

Broncho-pneumonies.

Toutes les broncho-pneumonies indistinctement sont parasitaires, dit M. G. Sée. La coqueluche, la grippe, la diphthérie, la fièvre typhoïde, et toutes les maladies infectieuses (scarlatiné, variole, érysipèle) capables de se déterminer sur l'appareil respiratoire avec une prédilection plus ou moins grande, sont des causes de broncho-pneumonies.

Mais le processus pathogénique de ces inflammations broncho-pulmonaires est complexe et variable. Dans la production des lésions bronchiques et pulmonaires l'agent septique spécifique de l'infection principale, diphthérie ou dothiéntérie, n'entre pas seul en jeu ; des bactéries venues de la bouche par écoulement de salive dans le larynx et la trachée, lorsque la sensibilité du larynx est compromise (Cornil et Babès), des microbes de la suppuration, des microcoques spécialement pneumoniques interviennent, travaillant, pour ainsi dire, dans le sillage de l'agent infectieux primitif.

Les microbes qui causent les complications broncho-pneumoniques arrivent donc soit par les voies aériennes, soit par la voie sanguine, soit par les voies lymphatiques qui mettent en communication la plèvre et le poumon.

Le fait suivant observé par M. de Gennes est fort instructif au point de vue de la complexité des processus broncho-pneumoniques des maladies infectieuses.

Dans un cas de pleurésie purulente consécutive à une broncho-pneumonie, survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde avec formation d'une fistule pleuro-bronchique, M. de Gennes a trouvé dans le liquide que contenait la plèvre deux sortes de micro-organismes : d'abord un grand nombre de diplocoques, comme on en rencontre dans toute suppuration ; ensuite un certain nombre de bacilles allongés, de forme légèrement ellipsoïde, présentant un centre clair et deux extrémités assez fortement colorées par l'aniline, et qui

sont les microbes dont Gaffky, Eberth, Artaud, Chantemesse et Widal ont démontré la spécificité dans la dothiéntérie.

On ne saurait dire que dans ce cas la formation du pus a été causée par les bacilles typhoïdiques. Il est plus probable que les microcoques nombreux ont été la cause de l'épanchement purulent.

Quant aux bacilles, témoins irrécusables du processus typhique, la raison de leur présence doit être cherchée, d'après M. de Gennes, dans la lésion pulmonaire de voisinage, certainement causée, celle-là, par le bacille de la fièvre typhoïde. — S'il eût été possible d'examiner le tissu pulmonaire lorsqu'évoluait la broncho-pneumonie qui précéda la pleurésie purulente, on y eût certainement trouvé le bacille typhique.

A un moment donné, la formation d'une fistule pleuro-bronchique est venue faire communiquer le foyer pulmonaire typhique avec la plèvre et l'air extérieur. Dès lors, les diplocoques venus de l'air extérieur ont déterminé la suppuration, mais les bacilles typhiques attestent la nature du processus typhique pulmonaire.

On sait d'ailleurs que l'influence banale du froid invoquée souvent pour expliquer la venue d'une pleurésie pendant le décours de la fièvre typhoïde n'est plus guère admise ; d'ordinaire, la pleurite est consécutive à un foyer broncho-pneumonique ou à un infarctus pulmonaire sous-pleural.

Nous ne pouvons malheureusement pas tirer jusqu'ici grand parti des notions précédentes au point de vue de la thérapeutique antiseptique, puisque nous ne connaissons pas de médicaments ayant une action spécifique contre les microbes des infections précitées.

Nous retiendrons seulement l'utilité de maintenir relativement aseptiques les premières voies respiratoires, fosses nasales, bouche, pharynx, pendant l'évolution des maladies infectieuses dont la prédilection pour l'appareil respiratoire

est connue. On fera des lavages fréquents de ces cavités, au moyen de gargarismes, d'irrigations et de pulvérisations. On vaporisera dans la chambre et au voisinage du lit des antiseptiques.

On pourra prévenir ou guérir certaines broncho-pneumonies dont l'origine paraît être une infection par les voies digestives, en établissant l'antisepsie gastro-intestinale.

M. Sevestre, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, a relaté une épidémie de broncho-pneumonies qu'il a observées dans cet hospice, et qu'il considère comme secondaires à des diarrhées putrides.

Il s'agissait d'enfants du Dépôt, pour la plupart nourris d'une façon défectueuse ; car les règlements de l'hospice n'accordent aux enfants assistés non malades qu'une nourriture de mauvaise qualité eu égard à leur âge, bœuf bouilli et pain, avec une quantité de lait tout à fait dérisoire pour des enfants de 18 mois qui auraient surtout besoin de ce dernier aliment.

Quoi qu'il en soit, ces enfants contractaient une gastro-entérite et entraient dans le service de M. Sevestre avec quelques vomissements, mais surtout une diarrhée abondante, généralement fétide. La température était normale ou peu élevée ; au bout de quelques jours, on voyait survenir chez quelques-uns des symptômes typhoïdes, sécheresse de la langue, fuliginosités des lèvres, puis chez tous des accidents broncho-pulmonaires, revêtant plutôt la forme de foyers de congestion très accentués que celle de vrais noyaux d'hépatation pulmonaire. Les râles sibilants et sous-crépitants, la diminution de la sonorité en certains points, un souffle peu intense, expiratoire, plus ou moins fugace, étaient le plus souvent, avec une toux et une dyspnée modérée, les signes révélateurs de la complication pulmonaire. La température s'élevait plus ou moins, d'une façon irrégulière, suivant l'importance de celle-ci.

