

chophonie; ils sont un indice de la marche extensive de la maladie. Le poumon du côté sain offre généralement des signes de *congestion*.

La *fièvre* se maintient entre 39°,5 et 40°,5 avec une légère rémission matinale. Le pouls est fréquent et varie ordinairement entre 100 et 116 lorsque l'issue doit être favorable; une accélération plus grande du pouls indique une forme grave et souvent mortelle. Le pouls est légèrement dicrote comme dans toutes les maladies fébriles, mais à un degré beaucoup moindre que dans la dothiéntérie; quelquefois le pouls est petit et concentré. Cette petitesse est *réelle* et s'explique par une diminution dans la force d'impulsion du cœur, ou bien elle n'est qu'*apparente* et elle a pour cause la stase veineuse et le peu de sang que lance le cœur gauche à chaque contraction; le phénomène de la *récurrence palmaire* (Jaccoud) fournira alors d'utiles renseignements; si, après avoir comprimé la radiale, on cherche à sentir le pouls au-dessous du point sur lequel on presse, on percevra nettement une pulsation *récurrente* venant de la cubitale lorsqu'on sera en présence d'une *fausse faiblesse*; dans le cas contraire la pulsation sera très faible ou même nulle.

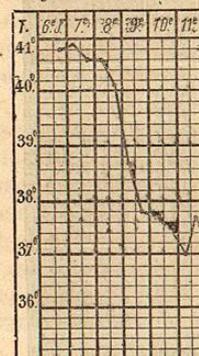
La stase veineuse produit du côté de la face une turgescence des vaisseaux et une congestion intense qui, réunies à la dyspnée et aux mouvements d'élévation des ailes du nez, constituent le *facies pneumonique*; ce facies est bien plus caractéristique encore lorsque, à la congestion, il se joint de la rougeur et de la chaleur d'une des deux pommettes. Ce trouble vaso-moteur, sur lequel Gubler a attiré l'attention (*Union méd.*, 1857), peut se montrer avant le point de côté, comme M. Jaccoud l'a observé sur lui-même, et il s'accompagne quelquefois d'autres phénomènes dépendant également du grand sympathique: dilatation ou rétrécissement de la pupille, épistaxis par la narine située du même côté que la pneumonie, sueurs locales d'un seul côté de la face, ainsi que l'un de nous l'a observé, céphalalgie plus intense du côté de la pneumonie. La méningite, qui survient assez souvent dans le cours de la pneumonie, paraît être favorisée aussi par la dilatation des vaisseaux des méninges. Dans un cas relaté par l'un de nous, l'autopsie démontra une vive injection des ganglions du grand sympathique cervical chez un malade qui avait succombé à une pneumonie compliquée de méningite.

C'est encore à cette période que l'on peut voir survenir du *délire*, principalement chez les vieillards et chez les alcooliques: chez les premiers il s'agit d'ordinaire de subdélirium; chez les

seconds le délire est très bruyant et s'accompagne d'une grande agitation.

Troisième période. — a. *Guérison.* — Cette troisième période est marquée par un fait capital, la *déferescence brusque* qui se produit ordinairement pendant la nuit; comme la durée de la seconde période varie entre trois et cinq jours, la déferescence survient généralement du cinquième au septième ou au huitième jour (1). En douze ou vingt-quatre heures, la température tombe à la normale ou un peu au-dessous. Cette *crise* est parfois précédée d'une augmentation de chaleur que rien n'explique (*perturbatio præcritica* des anciens). Les tracés que nous reproduisons ici font bien comprendre la rapidité et la brusquerie de cette chute (fig. 45, 46 et 47).

Pneumonie aiguë.
Déferescence le 9^e jour.
Guérison (B. Teissier).



Pneumonie aiguë.
Déferescence au 5^e jour.
Guérison (B. Teissier).

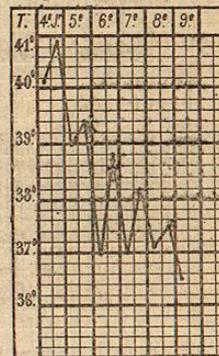


FIG. 45 et 46.

En même temps que la fièvre tombe, tous les symptômes généraux s'amendent: le malade éprouve un bien-être particulier et s'endort d'un sommeil réparateur; les crachats deviennent muqueux, gris jaunâtre, ils contribuent à l'expulsion de l'exsudat dont une partie est résorbée sur place.

