

l'estomac, et pourra donner lieu soit à l'hématémèse, soit au melæna qui masqueront l'hémoptysie et pourront induire en erreur.

Quelle que soit la cause de l'hémoptysie, il faut la traiter avec soin. L'enfant sera maintenu au lit, la fenêtre ouverte, afin que l'air frais parvienne librement à ses poumons. On fera le calme autour de lui, on cherchera à le rassurer. Des bottes d'ouate ou des sinapismes seront appliqués aux jambes, des ventouses sèches seront posées sur le thorax. Si l'enfant est agité, nerveux, quelques cuillerées de potion opiacée ou des injections de morphine (1 milligramme par année d'âge) l'endormiront et mettront un terme à la toux qui, par sa violence, favorise l'hémoptysie. On donnera des boissons glacées par petites quantités à la fois. L'ergotine, le perchlorure de fer (1 gramme) seront essayés. Les balsamiques, la térébenthine seront prescrits, si l'hémorragie se prolonge. La quinine, la digitale, l'ipéca trouveront aussi leur emploi dans certains cas.

Enfin on a recommandé plus récemment l'*adrénaline* qui est un hémostatique d'une très grande puissance. On peut faire des injections sous-cutanées d'une seringue de Pravaz de la solution suivante :

Chlorhydrate d'adrénaline . . . . .	1 centigramme
Eau distillée . . . . .	20 grammes.

On peut aussi faire une injection intra-trachéale de 1 centimètre cube de la solution à 1/10 000.

L'hémoptysie peut résulter de la congestion pulmonaire autour des tubercules comme dans un cas de Auset (garçon de 8 ans mort rapidement, *Soc. centr. de méd. du Nord*, 27 janvier 1899), comme dans un autre cas de Geo. N. Acker (*Arch. of Ped.*, août 1898) (garçon de 5 ans), ou de la perforation d'un vaisseau par ulcération tuberculeuse (enfant de 2 ans vu par Acker) : foyers caséux avec ulcération de la bronche gauche intéressant une veine pulmonaire; ou de gangrène pulmonaire, comme dans le cas de St Philippe et de Mlle Nourrit déjà cité : Enfant de 4 ans ayant aspiré un épi de blé le 14 juin et mourant d'hémoptysie le 20 juin; cavité de la base droite.

## VII

**SPLÉNO-PNEUMONIE**

(Maladie de Grancher.)

PAR LE D<sup>r</sup> QUEYRAT

Médecin des Hôpitaux de Paris.

C'est en 1885 que M. Grancher vint décrire à la Société médicale des Hôpitaux une nouvelle affection pulmonaire, pour laquelle il proposa le nom de *spléno-pneumonie*. « Entre la congestion pulmonaire et la pneumonie lobaire, dit-il, à côté de la broncho-pneumonie, il existe un état morbide du poumon, sorte de pneumonie subaiguë qui simule une pleurésie avec épanchement moyen et qui mérite une description et une dénomination propres. »

La nouvelle entité pathologique, décrite d'abord chez l'adulte, existe aussi chez l'enfant; sans être fréquente, elle est loin d'être rare. Nous en donnerons donc une description complète en raison de l'intérêt clinique qu'elle présente et des difficultés de diagnostic qu'elle soulève et aussi parce que — je ne sais pourquoi — cet état pathologique, pourtant si important, n'a encore été exposé d'une façon didactique dans aucun des nombreux traités de pathologie parus depuis 1885. L'étude de la spléno-pneumonie est surtout et avant tout une étude clinique. Il était admis depuis Laënnec qu'il existait deux signes pathognomoniques de la pleurésie avec épanchement : *l'absence totale de la respiration et l'égophonie*. « L'absence totale de respiration, dit l'inventeur de l'auscultation, est un signe tout à fait pathognomonique de la pleurésie avec épanchement abondant »; et plus loin : « A ces signes il faut encore joindre l'égophonie, signe tout à fait pathognomonique. » Ces affirmations si absolues de Laënnec ont constitué un véritable dogme médical, et jusque dans ces dernières années un malade qui se présentait avec de la matité dans un côté du thorax, de la disparition des vibrations et de l'égophonie, était considéré comme étant, à coup sûr, porteur d'un épanchement pleural. Nombreuses ont dû être les erreurs de diagnostic commises sur la foi de ce dogme, et nous savons aujourd'hui qu'il est bien des cas où, avec cette symptomatologie réputée certaine, il n'existe pas une goutte de liquide dans la plèvre.

