

guérison de ces pneumonies typhiques ou asthéniques, dont la durée peut s'étendre à deux semaines et au delà, se fait parfois sous forme de lysis. La pneumonie typhique n'est pas une entité morbide rigoureusement circonscrite. Ce terme ne sert qu'à désigner d'un seul trait la gravité de l'appareil morbide. Il n'y a pas moyen en clinique de circonscrire dans un cadre exact la pneumonie migratrice ou la pneumonie bilieuse, etc.

La pneumonie croupale qui se déclare au cours d'un véritable typhus abdominal, a une origine étiologique toute différente, mais elle est parfois très difficile à diagnostiquer. Il s'agit ici d'un typhus à localisation secondaire et insolite dans le poumon (v. *pneumotyphus*, p. 20). Dans les exemples que nous venons de citer, il est au contraire question de pneumonies à symptômes d'infection générale (typhiques) fortement prononcés. C'est l'évolution dans son ensemble, la considération de tous les caractères pris isolément (symptômes intestinaux, taches rosées, etc.) et les influences étiologiques probables qui, seules, dans des cas semblables, permettent de différencier les deux maladies.

7. *Pneumonies à résolution retardée.* Si, une fois la crise achevée, la pneumonie se résout d'ordinaire en $\frac{1}{2}$ à 1 semaine, il y a des cas par contre où le processus de résolution réclame un temps beaucoup plus long. Quelquefois, surtout à la suite de pneumonies graves, on voit, la crise terminée, toutes les altérations stéthoscopiques disparaître avec une rapidité surprenante, et, inversement, des cas, légers en apparence, s'acheminer avec une lenteur désespérante vers la guérison définitive. Disons pourtant que ce n'est évidemment pas là une règle généralement applicable, vu que naturellement le contraire se présente assez souvent. Quant à la cause intime d'où dépend la célérité ou le retard de la résolution, nous n'en savons rien. Parfois ce sont des conditions constitutionnelles défavorables (anémie, débilité générale, habitus phthisique, cyphoscoliose, etc.) qui paraissent rendre la résolution moins active; dans d'autres cas, au contraire, ces circonstances ne sont aucunement en cause. Nous estimons, quant à nous, qu'à telle époque les pneumonies régnantes sont beaucoup plus difficiles à résoudre qu'à telle autre, et que par conséquent il y a des différences dans le processus morbide même dont il y a lieu de tenir compte; au surplus il s'agit peut-être aussi parfois d'affections secondaires du poumon.

En ce qui concerne les phénomènes proprement dits de la résolution tardive, disons que celle-ci peut affecter différentes formes. Et d'abord il y a des pneumonies dans lesquelles, après que la crise s'est déclarée comme d'habitude, la température se maintient au chiffre normal. En même temps les malades éprouvent le plus souvent un sentiment relatif de bien-être et

se plaignent tout au plus d'un peu de gêne respiratoire. Malgré cela la matité pneumonique ne se dissipe guère ou ne le fait que très lentement, et la respiration bronchique ainsi que les râles muqueux demi-gros persistent. Peu à peu, parfois après plusieurs semaines seulement, tous ces phénomènes disparaissent, et la guérison complète se déclare. Dans d'autres cas il n'y a pas de crise déterminée, mais la fièvre continue, bien qu'à un plus faible degré qu'auparavant. Simultanément, les altérations physiques sont toujours constatables dans une étendue plus ou moins grande. Après deux à trois semaines ou plus tard encore, la fièvre s'éteint doucement, et alors seulement la résonnance thoracique redevient normale et la respiration vésiculaire. Un autre mode de résolution, de nouveau un peu différent de ceux que nous venons de relater, est celui que nous avons plusieurs fois rencontré avec des caractères parfaitement identiques. Après la crise, les malades restent à peu près une semaine durant sans fièvre. Pendant cet espace de temps la matité et la respiration bronchique, d'ordinaire peu soufflante, ne varient pas. Puis se déclare derechef une fièvre à type légèrement intermittent et dont les exacerbations peuvent aller jusqu'à 39°,0 et 39°,5. Cette fièvre peut durer de 2 à 4 semaines et même un peu plus longtemps. *Jamais*, à moins de très rares exceptions, *on ne perçoit de râles crépitants* au niveau de la partie malade. Petit à petit le côté atteint est manifestement entraîné par une *rétraction* modérée. Alors la résonnance devient graduellement plus claire, le bruit respiratoire devient plus élevé et à la fin nettement vésiculaire. La fièvre tombe et la *guérison s'achève*. Dans beaucoup d'autres cas encore de résolution retardée l'absence de râles crépitants et la production d'une légère rétraction sont évidentes. Dans ces conditions, la distinction d'avec la pleurésie secondaire est réellement difficile et n'est possible que par l'emploi de la ponction exploratrice. D'ailleurs il n'est pas rare de voir coïncider chez le même malade une résolution tardive et une pleurésie secondaire.