La déferescence s'accompagne souvent de phénomènes aux-

(1) La rapidité de cette déferescence tiendrait, pour certains auteurs (Afanassiew en particulier), au peu de vitalité et à la faible résistance du microbe pneumonique.

quels les anciens auteurs attribuaient une grande importance sous le nom de *phénomènes critiques*; tels sont: l'herpès labial, des sueurs profuses, une diurèse abondante.

Les signes physiques ne tardent pas à se modifier à mesure que le poumon redevient perméable à l'air: l'exagération des vibrations vocales disparaît, la matité se dissipe peu à peu; à l'auscultation on entend des *râles crépitants de retour* (*rhonchus crepitans redux*), plus gros et plus humides que ceux du début et s'entendant aux deux temps de la respiration. Le souffle diminue au fur et à mesure de la liquéfaction de l'exsudat: lorsqu'il per-

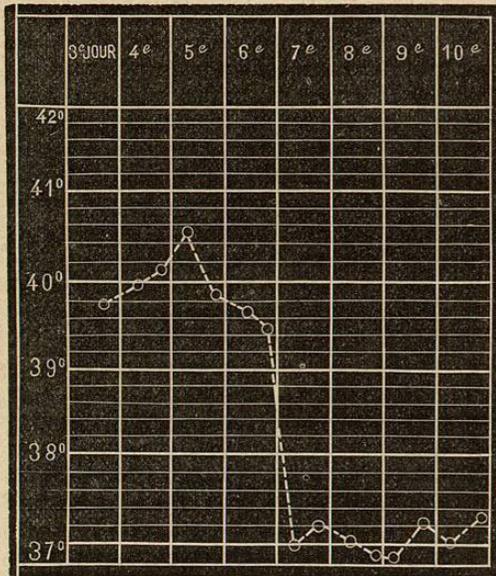


FIG. 47. — Pneumonie aiguë du sommet; déferescence le septième jour; guérison.

siste pendant une période notable, quelques jours ou même des semaines (Rayer, Charcot, Achard), c'est que la pneumonie passe à l'état chronique.

b. *Mort.* — Lorsque la terminaison doit être fatale, la température se maintient à un niveau élevé (au-dessus de 40°,5); s'il y a une tendance à la déferescence, elle est peu accusée et de courte durée, et la température dans la période préagonique

remonte au-dessus de 41 degrés. La mort peut également arriver par collapsus avec abaissement de température (fig. 48).

L'expectoration change souvent de caractère, les crachats perdent leur viscosité, ils prennent une coloration *jus de réglisse* ou *jus de pruneaux* du plus fâcheux augure. En même temps la poitrine se remplit de râles humides qui deviennent de plus en plus gros et nombreux à mesure que l'état s'aggrave.

Nous avons laissé de côté deux symptômes, dont l'un surtout présente une assez grande importance: ce sont les *altérations du sang* et les *modifications de l'urine*.

Les *altérations du sang*, pour ce qui regarde les sels et les gaz, sont peu connues. Andral et Gavaret ont déterminé la déperdition en globules rouges à l'état sec et ont trouvé qu'elle n'atteignait pas un quart. C'est également leurs travaux qui ont fait connaître l'augmentation de la fibrine dans la pneumonie; la fibrine dépasse toujours le taux normal et peut même atteindre le triple de cette normale. Enfin les recherches récentes ont prouvé qu'on pouvait y rencontrer le microbe pathogène (Fränkel, Leyden, Weichselbaum).

L'urine dans la première période est notablement acide, d'un rouge très foncé, de quantité faible et de densité plus grande. Parmi les matériaux fixes, l'urée et l'acide urique sont considérablement augmentés, l'acide phosphorique total ne change pas; mais il est diminué par rapport à l'azote (Lépine et Jacquin). Le chlorure de sodium diminue brusquement dès le troisième jour de la fièvre et disparaît complètement, ce qui tient en partie sans doute à l'absence d'alimentation; mais les recherches de Folwarczny et de Parkes ont bien montré que l'abstinence n'en était pas la seule cause: cette diminution des chlorures est spéciale surtout aux phlegmasies exsudatives, et Parkes a constaté que les crachats des pneumoniques étaient extrêmement riches en chlorure de sodium.

L. et T. — Pathol. méd.

Pneumonie aiguë double. Mort. (B. Teissier).

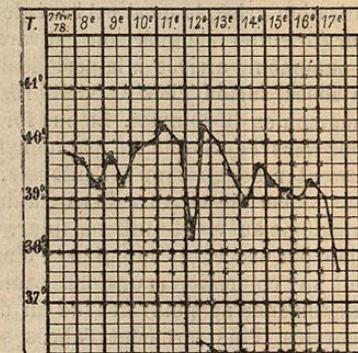


FIG. 48.