Ce fait, si important pour le clinicien, a été établi par M. Grancher dans la communication que j'ai déjà mentionnée. Il va sans dire qu'avant cette époque il était arrivé plusieurs fois à des médecins expérimentés de trouver en faute la symptomatologie classique. C'est ainsi que Verliac, dans sa thèse (1865), cite des cas de broncho-pneumonie chez l'enfant, ayant simulé un épanchement considérable, sans qu'il existât une seule goutte de liquide dans la plèvre. L'observation XXXI (p. 94) est, à cet égard, particulièrement

instructive. De même Rommelaere<sup>1</sup> a publié, en leur donnant une interprétation particulière, des faits de pneumopathies en ayant imposé pour un épanchement pleural; mais c'est à M. Grancher que revient le très grand mérite d'avoir complètement étudié ces faits, en montrant quels en étaient les symptômes fondamentaux, d'avoir posé les bases du diagnostic souvent si difficile, d'avoir, en un mot, individualisé la pneumopathie si curieuse qui nous occupe. Dans la suite un assez grand nombre de travaux ont confirmé et complété la communication de M. Grancher. Je citerai les publications que moi-même j'ai faites à ce sujet<sup>2</sup>, la thèse de Bourdel, qui est le travail d'ensemble le plus complet sur la question et où l'on trouve la première observation de spléno-pneumonie chez l'enfant<sup>3</sup>, le travail de Mauguirea (de Bucarest)<sup>4</sup>, la thèse d'Alfaro (de Buenos-Ayres)<sup>5</sup>, et, au point de vue particulier de la pathologie infantile, la thèse de Mlle Brandhender, faite dans le service de M. Grancher<sup>6</sup>.

**Symptômes.** — C'est d'ordinaire à la suite d'un refroidissement que débute la maladie. L'enfant est pris de malaise, parfois de nausées et de vomissements, la fièvre s'allume plus ou moins élevée, pouvant atteindre 40° et 41°, la dyspnée est en général modérée, mais elle peut aller jusqu'à l'orthopnée avec soulèvement actif des ailes du nez et accélération extrême des mouvements respiratoires. Le *point de côté* nous a semblé être plus rare que chez l'adulte. Les petits malades toussent d'une *toux* pénible, quinteuse; mais, à l'inverse de ce que l'on observe souvent chez l'adulte, cette toux ne s'accompagne pas d'expectoration, même chez les enfants assez âgés pour expectorer; à ma connaissance, et bien que la spléno-pneumonie ait été observée chez des enfants de 15 ans, le fait n'a pas encore été noté. Le pouls est d'ordinaire fréquent (110, 120, 140 pulsations et plus).

L'examen du thorax fournit les renseignements suivants: Tout d'abord l'inspection permet de constater du côté malade — et c'est presque toujours, sans qu'on sache pourquoi, le côté gauche — un *défait d'ampliation*, une immobilité souvent très marquée. L'amplexation dénote rarement une augmentation de volume, et le contrôle fait avec le ruban métrique montre d'ordinaire que les demi-périmètres thoraciques sont égaux. On sait au contraire que, chez l'adulte, il existe le plus souvent une augmentation de volume parfois considérable du côté malade. On constate, d'autre part, que les *vibrations vocales ont disparu* dans les deux tiers inférieurs, la percussion révèle une *matité*, d'ordinaire absolue; enfin l'auscultation permet d'entendre — en général au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate — un *souffle expiratoire aigu*, véritable souffle pleurétique, car le souffle pleurétique n'est pas doux, comme le disent tous les classiques, mais aigu, donnant à l'oreille, pour rappeler la très exacte comparaison de notre regretté

(<sup>1</sup>) ROMMELAERE. *De l'atélectasie*, Bruxelles, 1894.

