

lavements vinaigrés) peut avoir un avantage réel. De même l'*acétate de plomb* à grandes doses (une poudre de 0,05 à 0,1 par heure), préconisé empiriquement par TRAUBE, mérite d'être essayé.

De cette manière on peut, notamment dans les maladies aiguës (typhus, pneumonie), avoir la chance de détourner l'invasion de l'œdème pulmonaire par une rapide et énergique intervention. Mais quand l'œdème pulmonaire vient compliquer des maladies chroniques incurables (maladies du cœur et du rein), les moyens énumérés plus haut ne sont malheureusement pas en état de conjurer la mort, qui s'avance avec tout l'appareil symptomatique de l'œdème du poumon.

CHAPITRE QUATRIÈME.

PNEUMONIE CATARRHALE.

(Broncho-pneumonie. Pneumonie lobulaire.)

Étiologie. La pneumonie catarrhale n'est pas, comme la pneumonie croupale, une maladie autonome, renfermée dans des limites cliniques déterminées; elle n'est le plus souvent qu'un épiphénomène qui vient, à titre *secondaire*, incider le cours des maladies aiguës et chroniques les plus diverses. Presque toujours elle fait suite à une bronchite. Le même processus qui produit le catarrhe de la muqueuse bronchique, en se propageant plus avant aux bronchioles et aux alvéoles du poumon, y donne lieu à la pneumonie catarrhale.

Dans toutes les maladies graves, soit aiguës, soit chroniques, les conditions sont éminemment favorables au développement de l'inflammation des bronches et consécutivement des alvéoles pulmonaires. Sur tout le parcours de l'arbre respiratoire, de même que dans les régions plus élevées de la bouche et du pharynx, il s'amasse aisément, chez les malades profondément atteints, de la salive, des mucosités, etc. L'expectoration laisse à désirer et le décubitus dorsal prolongé se prête à l'accumulation des produits sécrétoires, notamment dans les lobes inférieurs du poumon. On a plus de peine à entretenir la bouche et l'arrière-gorge en état de propreté que dans les circonstances ordinaires. Le mucus qui les humecte, de même que les débris épithéliaux et les résidus d'aliments qui y séjournent, deviennent le réceptacle de champignons et de bactéries qui éveillent et entretiennent des processus de putréfaction. Ces agents inflammatoires, en pénétrant dans les voies aériennes avec l'air inspiré, rencontrent partout un

terrain des plus propices pour s'établir et se multiplier. Des voies aériennes supérieures ils sont aspirés vers le bas. A partir des grosses bronches le processus descend vers celles de moindre calibre et finit par donner lieu à la pneumonie catarrhale. En outre, il faut tenir compte de ce que beaucoup de malades gravement atteints avalent difficilement. Ils déglutissent de travers et des parcelles d'aliments pénètrent dans les conduits aériens, avec les agents phlogistiques qui y adhèrent. Ce que la toux rejette dans d'autres circonstances, reste en place, se décompose et donne naissance à de la bronchite et à de la pneumonie lobulaire.

On explique de cette façon comment il se fait que la pneumonie lobulaire se déclare si souvent au cours de maladies les plus disparates. En effet, nous l'observons, d'abord *chez tous les malades à sensibilité obtuse* (typhus grave, méningite, etc.), puis chez ceux qui sont frappés *dans les centres nerveux*; et qui par suite d'*affections bulbaires* négligent de tousser ou d'avalier. Dans tous les cas semblables, les pneumonies lobulaires doivent être envisagées comme des complications et méritent, en considération de leur mode d'origine, le nom de *pneumonies par aspiration* ou *par déglutition de travers*. Nous verrons bientôt que ces dernières peuvent, dans certaines conditions, se transformer en gangrène pulmonaire circonscrite.