L'albumine se rencontre de 42 à 46 fois pour 100 (Becquerel, Parkes) à la période fébrile : en proportion relativement faible, elle disparaît au moment de la résolution. Pour Burresi et Jurgensén l'albuminurie serait au contraire à peu près constante (G. Rummo).

L'urine critique est très abondante, quoique sa densité reste élevée, et elle laisse déposer beaucoup d'urates colorés en rose.

TERMINAISONS. — Nous avons vu que la pneumonie pouvait se terminer par résolution franche avant d'avoir atteint le stade d'hépatisation grise. La terminaison peut également avoir lieu par passage à l'état chronique, mais c'est là une forme très rare.

La mort est possible à la période d'hépatisation rouge, généralement dans ces cas elle survient par asphyxie. A la période d'hépatisation grise, la mort est la règle et survient vers le douzième jour (Grisolle) ; la guérison est rare. Il est plus fréquent de voir la pneumonie arrivée à la période de purulence se terminer par un abcès, surtout chez les vieillards, les gens débilités, dans les pneumonies du sommet. Le pus forme une ou plusieurs collections dans l'épaisseur du parenchyme : ces collections ne sont souvent reconnues qu'à l'autopsie, mais peuvent donner lieu, dans un certain nombre de cas, à des vomiques pulmonaires (du quinzième au vingt-huitième jour, d'après Grisolle). Le pus est rejeté par saccades, au moment d'un accès de toux ; il offre souvent une coloration rougeâtre, sanieuse, fait qui ne manque pas d'importance au point de vue du diagnostic avec les vomiques pleurales. Plus rarement l'abcès se vide dans la plèvre ou le péricarde. Après que la poche purulente s'est ainsi vidée, on constate à son niveau tous les signes d'une vaste cavité pulmonaire (bruit de pot fêlé, gargouillements, souffle caverneux, pectoriloquie). La cicatrisation de la poche est possible, mais s'observe dans un nombre de cas très restreint.

La terminaison par gangrène est si rare que Grisolle, malgré le nombre considérable de pneumonies qu'il a observées, ne l'a jamais rencontrée. Il en existe cependant quelques observations (Andral, Monneret, Leyden).

VARIÉTÉS. — Les variétés que l'on a voulu établir dans la pneumonie sont fort nombreuses. Les unes sont relatives à la marche : telles sont la pneumonie abortive (Charcot, Woillez, Lebert, etc.), la pneumonie à marche foudroyante, comme on l'observe notamment chez les diabétiques, dans la variété que Traube appelle pneumonie séreuse, dans les formes purulentes d'emblée (Lépine). La durée peut au contraire être prolongée, par exemple dans les

pneumonies doubles, dans la pneumonie migratrice (*pneumonia migrans*) des Allemands (thèse de Hamburger). Grisolle a décrit une pneumonie à marche intermittente ou rémittente se développant sous l'influence de l'intoxication palustre ; la pneumonie palustre intermittente n'existe pas (L. Colin) ; par contre, il existe bien une détermination pneumonique de la fièvre pernicieuse ; elle présente ceci de remarquable que : tout signe physique dis-

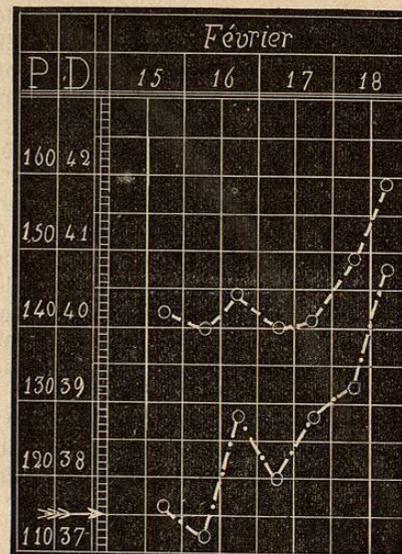


FIG. 49. — Pneumonie ; mort : courbes de la température du rectum et de la fréquence du pouls (Lorain, *Température du corps humain*, t. II).

paraissant même dans l'intervalle des accès, chaque paroxysme fait avancer d'un degré l'inflammation pulmonaire si les phénomènes congestifs portent leur action sur le même point.

On a également distingué les pneumonies d'après leur siège : pneumonies corticale, centrale, du sommet. La pneumonie du sommet offre quelques caractères spéciaux, mais non constants. Au point de vue clinique elle se distingue par l'intensité des phénomènes nerveux qu'elle détermine : c'est ainsi qu'on observe souvent un délire violent.