(<sup>2</sup>) QUEYRAT. Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire. *Revue de méd.*, 1885. — Note sur deux cas de spléno-pneumonie. *Ibid.*, 1886. — De la spléno-pneumonie (Maladie de Grancher). *Revue gén.*, *Gaz. des hôp.*, 1892, n° 70.

(<sup>3</sup>) BOURDEL. De la spléno-pneumonie. *Thèse de Paris*, 1886.

(<sup>4</sup>) MAUGUIREA. *Contribuzione la studine spleno-pneumonici*, Bucaresci, 1891.

(<sup>5</sup>) ALFARO. *Infecciones anormales de los organos respiratorios*, Buenos Aires, 1892.

(<sup>6</sup>) BRANDHENDER. Contribution à l'étude de la spléno-pneumonie chez l'enfant. *Thèse de Paris*, 1890.

maître Lasègue, un ton comparable à celui que produit l'émission aphone de la voyelle *i* ou *e*.

Il existe de l'*égophonie*, de la *pectoriloquie aphone*; en un mot, on trouve les signes objectifs et subjectifs qui ont caractérisé jusqu'à ce jour l'épanchement pleural. Bien plus, lorsque la lésion est localisée à gauche, on peut observer un nouveau phénomène bien fait pour dérouter complètement l'observateur non prévenu et lui faire croire à l'existence d'un gros épanchement, c'est la *disparition du choc de la pointe du cœur*, que j'ai signalée à plusieurs reprises et qui depuis a été constatée dans nombre de cas. Si attentivement que l'on palpe la région précordiale, on ne peut parvenir à percevoir le choc de la pointe, et si attentivement que l'on regarde on ne voit point le soulèvement de la paroi thoracique. A l'auscultation, le maximum des bruits se perçoit au niveau de la quatrième ou cinquième articulation chondro-sternale. Cette disparition du choc de la pointe peut s'expliquer par cette hypothèse que le tissu pulmonaire hyperémié vient s'interposer entre la paroi thoracique et la pointe qu'il masque, qu'il refoule en arrière et dont il rend de la sorte le choc inappréciable.

Lorsqu'on assiste au début de la maladie, on voit que le premier symptôme est la disparition du murmure vésiculaire; en même temps et très rapidement diminuent puis disparaissent les vibrations et la sonorité. A ce moment on peut percevoir, en auscultant la base du poumon malade, de fines, très fines crépitations que rendent plus nettes les fortes inspirations et la toux. Il existe alors aussi un souffle qui rappelle comme timbre celui de la broncho-pneumonie et on trouve de la broncho-égophonie. Puis le souffle devient franchement pleurétique, la broncho-égophonie passe à l'égophonie et la symptomatologie de l'épanchement pleural est constituée au complet. Il est cependant un certain nombre de *signes de présomption* qui, par leur ensemble, par leur groupement, donnent au clinicien une base assez solide pour qu'il puisse dans la majorité des cas établir son diagnostic. Un de ces signes différentiels, et des plus importants, lorsque la spléno-pneumonie siège à gauche — ce qui est la règle — est la *persistance de l'espace de Traube*. Traube a décrit, en 1868, une zone sonore, située à la partie inférieure et antéro-latérale gauche du thorax, et dont la persistance ou la disparition sont d'une grande importance pour le diagnostic des épanchements pleuraux. Cet espace sonore, de forme semi-lunaire, présente une limite inférieure concave représentée par le rebord des cartilages costaux et l'appendice xiphoïde, tandis que sa convexité est figurée par une ligne partant de la sixième articulation chondro-sternale, longeant ensuite la sixième côte pour aboutir à l'extrémité antérieure de la dixième ou onzième côte. La zone de Traube n'est autre chose en somme que l'espace compris entre la voûte diaphragmatique en haut et le rebord costal en bas: elle correspond à l'estomac. Il est facile de comprendre que, s'il existe un épanchement assez considérable dans la plèvre gauche, le diaphragme sera abaissé, l'estomac refoulé et que la zone sonore disparaîtra ou se trouvera notablement diminuée. Sa persistance permet donc de mettre en doute l'existence d'un épanchement pleural. Malheureusement la valeur de ce signe n'est que relative:

il se peut en effet que, pour des raisons de cloisonnement de liquide, d'adhérences phréno-costales, ou d'autres raisons encore imparfaitement connues, l'espace de Traube persiste intact alors qu'il existe, ainsi qu'il m'est arrivé de l'observer, un litre ou un litre et demi de liquide dans la plèvre. Mais, sans vouloir insister plus que de raison sur les exceptions et à ne parler que de la règle, la persistance de l'espace de Traube est un signe excellent en faveur de la spléno-pneumonie. Un autre signe important est l'existence à la base ou vers le tiers inférieur de *finés crépitations*. Ces crépitations qui, ainsi que je l'ai déjà dit, s'observent surtout au début, sont disséminées, peu abondantes, assez fugitives, et, pour les percevoir d'une façon bien nette, il est nécessaire de faire inspirer fortement ou de faire tousser le petit malade. Malheureusement c'est un signe sur lequel il ne faut pas trop compter, car il fait souvent défaut, et si sa présence est une indication précieuse, on ne peut en revanche rien préjuger de son absence. La recherche attentive des *vibrations vocales* fournit de son côté des indications d'une certaine importance : lorsqu'il existe un épanchement dans la plèvre, les vibrations, nulles en bas, réapparaissent *brusquement* vers la partie supérieure, au-dessus de la ligne d'épanchement ; on trouve en ce point, ainsi que l'a fait remarquer M. Grancher, une zone où elles sont manifestement exagérées. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'une spléno-pneumonie, on n'a point alors ce brusque passage de la zone inerte à la zone vibrante : la transition se fait insensiblement, de proche en proche, si bien que les vibrations repa- raissent *graduellement*, au fur et à mesure qu'on se rapproche du sommet du poumon.

On tirera également profit, pour établir le diagnostic différentiel, du procédé imaginé par Pitres et connu sous le nom de *signe du cordeau*<sup>1</sup>. On sait qu'à l'état normal et chez un individu dont le thorax est bien conformé, une ligne menée du milieu de la fourchette sternale à la symphyse pubienne coupe le sternum en deux parties égales. Mais s'il se fait un épanchement dans la plèvre, le thorax exécute autour de la colonne vertébrale un mouvement de rotation qui porte le côté sain vers le côté malade ; c'est ce que Peyrot a appelé le thorax oblique ovalaire<sup>2</sup>. Les côtes, dans leur déplacement, entraînent avec elles le sternum, si bien qu'une ligne menée par le plan médian du corps ne coupe plus le sternum en deux parties égales.

Pour rendre le déplacement sternal appréciable, Pitres étend un cordonnet du milieu de la fourchette du sternum à la symphyse pubienne, le malade étant placé dans le décubitus dorso-horizontale. Le trajet du cordonnet, marqué au crayon dermatographique, indique exactement la ligne médiane du thorax : il devient dès lors très facile d'apprécier s'il y a ou s'il n'y a pas de déplacement du sternum par rapport à cette ligne médiane. Or, dans la pleurésie avec épanchement abondant, le sternum est fortement dévié vers le côté malade ; au contraire, dans la spléno-pneumonie, la déviation sternale est exceptionnelle. L'absence de déviation sternale sera donc une *présomption* de plus en faveur de la spléno-pneumonie.

(<sup>1</sup>) PITRES. *Bull. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 1882, p. 201.

(<sup>2</sup>) PEYROT. *Étude expérimentale et clinique sur la pleurotomie*, Paris, 1876.