Tandis que les éléments étiologiques susdits, qui entrent en ligne de compte dans la pathogénie de la pneumonie lobulaire, n'ont comme tels rien à faire avec la nature fondamentale de la maladie, par ailleurs il existe certains germes infectieux, qui *de prime abord* se localisent exclusivement, ou tout au moins par prédilection, dans les voies aériennes. A cette classe appartiennent avant tout les contagés de la *rougeole* et de la *coqueluche*, puis, à un certain degré, de la *diphthérie*, de la *variole*, etc. Or, c'est tout juste dans ces maladies que nous voyons principalement la pneumonie lobulaire se déclarer à la suite de la bronchite. Un cas semblable étant donné, il n'y a vraiment pas moyen jusqu'ici de décider si la bronchite est sous la dépendance directe de la cause morbide spécifique, ou si elle ne constitue qu'une complication qui peut survenir dans toute autre maladie. Les pneumonies lobulaires qui compliquent la diphthérie (de même que la variole grave) ne sont, la plupart, selon toute probabilité, que des pneumonies par aspiration ou par déglutition de travers, dont on s'explique facilement le développement dans ce genre de maladies. Dans la rougeole, au contraire, et dans la coqueluche, on serait plutôt tenté de croire à une causalité directe entre la pneumonie et l'agent spécifique de la maladie, quoique les autres causes productrices de la pneumonie lobulaire puissent également être invoquées ici.

Il est d'expérience que la pneumonie lobulaire en tant que conséquence de la bronchite, se montre le plus souvent chez les *enfants* et chez les *vieillards*. Cette fréquence de la pneumonie catarrhale dans l'enfance tient en partie au moindre calibre des bronches. De plus, les maladies qui se compliquent le plus fréquemment de pneumonies lobulaires, notamment la rougeole et la coqueluche, sont avant tout des maladies d'enfants. Chez les vieilles gens, la proportion relativement plus grande de la pneumonie lobulaire dépend du défaut d'expectoration.

Les bronchites primitives légères ne donnent presque jamais lieu à la pneumonie lobulaire. Cependant on voit parfois chez des enfants et plus rarement chez des adultes, de graves bronchites fébriles primitives aboutir à la formation de foyers pneumoniques lobulaires. Ici à Erlangen nous avons observé plusieurs cas qu'il était impossible de qualifier autrement que de pneumonies catarrhales primitives. — A la suite de l'inhalation de substances chimiques fortement irritantes se déclarent également, outre la bronchite, des pneumonies lobulaires.

Anatomie pathologique. La pneumonie catarrhale a cela de caractéristique que l'inflammation se borne et se circonscrit à l'étendue du département ressortissant à une petite bronche. De là le nom de pneumonie « lobulaire », par opposition à la pneumonie croupale *lobaire*. Souvent, pas toujours cependant, l'inflammation est précédée d'une *atélectasie* du lobule pulmonaire correspondant à l'oblitération de la bronche qui s'y ramifie. Le processus phlegmasique lui-même est constitué par l'exsudation dans la lumière des alvéoles d'un liquide séreux rare, qui ne se coagule pas et de nombreux corpuscules de pus (globules blancs du sang). Ces corpuscules de pus et puis une quantité plus ou moins grande d'hématies remplissent complètement les alvéoles et les petites bronches. Les vaisseaux des parois alvéolaires sont fortement hyperémiés. L'endothélium alvéolaire se tuméfie considérablement et se détache parfois dans des proportions notables (pneumonie desquamative). Il n'est pas établi qu'il prend lui-même une part active au processus, par un travail de prolifération propre.

Les lobules enflammés se révèlent immédiatement à la vue et au toucher par leur manque d'air et leur consistance ferme. Leur coloration est foncée dans le principe, plus tard elle devient d'un gris rougeâtre, d'après la proportion de sang que renferme la partie enflammée. La délimitation des lobules est d'ordinaire facile à faire. Cependant la *confluence* de plusieurs foyers avoisinants peut donner à de grandes étendues de poumon, et même à des lobes entiers, l'aspect d'une infiltration non interrompue (*pneumonies lobulaires généralisées*).

Symptômes morbides. La *pneumonie catarrhale primitive* des adultes qui se présente assez rarement, commence le plus souvent par les mêmes symptômes que ceux d'une bronchite aiguë grave. Les malades éprouvent une grande lassitude, toussent, se plaignent de gêne respiratoire et de douleurs dans le côté de la poitrine particulièrement atteint. La fièvre n'est pas très élevée, se balance entre 38°, 5 et 39°, 5, et n'a pas de marche régulière. L'expectoration est purement catarrhale, et pas sanguinolente comme dans la pneumonie croupale. L'examen physique révèle des bruits de râle, rarement de la respiration bronchique intense, mais une matité ordinairement peu prononcée ou une résonnance tympanique à l'endroit des parties affectées du poumon. La maladie peut durer de 2 à 4 semaines et plus encore. Jamais elle ne se termine par crise, mais la fièvre s'éteint peu à peu par désinence lytique.