Dans la pneumonie massive (Grancher), toutes les bronches

étant obstruées par des bouchons fibrineux, on observe une matité absolue, une absence complète de vibrations thoraciques, de respiration, de souffle, de bronchophonie. L'expectoration fait également défaut, si ce n'est au début; ce qui domine, c'est la dyspnée.

Au point de vue clinique on a encore distingué la pneumonie *bilieuse* qui s'accompagne d'un catarrhe très marqué des voies digestives et d'une légère suffusion ictérique (1); la pneumonie *adynamique* avec prostration des forces, fuliginosités de la langue et des lèvres; la pneumonie *ataxique* avec délire bruyant, carphologie, soubresauts de tendons, etc. Enfin on a décrit à part sous le nom de *pneumotypoïdes* des formes dans lesquelles la pneumonie survient au début de la dothiéntérie, et acquiert une intensité suffisante pour en masquer les symptômes les plus importants (Gerhardt, Lépine, Gaucher).

Dans ces derniers temps Weichselbaum a cherché à établir s'il existait des différences cliniques répondant à la diversité des éléments infectieux. Bien que cette question soit encore absolument dans l'enfance, il semblerait pourtant que la pneumonie croupale franche serait déterminée par le diplocoque. Au contraire, la pneumonie adynamique avec caractère malin, crachats diffluent, etc., appartiendrait au bacille de Friedländer. De nouvelles investigations sont nécessaires.

DIAGNOSTIC. — La pneumonie offre à l'observation une série de symptômes physiques et fonctionnels qui sont absolument caractéristiques; l'expectoration à elle seule permet d'affirmer l'existence de la pneumonie.

Nous avons déjà établi le diagnostic différentiel de la pneumonie franche et de la broncho-pneumonie; nous ferons plus loin celui de la pneumonie et de la pleurésie aiguë. Disons seulement ici que le diagnostic présente de très sérieuses difficultés dans les cas de pneumonie massive. La *bronchite aiguë simple*

(1) Stoll a décrit avec beaucoup de soin la pneumonie bilieuse, insistant spécialement sur l'origine épidémique. D'autres auteurs ont attribué l'ictère à une sorte de propagation directe du processus inflammatoire à l'organe hépatique; cette théorie tombe d'elle-même devant les faits de pneumonie bilieuse avec hépatisation du poumon gauche. M. le professeur Sée admet une congestion brusque du foie sous l'influence de la perturbation circulatoire résultant d'une suppression rapide d'une partie du champ vasculaire du poumon; dans la grande majorité des cas les pneumonies bilieuses sont imputables aux influences saisonnières dont la note dominante est la tendance aux fluxions catarrhales de l'estomac et de l'intestin.

est facile à distinguer de la pneumonie. Dans les cas où la confusion a eu lieu et dans lesquels on croyait généralement à une pneumonie double, on avait confondu des râles sous-crépitaux fins avec le véritable râle crépitaux. La marche différente de la maladie, la sonorité normale de toute la poitrine, l'expectoration muqueuse sont en général des signes suffisants pour éviter toute erreur. Dans la *tuberculose aiguë*, le début de la maladie est moins franc, la marche moins rapide, la température s'élève en général moins haut, les lésions sont disséminées des deux côtés de la poitrine, l'expectoration est muqueuse, etc. (voy. t. I).

Chez les enfants et chez les vieillards, la pneumonie est d'un diagnostic beaucoup plus difficile que chez l'adulte; l'enfant n'expectore pas ses mucosités bronchiques, il les avale; chez le vieillard le point de côté fait défaut, et souvent la peau ne paraît pas chaude. La pneumonie des vieillards échappe facilement au diagnostic. Il n'est pas rare, en effet, de la voir chez eux revêtir le masque de l'attaque apoplectique, fait qu'il sera bon de ne jamais perdre de vue.

PRONOSTIC. — *Complications.* — La pneumonie est toujours une maladie d'une certaine gravité, si ce n'est dans la seconde enfance et dans la jeunesse où elle est relativement bénigne, puisque Barthez n'a observé la mort que 2 fois sur 212 cas et Ziemssen 7 fois sur 201. Chez le soldat (de vingt-deux à vingt-cinq ans) la pneumonie lobaire aiguë donne lieu également à une faible mortalité. Grisolle donne les chiffres suivants: entre quinze et trente ans la mortalité est de 1/14, entre trente et quarante de 1/7, entre quarante et cinquante de 1/6, entre cinquante et soixante de 1/5; au-dessus de soixante-dix ans la pneumonie devient une des causes les plus fréquentes de la mort (Hourmann et Dechambre), et la mortalité est de 8/10.