Disons que dès qu'il ne s'agit que d'un retard dans la résolution et non pas d'une affection secondaire de tout autre nature (v. plus bas), la guérison finit presque toujours par avoir lieu complètement.

8. *Terminaison de la pneumonie par la phthisie, la sclérose pulmonaire, la gangrène et les abcès pulmonaires.*

On cite d'ordinaire trois terminaisons de la pneumonie comme étant extraordinaires ou anormales. La terminaison par « pneumonie chronique », par gangrène et par abcès.

D'abord, en ce qui concerne la *terminaison par pneumonie chronique*, nous avons déjà mentionné un processus qui s'y rapporte, la *terminaison* par

sclérose et guérison définitive. Il arrive quelquefois que la sclérose persiste. A raison de l'insuffisance des recherches anatomiques, il n'y a pas moyen de donner plus de détails sur le travail pathologique qui s'opère dans ces cas (prolifération et rétraction du tissu cellulaire interalvéolaire?).

Sous la désignation de « pneumonie chronique », on comprend d'ordinaire le passage à la phthisie, c'est-à-dire à la *tuberculose*. L'idée que nous nous faisons aujourd'hui de la nature de ces deux maladies, exclut naturellement l'hypothèse de la transformation effective de l'une maladie dans l'autre. Quand donc à une pneumonie fibrineuse franche succède une véritable phthisie — ce qui est rare d'ailleurs — il s'agit d'une pneumonie entée sur une tuberculose ou du développement d'une tuberculose, la pneumonie ayant achevé son évolution, chez un individu à prédisposition tuberculeuse.

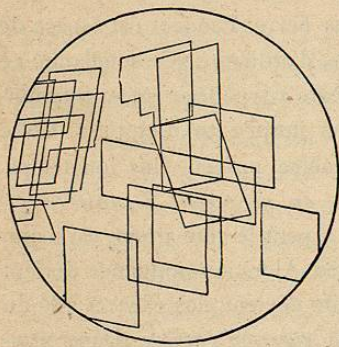


Fig. 25. Cristaux de cholestérine.

La transformation de la *pneumonie en abcès* est très rare. Nous ne sommes pas en état de décider si à cette fin il faut l'intervention d'une cause spéciale ou si le processus pneumonique, par lui-même, peut exceptionnellement passer à la suppuration. Cette transformation se reconnaît à la composition des *crachats*, qui, à part une abondance de *pus*, contiennent des débris de tissu pulmonaire (*fibres élastiques*). Quand on examine ces crachats au microscope, on y trouve parfois encore des *tablettes de cholestérine* (fig. 25) et des cristaux d'hématoidine, lesquels peuvent être tellement abondants qu'ils donnent aux crachats une coloration brunâtre. Quelquefois l'expectoration présente une couleur verte particulière. Quand l'abcès s'est vidé au dehors, il reste à son niveau les signes d'une caverne.

Diagnostic. Nous n'avons plus rien de spécial à ajouter à la description que nous venons de faire de tous les symptômes importants qui appartiennent à la pneumonie croupale. Bornons-nous à signaler la brusquerie du début, l'expectoration caractéristique, les symptômes physiques objectifs, l'appari-

tion fréquente de l'herpès à la face et enfin l'évolution morbide dans son ensemble, surtout la courbe thermique. Quant au *diagnostic différentiel entre la pneumonie et la pleurésie exsudative*, nous en parlerons en détail lors de la description de cette dernière.

Pronostic. La pneumonie croupale rentre généralement dans la classe des maladies infectieuses bénignes. La majorité des cas qui se déclarent chez des gens forts et bien portants, évolue avantageusement et se termine par une guérison complète. Dans d'autres conditions, la pneumonie entraîne une foule de *dangers* dont la connaissance doit toujours nous rendre réservés quant au pronostic.