La majorité des enfants ainsi atteints ont succombé ; à

leur autopsie on a trouvé, outre des lésions de splénisation, de congestion et de broncho-pneumonie, des lésions intestinales peu profondes, mais très étendues, soit des plaques de vascularisation au niveau des agglomérations lymphoïdes, soit de très légères exulcérations. Les ganglions lymphatiques correspondants étaient en général un peu tuméfiés et vascularisés, ou même ecchymosés. La rate n'offrait pas de lésions notables ; le foie était souvent en état de dégénérescence graisseuse, et les reins n'étaient pas toujours sains.

M. Sevestre repousse l'hypothèse de fièvres typhoïdes anormales pour les enfants qu'il a observés. Il est porté à admettre que chez eux le début des accidents a été une entérite, avec fermentations putrides excessives et formation de ptomaines, qui ont produit ultérieurement une auto-intoxication dont les accidents broncho-pulmonaires ont été la principale et la plus bruyante manifestation.

Se guidant sur cette interprétation pathogénique, il a surtout mis en œuvre dans le traitement les antiseptiques. La naphthaline seule ne lui a pas donné de très bons résultats ; il s'est au contraire beaucoup loué du calomel, et c'est à l'emploi de ce médicament qu'il attribue la plupart des guérisons qu'il a obtenues.

Pneumonie fibrineuse.

Nous serons très-brefs sur le traitement antiseptique de la pneumonie. Les antiseptiques administrés par voie interne ou par inhalation n'ont donné jusqu'ici aucun résultat.

Le seul point intéressant est celui du traitement antiseptique local de la pneumonie. Nous ne pouvons mieux faire que de laisser la parole à M. le professeur Lépine (de Lyon) qui a fait les premières tentatives dans ce sens en France (1).

« La pneumonie, dit-il, doit être actuellement considérée

(1) *Lyon médical*, 1887.

comme une maladie infectieuse. Or, il y a deux grandes méthodes de traitement des maladies infectieuses.

« La première vise le principe morbide lui-même, ou tout au moins ses premiers effets. Elle a pour but de s'opposer à son développement, si faire se peut, et en tout cas d'enrayer sa marche, en affaiblissant son énergie. Elle jugule ou atténue le processus morbide, sans influencer essentiellement le *terrain*. La méthode des saignées coup sur coup, dans la pensée de son auteur, agissait de cette manière, et le tartre stibié doit évidemment déprimer la maladie encore plus que le malade; autrement la réputation dont il a joui serait incompréhensible. Mais les inconvénients, et même les dangers résultant de l'emploi de ces moyens les ont fait tomber dans le discrédit, de telle sorte qu'à défaut d'un agent à la fois efficace contre le processus morbide et tolérable pour le malade, les praticiens en sont arrivés à ne traiter la pneumonie que par la deuxième méthode.

« Celle-ci, plus modeste, renonce à attaquer la maladie elle-même. Elle la laisse poursuivre son cours et son seul objectif est de soutenir les forces du patient. Je ne crois pas être contredit en émettant l'avis que l'alcool, si fort à la mode depuis quelques années, n'a pas d'autre action.

« Rester sur la défensive, est-ce là le dernier mot de la pratique, et faut-il renoncer à l'idée de traiter la pneumonie par une offensive plus ou moins vigoureuse? Je ne le pense point et j'estime qu'il est possible de combattre le processus pneumonique d'une manière moins indirecte qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour avec la saignée ou le tartre stibié. On a parfois réussi à enrayer la marche d'un érysipèle par un traitement topique. Pourquoi ne pas essayer d'arrêter celle de la pneumonie par une médication antiseptique portée dans le parenchyme pulmonaire lui-même?

« L'innocuité des injections intra-pulmonaires faites avec une solution suffisamment diluée n'est plus contestable. La

démonstration a été faite par plusieurs opérateurs en Allemagne, en Amérique, et tout récemment à Paris par M. Gougenheim qui a pleinement confirmé les résultats de M. Truc. (1) Reste à savoir si de telles injections peuvent être utiles dans la pneumonie.

« Depuis un an que j'ai commencé à les essayer, l'expérience a témoigné de plus en plus leur faveur. Aucun de mes malades n'a succombé, bien que je les aie employées dans quelques cas fort graves. Dans la majorité des cas elles ont eu pour résultat d'abrèger la durée de la pneumonie et toujours elles ont paru en modifier la gravité.

« Au commencement j'étais naturellement fort timide. Voici comment je procède.