La pneumonie du sommet implique généralement un pronostic plus sérieux; quant à la *pneumonie migrans*, dont la gravité avait été admise par Friedreich, bien que sa durée soit un peu plus longue (douze jours), elle n'entraînerait pas une mortalité plus élevée (Hamburger).

Lorsque la pneumonie revêt franchement les allures d'une fièvre infectieuse et épidémique, sa mortalité peut être considérable, 30 pour 100 (épidémie de Tregnago rapportée par Massalongo), 80 pour 100 (épidémie d'Albigny rapportée par Rondet).

L'état de grossesse, une mauvaise constitution ou une débilité acquise, des conditions hygiéniques défavorables, sont autant de causes qui aggravent le pronostic. Une dyspnée très intense,

une température élevée avec un pouls fréquent et inégal, la suppression brusque de l'expectoration ou l'apparition de crachats *jug de réglisse*, sont du plus fâcheux augure. Chez l'enfant et chez le vieillard il ne faudra pas baser des espérances trop hâtives sur la disparition de quelques symptômes, la marche de la pneumonie étant ordinairement chez eux très irrégulière.

Fait fort remarquable, en apparence même paradoxal, la pneumonie évolue souvent de la façon la plus normale chez les tuberculeux.

Un certain nombre de complications peuvent d'ailleurs venir assombrir le pronostic. En premier lieu il faut citer la *pleurésie* (*pleuro-pneumonie*), parfois assez considérable pour masquer les signes de la pneumonie et qui ajoute sa gravité et ses dangers à ceux de l'inflammation du parenchyme pulmonaire. La péricardite par propagation de la phlegmasie à la séreuse cardiaque s'observe aussi fréquemment, surtout dans la pneumonie gauche. Il faut citer aussi la néphrite parenchymateuse que Lecorché a rencontrée huit fois en moins de deux ans. Cette complication naît en général du quatrième au cinquième jour de la pneumonie.

La congestion passive du cerveau et de ses enveloppes amène parfois de l'œdème du cerveau ou des méningites, dont le pronostic est toujours très grave. Lépine a signalé surtout chez les vieillards des *hémiplegies vaso-motrices* qui ne seraient pas de nature réflexe, mais dépendraient surtout de l'ischémie partielle de l'encéphale et de la dyscrasie sanguine dont s'accompagne la pneumonie ; dans les cas où cette ischémie aboutirait au ramollissement, on observerait de véritables *paralysies motrices*, comme lui-même et Straus en ont rapporté des exemples.

TRAITEMENT. — On ne croit plus aujourd'hui à la possibilité de *juguler* la pneumonie, maladie à évolution cyclique bien déterminée ; mais, sans vouloir prétendre supprimer le mal, on peut chercher à l'atténuer, et l'expectation pure et simple qui a été conseillée prête autant à la critique que la méthode des saignées coup sur coup ; dans toutes les pneumonies, même les plus bénignes, on trouve quelque indication à remplir, quelque complication à prévenir, quelque soulagement à apporter au malade.

Depuis longtemps déjà le *tartre stibié* est employé comme anti-pyrétique dans la pneumonie : on le donne à hautes doses et comme expectorant suivant la méthode de Rasori ; plus souvent on administre seulement 15 à 30 centigrammes (chez l'adulte) dans une potion gommeuse à prendre par cuillerées d'heure en

heure. La *digitale* a été également employée contre la fièvre symptomatique de la pneumonie, elle est d'un maniement moins difficile que le tartre stibié : on l'emploie à la dose de 30 à 50 centigrammes jusqu'à 1 gramme de poudre de feuilles en infusion. Malgré leur action sur la fièvre, ces deux médicaments n'influent aucunement sur la *crise*.

La *saignée*, si fort en honneur autrefois et considérée par beaucoup de praticiens comme un véritable spécifique de la pneumonie, n'est plus employée qu'avec réserve et nous osons dire avec trop de réserve ; il ne faut pas hésiter à ouvrir la veine toutes les fois que la dyspnée est très forte et que l'asphyxie est à craindre. Les émissions sanguines locales (ventouses scarifiées, sangsues) donnent de bons résultats, surtout chez les individus sanguins ; elles font disparaître le point de côté. Les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine sont aussi indiquées pour combattre la douleur.

L'*alcool* sous forme de potion de Todd (de 60 à 120 grammes d'alcool dans une potion gommeuse à prendre par cuillerées d'heure en heure) sera réservé pour les cas où l'on aura affaire à des individus débilités ou à des alcooliques ; on l'associera à d'autres toniques, à l'extrait de quinquina principalement.