La plupart des pneumonies catarrhales se développent, ainsi qu'il a été dit, *secondairement* au cours d'autres maladies. De là vient que les symptômes qui lui appartiennent en propre s'effacent fréquemment pour laisser prédominer d'autres phénomènes morbides. Souvent à l'autopsie on découvre à la base du poumon quelques foyers lobulaires qui ne se sont trahis par aucun signe clinique.

Dans d'autres cas cependant, le développement de pneumonies lobulaires plus étendues revêt une expression clinique manifeste. Du vivant du malade, la dyspnée constitue le symptôme le plus frappant, et à l'autopsie, la pneumonie lobulaire apparaît comme la cause immédiate de la mort. C'est ainsi que la majeure partie des décès consécutifs à la rougeole et à la coqueluche, un bon nombre de ceux qui suivent la diphthérie, la scarlatine, le typhus, la variole, etc. doivent être imputés en dernière analyse aux troubles respiratoires dépendant de la pneumonie lobulaire.

Comme l'invasion de la pneumonie lobulaire est presque toujours précédée d'une bronchite diffuse s'étendant jusqu'aux bronches du plus fin calibre, et qui par elle-même donne lieu à une forte dyspnée, il n'y a, *au point de vue clinique, pas moyen de tracer de limite précise entre la bronchite capillaire diffuse et la pneumonie lobulaire*. Il n'y a que le fait cent fois constaté de pneumonies lobulaires, faisant suite avec la plus grande facilité à toute bronchite capillaire de quelque étendue, qui permette de présumer l'existence de la pneumonie avec une certitude suffisante, alors même qu'il n'y a pas moyen d'en faire la démonstration clinique.

Le tableau morbide le plus caractéristique de la *pneumonie lobulaire* et le plus important sous le rapport clinique, c'est celui qu'elle présente *chez les enfants*, ainsi qu'on l'observe notamment dans la rougeole et la coque-

luche, et dans d'autres circonstances encore, surtout chez les enfants débiles, malingres et rachitiques. Ce qui frappe tout d'abord c'est l'*accélération de la respiration*. La respiration est superficielle, mais pénible, comme le démontrent la tension des muscles auxiliaires et le battement des ailes du nez. Le sillon chondrocostal se dessine souvent aux parties inféro-latérales du thorax, à cause de l'entrée insuffisante de l'air. Le nombre des mouvements respiratoires chez les enfants est quelquefois de 60 à 80 à la minute et même davantage. Presque toujours ils ont une *toux* fréquente et qui semble les faire souffrir. L'*expectoration* fait complètement défaut chez les tout petits enfants. Quand elle a lieu, elle n'a rien de caractéristique et ne diffère pas des crachats d'un catarrhe ordinaire. L'*état général* est toujours grave. Les enfants sont agités, indifférents, parfois légèrement assoupis. Leur facies est ordinairement pâle, souvent manifestement cyanosé. Le *pouls* est fortement accéléré, et donne chez les plus jeunes enfants jusqu'à 140 et 180 pulsations à la minute. Presque toujours il y a de la *fièvre*. Celle-ci n'a pas de cycle typique, elle est tantôt rémittente, tantôt intermittente, et présente quelquefois une exacerbation vespérale allant à 39°,5 et à 40°,5. La détermination de ces fortes exacerbations fébriles n'est pas sans valeur pour le diagnostic de la pneumonie catarrhale. Si dans une bronchite capillaire diffuse existe une fièvre intense de longue durée, on peut avec assez d'assurance admettre que des foyers lobulaires se sont déjà formés.

C'est l'*examen physique* qui fournit la preuve directe de l'affection pulmonaire. Cependant ces données se rapportent pour la plupart à la bronchite diffuse et non à l'infiltration lobulaire. L'*auscultation* donne les signes les plus pertinents. On entend dans une étendue plus ou moins grande du poumon, principalement à la base, de nombreux râles humides, à fines et à moyennes bulles et parfois des bruits secs à forte résonance. Strictement parlant, ces râles permettent seulement de diagnostiquer une bronchite et n'autorisent à affirmer la pneumonie qu'avec un certain degré de vraisemblance. Ce n'est qu'après que les foyers broncho-pneumoniques auront conflué sur une grande surface, qu'à l'auscultation on pourra percevoir, indépendamment des râles sous-crépitaux, le souffle bronchique et la bronchophonie.