Le premier danger sérieux gît dans l'*étendue du processus*. Si la phlegmasie progresse incessamment, si elle envahit un poumon en totalité, et puis une partie plus ou moins grande de l'autre, la diminution du champ respiratoire peut, à elle seule, amener l'issue fatale.

Un autre danger réside dans les *complications* qui surviennent. Une *pleurésie* avec épanchement considérable, surtout s'il est purulent, augmente la gêne respiratoire et rend par conséquent la situation plus périlleuse. Plus dangereuse encore est la *péricardite* séro-fibrineuse ou purulente à laquelle l'autopsie a fréquemment permis d'attribuer la véritable cause de la mort. Il faut dire cependant qu'en dépit de la pleurésie et de la péricardite purulentes, la guérison finit parfois encore par se faire. La complication, assez rare heureusement, de la *méningite purulente* est, selon toute probabilité, irrémédiablement mortelle.

Les *dangers d'infection générale* ou pour parler plus exactement d'*intoxication générale* ne sont ordinairement pas aussi menaçants que dans les autres maladies infectieuses (typhus). L'infection générale est évidente dans les pneumonies dites typhiques (asthéniques). Parfois des pneumonies particulièrement graves et pernicieuses se montrent sous forme endémique et épidémique avec un haut degré de mortalité. Cependant ces cas se distinguent aussi par l'étendue du processus local et le développement des complications dangereuses dont nous avons parlé plus haut.

A l'égard du pronostic de la pneumonie, les *conditions individuelles* où vivent les malades jouent le rôle essentiel. Tandis qu'un organisme sain et non avarié sort vainqueur de la maladie, une constitution détériorée et souffreteuse y succombe facilement. C'est là que gît le danger de la pneumonie pour les vieillards et en général pour les personnes affaiblies et mal nourries, pour celles qui souffrent d'emphysème, de cyphoscoliose, de lésions cardiaques, etc. C'est ce qui rend compte aussi du grand danger que court tout buveur atteint de pneumonie. La déchéance que l'alcool-

cisme chronique imprime au système nerveux se traduit par le délirium tremens qui, dans la pneumonie surtout, éclate avec tant de facilité et de fréquence. Cette influence s'étend aux centres nerveux spéciaux qu'elle débilite et rend incapables de toute résistance, particulièrement aux centres régulateurs de la circulation et de la respiration. Il n'est donc pas étonnant que les buveurs, même les plus robustes en apparence, succombent si aisément à la pneumonie, par insuffisance des fonctions respiratoires et cardiaques.

Si l'on se demande quels sont les symptômes qu'il faut prendre pour guide en appréciant chaque cas en particulier, il est évident que le problème ne peut être envisagé sous une seule de ses faces. Il faut en tout état de choses attacher le plus d'importance aux conditions dans lesquelles se trouve le poumon et la respiration. En outre il importe d'accorder une attention au moins égale à l'état général, au fonctionnement du cœur, à l'intensité de la fièvre, etc. Nous avons signalé plus haut les dangers principaux de la pneumonie.

Parmi les terminaisons anormales de la pneumonie, la sclérose donne le pronostic relativement le plus favorable. Cependant après la gangrène et la suppuration du poumon, la guérison peut encore avoir lieu ou tout au moins il peut s'opérer une atténuation très notable de tous les phénomènes.

Traitement. En présence d'une marche typique et le plus souvent bénigne, un grand nombre de pneumonies d'intensité légère ne réclament pas d'intervention particulièrement active. La plupart guérissent à la faveur d'un traitement quelconque et, peut-on dire, *malgré* tout traitement. Aussi bien, la méthode en honneur autrefois et consistant en fortes spoliations sanguines, de même que certaines médications encore usitées de nos jours (et par là nous visons spécialement la *véraltrine*), peuvent être considérées, si pas comme des pratiques nuisibles, à tout le moins comme n'ayant aucune utilité réelle. Et pourtant quantité de pneumoniques traités de la sorte sont arrivés à la guérison.

Le moyen capable de tenir en échec le processus pneumonique lui-même est encore à trouver. Il s'en suit que le traitement de la pneumonie doit être purement *diététique* et *symptomatique*. Conçu de la sorte il peut être véritablement efficace.