Si le délire est très accentué, on prescrira avec avantage le *musc* à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes (Récamier, Trousseau).

Les *vésicatoires*, bien qu'ils aient été regardés comme inutiles par Laennec et par Louis, sont cependant des adjuvants précieux pour hâter le travail de résorption et d'élimination. Les expectorants, le kermès, l'oxyde blanc d'antimoine, sont également indiqués à cette période.

Quant aux injections intraparenchymateuses de liquides antiseptiques auxquelles la notion de l'origine parasitaire de la pneumonie devait nécessairement conduire, et qui ont été pratiquées déjà par un certain nombre de médecins (Lépine, Gouguenheim plus particulièrement), les résultats obtenus sont encore trop incertains pour que nous puissions conseiller ici d'en généraliser l'emploi.

LAENNEC, ANDRAL, CRUVEILHIER, CHOMEL. Art. *Pneumonie*, in Dict. en 30 vol. — BÉHIER et HARDY. Traité de pathologie interne, 1850. — GUBLER. Société méd. des hôpitaux, 1836, et Union méd., 1837. — CHARCOT. De la pneumonie chronique, th. d'agrég., 1860. — MONNERET. Traité de path. générale, t. III. — ZIEMSEN. Pleuritis und Pneumonie in Kindesalter. Berlin, 1862. — GRISOLLE. Traité de la pneumonie, 2^e édition, 1864, et Traité de pathologie interne. — BÉHIER. Conférences de

clin. méd., 1864. — DAMASCHINO. Des différentes formes de la pneumonie aiguë chez les enfants, th. de Paris, 1867. — WUNDERLICH. Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten. Leipzig, 1868. Traduit en français sous le titre : De la température dans les maladies. Paris, 1870. — CHARCOT. Leçons sur les maladies des vieillards. Paris, 1868. — Des abcès du poumon dans la pneumonie (Gaz. hóp., 1868). — LÉPINE. De l'hémiplégie pneumonique, 1870. — Du même. Des pneumonies caséuses, th. d'agrég., 1872. — WOILLEZ. Traité clin. des maladies aiguës des voies respiratoires. Paris, 1872. — PETER. Les pneumonies, in Clin. méd., t. I. — LEUDET. Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu de Rouen. Paris, 1874. — GUIDO BAGCELLI. Leçons sur la perniciosité. Trad. Jullien. — A. LAVERAN. De la méningite comme complication de la pneumonie (Gaz. hebdom., 1875). — O. STURGES. On pneumonia. London, 1876. — JACCOUD. Path. méd. — JURGENSEN. Croupöse Pneumonie, in Ziemssen's Handbuch der spec. Pathol., 2^e édit., 1877. — LORAIN. Th. clin. sur la température du corps humain. Paris, 1877. — H. BERNHEIM. Clinique médicale, 1877. — IS. STRAUS. Pneumonie avec hémiplégie (Revue mens. de méd. et de chir., 1877). — BARELLA. Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, 1877 et 1878. — GRANCHER. De la pneumonie massive (Gaz. méd., 1877-78). — FERNET. Pneumonie aiguë et névrite du pneumogastrique (France médicale, 1878). — LÉPINE. De la pneumo-typhoïde (Revue mensuelle, 1878). — MIXON. Résonance amphorique de la pneumonie (Dublin Journ., 1879). — LEYDEN. Berl. klin. Wochenschrift, 1879. — HAMBURGER. Ueber Pneumonia migrans. Inaug. Diss., Strasbourg, 1879. — IS. STRAUS. Erysipèle des bronches et du poumon (Rev. mens., 1879). — HANOT. Trait. de la pneumonie, th. d'agrég., 1880. — LÉPINE. Art. *Pneumonie*, in Nouv. Dict. de méd. et de chirurgie pratiques, t. XXVIII, 1880. — GALISSARD DE MARIIGNAC. Pneumonie lobaire dans la fièvre typhoïde, th., Paris, 1881. — DREYFUS-BRISAC. Gaz. hebdom., 1881, n° 34. — BEURMANN et BRISAUD. Sur les pneumonies massives, in Arch. gén. de médecine, 1881. — SÉZARY. Sur la pneumonie lobaire avec exsudat fibrineux des grosses bronches, in Congrès d'Alger, 1881. — PEREZ. Ictère dans la pneumonie, th., Paris, 1881. — DEMLER. Pneumonie infect. th., Paris, 1882. — ALISON. Consid. sur l'étiologie de la pneum. lobaire aiguë (Arch. gén. méd., 1883). — GISCAZO. *Ib.*, th., Paris, 1883. — DREYFUS-BRISAC. Gaz. hebdom., 1884. — AFANASSIEW. Microbe de la pneumonie croupale (Gaz. hebdom., 1884). — KLEIN. Microbe de la pneumonie (Gaz. hebdom., 1884). — TRUC. Essai sur la chirurgie du poumon, th., Lyon, 1885. — MASSALONGO. Etude expérimentale de la pneumonie et de la broncho-pneumonie (Arch. phys., 1885). — *Id.*, Épidémie de Tregnago (Arch. gén. méd., 1885). — HUTINEL et PROUST. Pneumonie disséquante (Rev. des sc. méd. de Hayem, 1885). — WEICHSELBAUM. Étiologie et anatomo-pathologie des pneumonies (Société des méd. de Vienne, juin 1886). — JACCOUD. Étiologie de la pneumonie (Acad. des sc., 1887).