Enfin, pour terminer cette énumération de signes différentiels entre l'épanchement pleural et la spléno-pneumonie, disons que le plus souvent, dans cette dernière affection, *on ne trouve pas une égophonie aussi franche, aussi nette que dans le cas de pleurésie avec épanchement* ; mais, à cet égard encore, il n'y a rien d'absolu, et maintes fois on a pu observer une égophonie absolument typique. En définitive : *Persistance de l'espace de Traube ; absence de déviation sternale ; réapparition graduelle des vibrations vers le sommet ; crépitations fines vers la base* (quelquefois) ; *égophonie parfois moins nette* ; telles seront les données cliniques sur lesquelles on s'appuiera pour établir le diagnostic de la spléno-pneumonie d'avec l'épanchement pleural.

Nous le répétons, aucun de ces signes pris isolément n'a de valeur absolue : *ce ne sont que des signes de présomption*, mais le groupement de plusieurs d'entre eux donne déjà au diagnostic de spléno-pneumonie une très grande probabilité. Pour que cette très grande probabilité devienne certitude absolue, il reste à pratiquer la *ponction capillaire* qui constitue le véritable critérium. Avant de pratiquer cette ponction, il faut avoir soin de bien laver la peau du thorax, dans la zone où l'on va opérer, au savon d'abord, puis avec une solution de sublimé à 1/1000<sup>e</sup> ou d'oxycyanure de mercure à 5/1000<sup>e</sup>, enfin à l'éther. La seringue et l'aiguille seront, cela va sans dire, soigneusement stérilisées ; on s'assurera, avant d'opérer, — la recommandation peut paraître superflue, mais elle ne l'est pas, — que le piston fait bien exactement le vide dans le corps de pompe et que l'aiguille est perméable. La ponction sera faite de préférence au niveau de la ligne axillaire postérieure, là où le souffle est le plus net, là où la matité et l'égophonie sont au maximum. Ce point correspond en général au septième espace intercostal. Pour faciliter la petite opération, je conseille de procéder de la façon suivante : on fait coucher le malade sur le côté sain, le bras du côté malade étant levé et l'avant-bras reposant en demi-flexion sur la tête de manière à élargir autant que possible les espaces intercostaux. L'aiguille doit être enfoncée lentement, sans précipitation ni brusquerie, et, en même temps qu'on l'enfoncée de la main droite, on fait l'aspiration de la main gauche dans le corps de pompe. Tant qu'on n'a pas touché le poumon, on voit la force du vide préétabli ramener le piston à son point de départ ; lorsque l'aiguille s'est enfoncée environ de 6 millimètres, la seringue se remplit de sang, quelquefois aussi, mais plus rarement, de bulles d'air ; c'est donc bien dans le parenchyme pulmonaire qu'on a pénétré et il n'existait, malgré les apparences d'épanchement pleural, aucune lamelle liquide interposée entre le poumon et la paroi thoracique. Ces ponctions sont inoffensives, lorsqu'elles sont faites — comme elles doivent toujours l'être — d'une manière aseptique ; jamais elles n'occasionnent, comme on pourrait le craindre *a priori*, de pneumothorax ; enfin, dans plusieurs cas, elles ont paru avoir une influence favorable, en ce sens qu'elles ont fait disparaître la violente douleur de côté dont souffraient les malades. C'est dire que, s'il ne faut pas en abuser, il ne faut pas craindre de les pratiquer toutes les fois que le diagnostic peut en tirer profit. Mais, si ce diagnostic de la spléno-pneumonie d'avec l'épan-

chement pleural est le plus délicat, le plus important à faire, il en est aussi d'autres dont il faut parler. Je ne ferai que mentionner la congestion pulmonaire de Woillez, et la pneumonie lobaire aiguë franche : dans l'une et l'autre de ces deux affections, les signes objectifs sont trop différents (vibrations exagérées, râles, souffle plus ou moins tubaire, bronchophonie), pour que l'erreur soit difficile à éviter.

Les tumeurs malignes du poumon, les kystes hydatiques n'ont pas la symptomatologie de la spléno-pneumonie, ou pour mieux dire ne présentent que quelques-uns de ses signes. La broncho-pneumonie pseudo-lobaire peut parfois en imposer au premier abord pour une spléno-pneumonie, mais nous aurons alors l'exagération des vibrations, les râles, la diminution moindre de la sonorité, le souffle plutôt broncho-tubaire, le retentissement plus broncho-phonique de la voix, qui feront faire rapidement le diagnostic.

