenté par une toux fréquente accompagnée d'une expectoration catarrhale qui, d'abord, n'offrait rien d'extraordinaire ni dans la quantité des crachats rendus, ni dans leurs qualités physiques; le mouvement fébrile était prononcé. Les choses se passaient d'ailleurs avec une telle régularité, que nous n'avions pas à nous en préoccuper, lorsque tout à coup, peu de jours après son arrivée dans nos salles, il rendit des crachats d'une fétidité si pénétrante, que la religieuse du service fut obligée de tenir constamment ouvertes les fenêtres voisines de son lit. Tous les malades de la salle et ceux de la salle contiguë à la nôtre se plaignaient d'être infectés par cette horrible odeur; nous même, nous nous en trouvâmes plus d'une fois incommodé lorsqu'au moment de la visite cet individu nous seyait devant nous. Son haleine et les matières de l'expectoration répandaient une odeur gangréneuse insupportable. Mais après douze, vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, cette odeur gangréneuse était remplacée par une odeur fade, mielleuse, très-désagréable toutefois, et constituant peut-être un caractère spécifique dans la maladie dont il va être question.

Ces accidents se renouvelaient tous les quinze jours, tous les huit jours, quelquefois tous les quatre jours; tantôt accompagnés d'une fièvre plus ou moins vive, tantôt, au contraire, le mouvement fébrile manquant absolument.

En auscultant la poitrine avec le plus grand soin, comme nous le faisons à chaque visite, nous ne trouvâmes jamais de gargouillements, jamais de souffle, aucun signe en un mot de l'existence de cavernes pulmonaires; nous n'entendions que des rhonchus sonores au niveau de l'angle de l'omoplate du côté droit, quelquefois de gros râles muqueux à peine perceptibles durant vingt-quatre ou quarante-huit heures, puis cessant tout à coup. La