Les symptômes qui prédominent dans toute pneumonie, même la plus légère, et dont les malades demandent le plus à être soulagés, ce sont le point de côté, la toux, la gêne et l'angoisse respiratoires. Comme cette gêne, ainsi que nous l'avons vu, dépend en partie du *point de côté*, il en résulte qu'en calmant ce dernier, on procure du même coup au malade

une plus grande facilité à respirer. Parmi les remèdes *analgésiants*, il y a d'abord une foule d'applications sur la peau du côté malade. Une vessie de glace amène parfois un calme notable. Pourtant beaucoup de malades ne la tolèrent pas et donnent la préférence aux cataplasmes chauds ou aux compresses de PRIESSNITZ. Des sinapismes ou mieux encore des ventouses sèches peuvent aussi avoir de l'utilité. Mais la *morphine en injection sous-cutanée* est le remède le plus efficace et auquel on est obligé de recourir. Nous ne voyons pas pourquoi nous ne pourrions, pour amortir la douleur, nous servir de ce moyen, naturellement avec prudence et dans la mesure voulue, vu surtout que l'accoutumance n'est pas à redouter, en raison de la durée relativement courte de la maladie. On se priverait difficilement aussi de petites doses de morphine données à l'intérieur ou par la méthode endermique, pour calmer *la violence de la toux*.

Un autre mode de traitement dont la physiologie n'explique pas l'action, mais dont l'expérience a consacré l'incontestable efficacité, ce sont les *sustractions sanguines locales*. Le soulagement que beaucoup de pneumoniques ressentent après l'application de huit à douze sangsues sur le côté malade, est très frappant. Toutefois, cette émission sanguine ne sera prescrite qu'en cas de symptômes accentués, au début de la maladie, et chez des individus vigoureux et parfaitement sains. Des ventouses scarifiées font le même effet. Cependant le procédé des ventouses est un peu plus grossier, et c'est pourquoi on les réserve pour les gens robustes et forts (ouvriers).

Pour stimuler la respiration, faciliter l'expectoration, relever et rassénérer l'état général, le remède le plus actif et que nul ne surpasse, c'est le *bain tiède*. Mettre tous les pneumoniques au bain, quand la maladie a une marche bénigne, est pour nous une pratique sans utilité, à moins de dire qu'elle est nuisible. Car il y a toujours certains désavantages inséparables de chaque bain. Ces côtés désavantageux cependant sont largement compensés dans les cas graves par le soulagement et le bien-être que les bains procurent aux malades et que la plupart aiment à reconnaître. L'essentiel, c'est que les malades ne se fatiguent pas pour se mettre au bain, qu'ils y soient portés, bien maintenus et soutenus, et après, reportés au lit. Comme les bains sont avant tout prescrits, *non en vue de la fièvre*, mais dans le but *d'améliorer la respiration* et à raison de leur *influence bienfaisante sur le système nerveux*, il faut que leur degré de chaleur ne soit pas trop bas. Ordinairement on les donne de 24° à 25° R., plus chauds chez les personnes impressionnables et affaiblies, plus frais et jusqu'à 20° et 18° R. chez les individus forts, chez ceux qui ont en même temps une fièvre très intense et qui présentent des phénomènes nerveux graves. Le nombre

des bains par jour ne doit que rarement dépasser 2 à 3. La nuit on ne fait baigner qu'exceptionnellement quand les symptômes deviennent menaçants. L'action salutaire des bains se remarque surtout au soulagement subjectif et au sentiment de fraîcheur qu'accuse le malade. La respiration devient plus calme, plus lente, mais plus profonde. Souvent à la sortie du bain les malades s'endorment tranquillement.

Parmi les *moyens internes*, les antipyrétiques ne sont ordinairement pas indiqués dans la pneumonie. Si la température s'élève considérablement, jusqu'à 41°, les bains frais suffisent pour obvier aux dangers de l'hyperthermie. Cependant on peut parfois se trouver dans le cas d'employer les antipyrétiques internes et en particulier l'*antipyrine*.

On prescrit fréquemment les *expectorants*, parce qu'en pratique il est de mode de donner un remède à l'intérieur. Les plus en usage sont l'infusion d'ipécacuanha, la liqueur ammoniacale anisée, le tartre stibié (autrefois considéré comme un spécifique indispensable contre la pneumonie!), les fleurs de benjoin, etc. Enfin il y a des circonstances qui indiquent l'emploi de la *digitale* (une infusion de 1,5 environ sur 150,0) quand le pouls est faible et rapide.