PNEUMONIE CHRONIQUE

Synonymie : *Pneumonie interstitielle; sclérose, cirrhose du poumon.*

Sous le nom de *pneumonie chronique*, on décrit un certain nombre d'états pathologiques du poumon qui sont loin de présenter toujours et les mêmes lésions et les mêmes symptômes. Les recherches anatomo-pathologiques récentes, et notamment celles de M. Charcot en France, ont cependant apporté quelque lumière au milieu de ces questions si obscures jusqu'alors.

La pneumonie chronique se présente sous deux formes différentes.

1^o La *pneumonie lobaire chronique* consécutive à la pneumonie aiguë lobaire dont elle constitue une des terminaisons les plus rares, et 2^o la *pneumonie lobulaire chronique*, ou *pneumonie interstitielle*, qui se montre le plus souvent à la suite d'altérations locales et variées du parenchyme pulmonaire, mais se développe aussi sous l'influence des diverses maladies constitutionnelles qui ont de la tendance à déterminer l'hyperplasie des éléments connectifs ou la sclérose.

1^o PNEUMONIE CHRONIQUE LOBAIRE

La pneumonie lobaire chronique n'est pas une affection commune ; de là l'obscurité qui a longtemps plané sur son histoire. Admise d'abord par Morgagni, Awenbrugger et Corvisart, par Bayle et surtout par Broussais, elle fut ensuite formellement niée par Laennec, et, sur son témoignage, bannie pendant près de trente ans du cadre nosologique. La pneumonie lobaire chronique existe pourtant. Andral, Chomel, Grisolle, Requin ont observé sans conteste certains faits de pneumonie franche passée à l'état chronique ; ces observations, rares il est vrai, ont été réunies dans la thèse inaugurale de M. Raymond (1842). Ce travail est devenu le point de départ de recherches importantes, et aujourd'hui, grâce aux observations de Lebert, Cruveilhier, Durand-Fardel, Addison, Béhier et Hardy, Fox, Bastian et Charcot, la maladie a définitivement conquis le rang qui lui revient.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Sur la table d'amphithéâtre, le poumon frappé de pneumonie chronique se présente sous trois aspects différents que Charcot (th. d'agrég., 1860) a caractérisés de la façon suivante : 1^o induration rouge, 2^o induration jaune, 3^o induration gris ardoisé, représentant les trois degrés de l'évolution pneumonique dans lesquels le poumon peut avoir été saisi par la chronicité.

Dans l'*induration rouge*, que Lebert appelait encore l'*hépatisation indurée*, l'aspect du poumon ressemble beaucoup à celui de l'hépatisation rouge de la pneumonie aiguë : il est granuleux, mais plus pâle, plus sec et moins cassant. Les alvéoles sont remplis de produits exsudés en voie de régression, et dans les espaces interalvéolaires et interlobulaires épaissis, on constate déjà les traces de l'hyperplasie du tissu connectif et des cellules fusiformes. L'un de nous a constaté que l'endothélium alvéolaire se transformait dans certains cas en un épithélium cubique ou cylindrique, analogue à celui des bronchioles.

L'induration jaune (hépatisation jaune de Hope et de Lebert, induration albumineuse d'Addison) est caractérisée par une zone d'induration d'une couleur jaune pâle, teintée de rouge; la coupe parfois en est granuleuse, mais souvent aussi, lisse; la matière qui remplit les alvéoles est plus abondante, on y trouve des leucocytes en grand nombre, de la fibrine et des cellules épithéliales dégénérées. Ces produits, qui compriment les capillaires, anémient le poumon et expliquent sa pâleur. La prolifération des éléments connectifs interlobulaires est aussi plus avancée que dans la forme précédente. Lebert voulait que l'hépatisation jaune succédât toujours à l'hépatisation indurée. M. Charcot pense, au contraire, que cette forme peut s'observer d'emblée: il l'a constatée six semaines après le début de la maladie.