Il est deux affections dont il nous faut parler maintenant et dont le diagnostic doit être discuté : c'est la *pneumonie congestive* de Potain, et la *congestion pleuro-pulmonaire* du même auteur. Et d'abord, à propos de la « pneumonie congestive », il est nécessaire d'ouvrir une parenthèse. Potain a publié, dans le *Bulletin médical* (25 août 1895), une clinique sur la pneumonie congestive où il dit : « Il s'agit d'une variété de congestion pulmonaire à laquelle j'ai donné le nom de pneumonie congestive, et que mon collègue, le professeur Grancher, en se fondant sur des caractères anatomo-pathologiques, a appelée spléno-pneumonie. » On a lieu d'être surpris de cette assimilation alors qu'il s'agit de types cliniques si dissemblables, et on ne saurait accepter la manière de voir de Potain. Il suffira d'ailleurs de mettre en regard les symptômes de l'une et de l'autre de ces deux pneumopathies pour voir les différences fondamentales qui les séparent.

PNEUMONIE CONGESTIVE	SPLÉNO-PNEUMONIE
VIBRATIONS : Diminuées ou augmentées, <i>jamais abolies</i> .	Abolies.
PERCUSSION : Matité légère, sans limites précises, « c'est plutôt de la submatité » (Potain).	Matité nette, souvent absolument hydrique.
AUSCULTATION : Souffle <i>doux</i> , étalé, d'une tonalité plus basse que le souffle tubaire. Quelquefois bronchophonie, <i>jamais d'égophonie</i> . Pectoriloquie aphone (quand il y a du souffle). Crépitations fines, fréquentes, très appréciables.	Souffle <i>aigu</i> , pleurétique. Broncho égophonie, égophonie nette. Pectoriloquie aphone constante. Crépitations inconstantes, légères, difficiles souvent à apprécier.

Ces différences, on le voit, sont telles, à parler seulement des signes objectifs, qu'on se demande comment l'idée d'une fusion entre ces deux états morbides a pu venir à Potain. Ainsi qu'il le dit lui-même, ce qui frappe dans le type qu'il étudie, *ce sont les signes de la pneumonie*, et en somme sa pneumonie congestive n'est qu'une manière de maladie de Woillez; inversement, dans la pneumopathie individualisée par M. Grancher, ce qui frappe, *ce sont les signes de pleurésie avec épanchement*. Fut-il

rien de plus dissemblable? Il était nécessaire d'insister sur ce point pour établir d'abord la propriété de chacun et pour éviter ensuite de laisser mettre dans ce chapitre déjà trop confus des pneumopathies congestives une confusion encore plus grande et sans raison d'être.

S'il est facile, de par les différences que nous venons d'indiquer, de faire le diagnostic de la spléno-pneumonie d'avec la pneumonie congestive de Potain, il n'en va plus de même lorsqu'on se trouve en présence de cet autre type morbide dont la création appartient en propre à Potain et que nous avons étudié précédemment sous le nom de *congestion pleuro-pulmonaire*; la ponction exploratrice peut seule alors donner la clef du diagnostic, car, dans les cas les plus favorables pour le clinicien, c'est-à-dire lorsque la lésion siège à gauche, l'épanchement n'est pas en général assez abondant pour effacer la sonorité de l'espace de Traube.