« Avec une longue aiguille de Pravaz, je pénètre à travers un espace intercostal à deux ou trois centimètres de profondeur dans le poumon, au niveau de la partie hépatisée, et, adaptant immédiatement la seringue à la canule de peur que du sang ne s'y coagule, j'injecte une certaine quantité de liquide (jusqu'à 20 cent. cubes) à la même place. Puis, retirant un peu l'aiguille et l'inclinant dans une direction convenable, je la fais pénétrer dans une autre portion du poumon hépatisé. Au besoin je la retire tout à fait et l'enfonce à quelque distance dans un autre espace intercostal. Je fais ainsi trois ou quatre injections, distantes de quelques centimètres les unes des autres.

« Je crois qu'il est nécessaire de pénétrer à une certaine profondeur dans le poumon; car, ce que j'ai vu sur le chien me donne à penser qu'une injection dans la cavité pleurale pourrait être suivie d'accidents. D'autre part, je n'ai jamais osé piquer le poumon au voisinage du hile de peur des gros vaisseaux, et, à cet égard, je crois ma prudence suffisamment justifiée.

La quantité de liquide la plus forte que j'aie injectée dans

(1) *La chirurgie du poumon*. Thèse de Lyon.

le poumon, en une seule séance, a été 100 centimètres cubes. C'est une quantité énorme qui, je crois, devra être rarement atteinte. Le malade d'ailleurs n'en a pas été incommodé. Bien plus, pendant le cours de l'injection, un point de côté violent dont il souffrait a disparu. J'ai expliqué ce résultat par l'ischémie artificielle que j'ai produite : la masse injectée a dû momentanément produire l'affaissement des vaisseaux. Je dis momentanément, car une demi-heure plus tard le point de côté a reparu et n'a diminué que le lendemain.

« La toux est habituellement insignifiante, l'expectoration devient parfois franchement sanglante par le fait du traumatisme. Mais cette hémoptysie, que j'ai toujours vue légère, s'est arrêtée constamment en moins d'une heure.

« La douleur est quelquefois notable sans jamais être excessive. C'est là le seul inconvénient de la piqûre du poumon que j'ai eu l'occasion de constater.

« J'arrive à la partie la plus épineuse de mon exposition. Quelle solution faut-il injecter ? J'avoue tout de suite qu'à cet égard mon expérience n'est pas suffisamment faite et j'en suis encore à la période de tâtonnement. Le benzoate de soude en solution, même concentrée, m'a paru peu utile ; de même l'iodure de potassium en solution faible ; mais il n'en est pas de même en solution concentrée ; dans ce cas il a amené une défervescence précoce (1). Une solution de bichlorure hydrargyrique au quarante-millième m'a donné plusieurs fois d'excellents résultats. A ce degré une solution de bichlorure n'est pas trop irritante pour le poumon, tandis que, si le titre de la solution est double, elle détermine dans le poumon (sain) du chien une hémorragie intra-alvéolaire et une inflammation fibrineuse assez étendue, ainsi que je l'ai constaté avec le docteur L. Blanc. Pour ce motif, je n'ai pas osé employer chez l'homme une solution au vingt-millième. A dire vrai, je ne suis pas encore satisfait et j'ai

(1) Voir l'observation publiée dans la *Revue de médecine*, décembre 1885.

besoin d'expérimenter d'autres solutions, en premier lieu celle d'un sel quinique, chez le chien. Quand l'innocuité m'en sera démontrée, je les essaierai chez un pneumonique.

« En attendant, j'estime qu'il vaut mieux pécher par excès de prudence que par témérité. Les injections intra-pulmonaires ont été jusqu'ici inoffensives, mais un cas malheureux peut se produire, si on s'écarte beaucoup des règles que j'ai formulées. Quant à l'avenir de la méthode, il est prématuré de se demander si la plus grande partie des pneumonies sera justiciable des injections, ou si celles-ci doivent être réservées aux pneumonies graves. J'ai seulement indiqué aujourd'hui la voie dans laquelle je suis entré ; l'expérience m'apprendra jusqu'où je dois la poursuivre. »

§ II.

SOMMAIRE. — Tuberculose pulmonaire. — Action des antiseptiques sur le virus tuberculeux. — Expériences de H. Martin, Vallin, Niepee, Pilate, Mairet et Cavalier, Sormanni et Brugnatelli, Coze et Simon. Médicaments antiseptiques employés dans le traitement de la phthisie. — Créosote. — Iode, Iodures, Iodoforme. — Phosphate de cuivre. — Tannin. — Menthol. Inhalations et pulvérisations d'iode, de benzoate de soude, de biiodure de mercure, d'acide picrique, d'acide fluorhydrique, d'acide sulfureux. — Atmionètre de Jacobelli. Injections rectales gazeuses : acide carbonique, hydrogène sulfuré, sulfure de carbone. — Méthode de Bergeon. — Appareils de Morel, Bardet, Faucher. Injections hypodermiques avec la vaseline liquide médicinale comme excipient. — Eucalyptol. — Acide sulfureux. — Acide phénique. Injections intra-parenchymateuses dans les cavernes. Prophylaxie de la tuberculose basée sur l'antisepsie. Rapport de M. Vallin à la Société médicale des hôpitaux.

Dès le jour où Villemin a eu démontré la contagiosité de la matière tuberculeuse, et bien longtemps avant que Koch eût