Il est facile à comprendre que de petits foyers lobulaires, entourés d'une zone pulmonaire normalement aérée, ne donnent lieu à aucun symptôme plessimétrique spécial. C'est seulement quand des foyers multiples se sont fusionnés les uns avec les autres, qu'ils donnent un *son mat à la percussion*, quelquefois accompagné d'un retentissement tympanique. Parfois cette matité ne se révèle que dans l'étendue d'une bande longitudinale située à côté de la colonne vertébrale (*pneumonie dite marginale*).

Marché et terminaison. L'évolution des pneumonies lobulaires ayant une certaine dimension est ordinairement assez lente. Même en cas d'issue favorable, la maladie dure rarement moins que de deux à trois semaines, parfois elle est beaucoup plus longue et en ce cas on observe fréquemment des oscillations dans la marche morbide, marquée par des améliorations et des aggravations nouvelles. C'est la tendance de cette affection à traîner et à se prolonger des semaines et des mois, qui en constitue le principal danger. Beaucoup d'enfants finissent par succomber, non pas à la pneumonie lobulaire elle-même, mais à l'affaiblissement général et à l'émaciation qui suivent les maladies fébriles de longue durée. Cependant il importe de dire que tardivement il peut encore se déclarer une guérison complète.

Le « *passage de la pneumonie catarrhale à la caséification et à la tuberculose* » est un fait d'expérience clinique très familier aux médecins. En effet, on trouve souvent dans la poitrine d'enfants qui succombent après avoir été longuement malades de la rougeole, de la coqueluche, etc., de véritables altérations tuberculeuses. Il ne saurait évidemment être question d'une transformation réelle d'une maladie en une autre. En ces cas, il s'agit, soit d'une infection tuberculeuse acquise qui a trouvé un terrain favorable dans un poumon déjà malade, soit de l'impulsion donnée par l'état morbide du poumon au développement d'une tuberculose latente. Ce sont le plus souvent des enfants débiles, héréditairement voués à la tuberculose, qui, à la suite des maladies susdites, meurent de tubercules. Le diagnostic de cette évolution tuberculeuse n'est pas toujours facile, attendu qu'elle ne donne lieu que par exception à des altérations phthisiques considérables et constatables par l'examen physique (matité du sommet, cavernes). Communément on ne soupçonnera la tuberculose qu'eu égard à l'état général, à l'amaigrissement, à la fièvre hectique continue, à la tare héréditaire, ou à quelque affection tuberculeuse secondaire, etc. (comme par exemple la méningite), surtout parce que chez les enfants la question peut rarement se résoudre par la démonstration des bacilles tuberculeux dans les crachats.

La conversion des foyers d'inflammation lobulaire en *foyers purulents* (abcès) ou *gangréneux* qu'on observe parfois (surtout dans la variole), dépend de la malignité spécifique des agents phlogogènes qui ont pénétré dans les bronches.

Si les foyers lobulaires atteignent la plèvre, il peut se développer une *pleurésie* secondaire séro-fibrineuse ou même purulente.

Traitement. Comme, en décrivant les maladies qui se compliquent le plus souvent de pneumonies secondaires, nous avons parlé du traitement à adresser à celles-ci, nous pourrions nous borner à quelques courtes indica-

tions. Nous avons dit et répété qu'il est possible en pratique et excessivement important de prendre telles *mesures préservatrices* qui découlent à l'évidence de l'appréciation raisonnée du mode d'origine de la pneumonie lobulaire. Outre ces excellents moyens de propreté qui ont pour objet les cavités nasale, buccale et pharyngée, les *bains* tièdes, parfois associés aux affusions froides, constituent le remède le plus à même de prévenir la pneumonie lobulaire et d'en arrêter la propagation dans les limites du possible. Les *draps mouillés froids* sont aussi quelquefois utiles. Cependant, à notre avis, ils agréent beaucoup moins aux malades que les bains. Les bains et les draps mouillés ont également pour effet d'abaisser la chaleur fébrile ; mais c'est là un avantage qui, mis en regard de l'amélioration qu'on a en vue de réaliser du côté des fonctions respiratoires, ne vient qu'en seconde ligne en ordre d'importance.