Lorsqu'on a fait le diagnostic de spléno-pneumonie, il ne faut pas s'en tenir là; il reste encore à voir quel est l'état du sommet du poumon malade et aussi quel est l'état du poumon du côté opposé. Examinons d'abord le sommet du poumon malade et voyons ce qu'il nous donne à la percussion, à la palpation et à l'auscultation dans le point où il est le plus accessible, c'est-à-dire au niveau de la région sous-claviculaire. On sait toute l'importance que M. Grancher attache, à juste titre, aux associations variables de ces signes physiques. Or dans tous les cas de spléno-pneumonie observés jusqu'à présent et où l'on a eu le soin de rechercher l'état du sommet correspondant, dans tous sauf un, celui de Boucli<sup>1</sup>, on a trouvé des associations mixtes, des associations pathologiques. La plus fréquemment observée est, sans contredit, celle que M. Grancher a désignée du nom de schème n° 2 : sonorité +, vibrations +, respiration —, indice de congestion au sommet du poumon; mais on a noté aussi dans plusieurs observations le schème n° 3 : sonorité + vibrations —, respiration —. Quant au poumon du côté opposé, il respire, quand il est sain, d'une façon supplémentaire et, suivant la règle établie par M. Grancher, il présente en même temps une exagération de la sonorité et des vibrations thoraciques<sup>2</sup>.

**Évolution. — Formes.** — Bien qu'elle soit un peu plus rapide chez l'enfant que chez l'adulte, l'évolution de la spléno-pneumonie est en général lente. D'ordinaire, au bout de 5 à 6 jours les troubles fonctionnels et les phénomènes généraux s'amendent : le point de côté, la dyspnée disparaissent, la fièvre est moins vive, mais les signes stéthoscopiques restent à peu près les mêmes, ce n'est en général qu'après 8, 10 et même 15 jours qu'on les voit se modifier. Le souffle, de pleurétique qu'il était, devient bronchique, l'égophonie se transforme en broncho-égophonie, la matité devient moins absolue, en même temps que réapparaissent les vibrations thoraciques, et qu'on entend à la base du côté malade des crépitations discrètes d'abord, puis de plus en plus nombreuses, jusqu'à constituer des râles sous-crépitaux à bulles moyennes.

Au bout d'un temps variable, souffle, broncho-égophonie et râles finis-

(<sup>1</sup>) BOUCLI. *An. med. romane*, 1886.

(<sup>2</sup>) GRANCHER. *Technique de la percussion*, p. 97.

sent par disparaître et l'auscultation révèle l'existence d'une respiration affaiblie, et qui reste telle pendant des semaines et des mois.

La diminution des vibrations et de la sonorité persiste également pendant un temps très long. Longtemps aussi le schème sous-claviculaire reste anormal. C'est dire combien lentement le poumon atteint de spléno-pneumonie revient à la normale, et ce n'est pas un des côtés les moins intéressants de la maladie qui nous occupe. Toutefois, à côté de cette forme typique, il en est une autre signalée par M. Faisans<sup>1</sup> et observée par lui chez les malades atteints d'influenza. Dans celle-ci les signes, au lieu d'être durables, fixes, varient au contraire d'un jour à l'autre. « On trouve le premier jour, dit-il, le syndrome complet dont les éléments les plus importants sont la matité, la disparition des vibrations vocales, le souffle pleurétique, l'égophonie; mais le lendemain ou le surlendemain l'égophonie n'existe plus et le souffle pleurétique a fait place à de la respiration silencieuse ou très affaiblie, les vibrations elles-mêmes ne sont plus complètement absentes. 24 ou 36 heures se passent et de nouveau paraît le syndrome du premier jour. Ces alternatives se reproduisent plusieurs fois dans le cours de la maladie. » C'est une sorte de spléno-pneumonie extemporanée.

De plus je pense que, maintenant où les observations de spléno-pneumonie se sont multipliées, il est possible de les grouper et d'en faire en quelque sorte la synthèse; en comparant ces observations entre elles, on voit qu'on peut décrire à la spléno-pneumonie deux formes, l'une *aiguë*, l'autre *subaiguë*. C'est la première qui m'a servi de type pour la description de la maladie, je n'y reviendrai pas. Dans la forme subaiguë, la dyspnée, la douleur intercostale peuvent être nulles ou presque nulles; la fièvre manque ou est insignifiante. Les signes objectifs fondamentaux (matité, abolition des vibrations, souffle, égophonie) existent seuls. L'observation III de la thèse de Mlle Brandhender est un exemple de cette forme.