Dans l'induration gris ardoisé, la trame même du poumon est profondément modifiée; les cavités alvéolaires sont effacées en partie, par suite de l'épaississement de la charpente connective qui est considérable; il y a une véritable transformation fibreuse (Cruveilhier). Le poumon a une coloration verdâtre mélangée de points noirs, il est sec, peu vasculaire, crie sous le scalpel et se laisse difficilement déchirer. La surface de section est habituellement lisse, ce qui lui a encore valu le nom d'induration plane. MM. Cornil et Ranvier ne veulent pas que ce soient là des formes comparables à celles de la pneumonie aiguë et qu'il y ait entre elles un rapport constant de succession. Pour ces auteurs, les différences de coloration tiennent à la prédominance du pigment sanguin dans certains cas, ou des granulations graisseuses dans d'autres.

Quoi qu'il en soit de la forme que l'on considère, la plèvre est généralement très épaissie au niveau des portions malades, mais les bronches sont très exceptionnellement dilatées. M. Charcot fait même de cette dernière lésion un élément de diagnostic de premier ordre entre la pneumonie lobaire et la pneumonie lobulaire chronique; dans ce dernier cas la dilatation bronchique est permanente.

Enfin la pneumonie chronique peut entraîner des lésions plus graves encore; le centre de la zone hépatisée peut se transformer en foyer gangreneux (Andral) ou se ramollir de façon à constituer un véritable abcès (Stokes, Addison, Hardy et Béhier, Monneret, Leyden).

L'hypertrophie du cœur droit, qui est la conséquence nécessaire de toute entrave marquée à la circulation du poumon, est habituelle en pareil cas.

DESCRIPTION. — Il n'y a pas de symptômes pathognomoniques de la pneumonie chronique. Lorsqu'elle succède directement à une pneumonie aiguë franche (et c'est le cas le plus habituel), bien que la fièvre soit, comme dans la pneumonie vulgaire, tombée vers le sixième ou le huitième jour, on constate d'abord pendant un certain nombre de jours les signes ordinaires de la résolution lente: persistance de la matité, râles sous-crépitants, souffle bronchique, absence de réaction générale. Puis, au bout d'un temps variable, il devient manifeste que le malade se cachectise: la toux est fréquente, la gêne dans la respiration se montre de nouveau, la fièvre se rallume et prend le caractère hectique avec frissons et redoublements vespéraux, sueurs profuses, etc.; et, finalement, le malade est emporté dans un laps de temps qui varie de deux à quatre mois dans un état d'affaiblissement général, qui rappelle, dans bien des cas, la fin de la tuberculose chronique; dans d'autres cas, surtout chez les vieillards, on observe des symptômes adynamiques, quelquefois même des eschares (Balzer).

Les signes physiques ne sont pas non plus caractéristiques. Monneret a attaché une grande importance à l'augmentation des vibrations thoraciques; Hardy et Béhier à l'intensité du souffle tubaire; Stokes et Wunderlich à la rétraction des parois de la poitrine. En comparant la plupart des observations publiées on arrive à reconnaître que les signes les plus habituels sont les suivants: les crachats sont ceux de la bronchite et consistent surtout en mucosités purulentes; il y a de la matité, des râles sous-crépitants, du souffle qui peut devenir très rude, parfois même caverneux. Nous avons dit que les points sclérosés pouvaient s'ulcérer et donner lieu à des pertes de substance, ce qui se traduit par l'apparition des signes cavitaires. Par contre, il existe des cas où la lésion restée complètement silencieuse (Grisolle, Requin) ne s'est traduite que par une dyspnée très modérée et par un peu de toux.

LE DIAGNOSTIC de la pneumonie lobaire chronique est souvent chose fort délicate, surtout lorsqu'on n'a pas assisté au début de la maladie. Les principales affections avec lesquelles on est appelé à la confondre, sont les suivantes: la tuberculose, la pleurésie chronique partielle, la dilatation des bronches, la carnisation consécutive à la broncho-pneumonie chronique, l'infiltration cancéreuse du poumon. On la différenciera de ces divers états morbides, en se rappelant que la tuberculose s'observe principalement sur des sujets plus jeunes; que les tubercules isolés,