Dans le traitement de la *pneumonie lobulaire des enfants*, les *draps mouillés* enveloppant tout le corps constituent le meilleur remède. On plonge un linge dans de l'eau, on le tord convenablement et on en recouvre le corps tout entier, à l'exception de la tête et des bras. A ce drap mouillé on superpose une couverture sèche (de laine) ou une enveloppe de taffetas. La température de l'eau doit balancer entre 16° et 20° environ. Plus la fièvre est intense, plus l'eau doit être froide et plus (toutes les heures) les enveloppements doivent être renouvelés. Dans des cas légers et pendant la nuit, les draps mouillés peuvent rester appliqués 3 à 4 heures. L'effet utile de cet emmaillotement ne se fait pas seulement sentir sur la fièvre, mais surtout sur la respiration. Si, malgré les draps humides, la respiration ne s'améliore pas et qu'il se produise un certain degré de torpeur, les enveloppements doivent être remplacés par des bains tièdes (20° à 24°) à affusions fraîches. On recommande parfois dans les cas graves d'ajouter à l'eau du bain ou à celle dans laquelle on plonge les linges qui servent aux enveloppements, quelques poignées de farine de moutarde (*bains sinapisés, draps sinapisés*). L'irritation provoquée de cette manière sur la peau est très considérable.

Parmi les *applications sur la poitrine*, il faut, outre les sinapismes, mentionner les cataplasmes, les embrocations, les *ventouses sèches* qui rendent parfois de grands services chez les adolescents vigoureux, mais principalement chez les adultes. Les *soustractions sanguines locales* au contraire ne sont pas usitées dans la pneumonie catarrhale.

Parmi les *moyens internes*, les *expectorants* sont le plus en usage. Il faut donner la préférence à l'ipecacuanha, au sénéga, à l'acide benzoïque (v. les recettes dans l'appendice), ce dernier surtout dans la pneumonie lobulaire des enfants. Chez les enfants *forts* on peut parfois remédier à une accu-

mulation surabondante de mucus bronchique, par l'administration d'un *vomitif*. On doit être réservé avec les narcotiques. Les excitants (camphre, vin) doivent souvent être administrés dans les cas graves. — Les *inhalations* sont passablement inutiles dans la pneumonie lobulaire ; cependant on recommande d'entretenir une atmosphère légèrement humide dans la chambre du malade, en y suspendant des linges mouillés ou en pulvérisant de l'eau. L'appartement d'ailleurs doit être de grande dimension et parfaitement aéré. Le *traitement diététique* général est de la plus grande importance. Un des principaux objectifs du médecin et dont il ne doit jamais se départir, consiste à maintenir les forces du malade par une *alimentation appropriée et suffisante*. A l'entrée de la convalescence, le rétablissement intégral de la santé peut être grandement activé par un séjour convenable à la campagne.

CHAPITRE CINQUIÈME.

PNEUMONIE CROUPALE.

(Pneumonie fibrineuse, pneumonie lobaire, pleuro-pneumonie.)

La pneumonie croupale est une maladie aiguë et fébrile du poumon, nettement caractérisée au point de vue anatomique et clinique. Elle est, parmi les maladies aiguës graves, une des plus importantes et des plus répandues, et il n'y a pas jusqu'aux personnes étrangères à la médecine qui ne la désignent généralement sous le nom d'« *inflammation du poumon* ». Comme, au cours de diverses autres maladies (typhus, variole, diphtérie, etc.) il peut se développer des *pneumonies secondaires* qui, au point de vue anatomique, sont tout à fait identiques à la pneumonie croupale, mais qui peut-être en différent complètement sous le rapport de l'étiologie, on a, par opposition à celles-là, appelé la pneumonie essentielle du nom de *pneumonie primitive ou franche*. Les signes physiques et les troubles respiratoires sont naturellement, dans la pneumonie primitive, les mêmes que dans la pneumonie secondaire. Cependant le cadre morbide de la pneumonie, pris dans son ensemble, porte un cachet nettement frappé, et n'appartient qu'à la pneumonie croupale franche dont il sera exclusivement question dans ce qui va suivre.

Étiologie. De nos jours, la plupart des pathologistes, instruits par une succession de faits et d'expériences cliniques, ont acquis la conviction que la cause de la pneumonie doit être recherchée dans l'action d'un germe infectieux qui pénètre dans le poumon et y donne naissance à un processus