La *guérison* est la terminaison de règle de la spléno-pneumonie; aussi sommes-nous très pauvres en documents anatomo-pathologiques en ce qui concerne cette pneumopathie. J'ai rapporté ailleurs (*Gaz. des hôp.*, 1892, n° 70), tout ce qui est relatif à cette partie de la question; mais, comme le nombre des autopsies est très restreint — trois, dont deux seulement ont pu être utilisées, — comme les résultats n'ont pas été concordants, je considère comme prématuré d'ouvrir un chapitre d'anatomie pathologique à propos de la spléno-pneumonie. J'ajoute que les recherches bactériologiques tentées jusqu'à présent n'ont fourni aucun résultat précis: levures et diplocoques (Chantemesse), — pneumocoque et pneumo-bacille de Friedländer (Alfaro). On a beaucoup discuté au sujet de l'état anatomique qui correspond aux symptômes que j'ai exposés plus haut, et la dénomination de spléno-pneumonie, empruntée par M. Grancher à la thèse de Joffroy, n'a pas été acceptée sans conteste: aussi, pour éviter toute discussion, ai-je proposé de remplacer l'expression de spléno-pneumonie par la dénomination définitive de *maladie de Grancher*. C'est sous ce vocable que l'on désigne couramment aujourd'hui la spléno-pneumonie.

(<sup>1</sup>) FAISANS. Spléno-pneumonie ou maladie de Grancher. *Bull. méd.*, 6 juillet 1892.

**Étiologie.** — L'étiologie de la maladie de Grancher commence à être élucidée: sans être rare, cette pneumopathie n'est pas fréquente. Elle intéresse de préférence le poumon gauche (25 fois sur 27) et le sexe masculin (25 sur 27 également). Presque toujours elle débute à propos d'un *refroidissement* qui, vraisemblablement, ne joue, là comme ailleurs, que le rôle de cause occasionnelle. C'est chez les tuberculeux, les malades atteints d'influenza, les albuminuriques qu'on l'observe de préférence. Elle a été notée également au cours du diabète, dans l'infection palustre, dans la fièvre typhoïde, au cours de la pneumonie (côté opposé). La maladie de Grancher peut s'observer également au cours des manifestations arthritiques, comme le prouve l'intéressante observation de Merklen que j'ai rapportée et qui concerne un jeune enfant. Enfin l'an dernier j'ai eu l'occasion d'observer un bel exemple de spléno-pneumonie double chez un adolescent atteint de fièvre rhumatismale avec arthropathies multiples. En somme, la maladie de Grancher peut s'observer au cours des états pathologiques les plus divers, mais c'est surtout chez les tuberculeux qu'on la rencontre. J'avais déjà, avec M. Landouzy, déclaré qu'il fallait dans bien des cas suspecter la tuberculose derrière la pneumopathie que nous venons d'étudier: les observations ultérieures sont venues confirmer cette opinion. En résumé, la spléno-pneumonie — ou mieux maladie de Grancher — est une pneumopathie qui simule cliniquement un épanchement pleural moyen. L'anatomie pathologique n'en est pas encore faite. La maladie évolue en général lentement, moins cependant chez l'enfant que chez l'adulte. Elle guérit presque toujours. Sa symptomatologie, à quelques détails près, est la même chez l'enfant que chez l'adulte. Elle frappe de préférence le sexe masculin. Elle intéresse beaucoup plus souvent le poumon gauche que le poumon droit. De sa pathogénie on sait peu de chose si ce n'est qu'elle se montre assez souvent chez les grippés, les albuminuriques et surtout les tuberculeux.

**Traitement.** — La thérapeutique qu'il convient d'opposer à la maladie de Grancher est des plus simples: elle consiste surtout dans la révulsion faite sur le côté malade sous forme de badigeonnages de teinture d'iode, de ventouses sèches, de pointes de feu. Il faudra, à la période de convalescence, alimenter et tonifier le malade du mieux que l'on pourra, il faudra surtout surveiller le poumon. J'ai dit que beaucoup de ces malades sont des tuberculeux en puissance, ils relèvent de ce chef de la thérapeutique de la tuberculose.