Il faut, dans les cas graves, porter toute son attention sur la conservation des forces. On doit donc veiller à ce que le malade suive un régime de facile digestion mais nourrissant. On peut, sans arrière-pensée, concéder de petites quantités de viande, finement coupée ou hachée, quand le malade le désire. Pourtant on se borne d'ordinaire, les premiers jours de la maladie, à donner des soupes, du lait, des œufs. Dès que les signes d'un affaissement général se montrent et que le pouls faiblit, il faut recourir aux *excitants*, au vin, au fort café, surtout à l'éther et au *camphre*. Ce dernier, dans les cas graves, se donne le mieux par la méthode sous-cutanée (dissout dans de l'huile d'olive dans le rapport de 1 : 4). Quand les malades avalent facilement, on fait bien d'administrer d'heure en heure ou de deux en deux heures 0,1 de camphre en poudre dans du vin.

Qu'il nous soit permis de faire encore quelques remarques sur l'usage si répandu, principalement dans la pneumonie, de grandes doses d'*alcooliques*. L'*alcool à dose généreuse est d'une nécessité incontestable chez les buveurs*, surtout quand le délirium tremens débute ou est déjà prononcé. De même que chez tous ceux qui ont l'habitude de s'assimiler des substances toxiques (nicotine, morphine), la privation de ces dernières peut donner lieu aux symptômes les plus sérieux, ainsi le sevrage instantané de l'alcoolisant entraîne les suites les plus funestes, tandis que l'afflux abondant vers le centre nerveux du stimulant auquel il est habitué, est parfois en état de

prévenir l'invasion de phénomènes nerveux graves, du collapsus, de la faiblesse cardiaque et respiratoire. Le cas est tout autre pour les personnes qui, avant de devenir malades, n'étaient pas dans l'usage de prendre de l'alcool ou n'en usaient que modérément. Il est possible que dans ces cas de *petites* quantités de vin puissent avoir un effet excitant et stimulant, quoique nous ne soyons pas entièrement convaincu de l'influence si généralement vantée de l'alcool sur l'activité cardiaque. Toutefois nous croyons qu'on n'est pas autorisé à faire ingurgiter de force et malgré toute leur répugnance, à tous les pneumoniques indistinctement, de grandes masses d'alcool. Est-ce que des malades pourront supporter ces grandes doses, quand, sur une personne saine non habituée aux alcooliques, elles n'ont que des résultats fâcheux ?

Le traitement des maladies complicantes a lieu d'après les règles généralement en usage dans chacune de ces affections. Qu'il suffise de rappeler que dans le *délirium tremens*, des *bains tièdes* avec *affusions froides* ont parfois un excellent effet. En outre il faut faire un essai avec des *injections sous-cutanées de strychnine* (une solution de 0,1 dans 10,0 d'eau, $\frac{1}{2}$ à 1 seringue, 1 à 2 fois par jour). On ne saurait se priver totalement de *narcotiques* (morphine, chloral). Cependant nous devons prémunir contre l'usage imprudent de trop grandes doses de chloral (au delà de 2,5 gr.).

CHAPITRE SIXIÈME.

TUBERCULOSE DU POU MON.

(Phthisie pulmonaire.)

Pathologie générale et étiologie de la tuberculose.

Depuis que BAYLE, en 1810, a constaté pour la première fois la présence, à un degré considérable, de nodules spéciaux dans les organes les plus divers et la relation de ces nodules avec la phthisie pulmonaire, peu de questions ont sollicité les travaux des cliniciens et des anatomo-pathologistes autant que celle de l'étiologie et de la nature de la tuberculose. Cependant, aussi longtemps que les investigations se bornaient à rechercher comme éléments de solution des altérations *anatomiques* pouvant être considérées comme spécifiques de la tuberculose, l'entente ne pouvait être établie. LAENNEC adopta comme caractéristique la transformation spéciale que subissent les produits tuberculeux, transformation que VIRCHOW plus tard désigna du nom de *caséification*, et il appela tuberculeux tout ce qui était susceptible de se caséifier. Il fit une distinction entre le tubercule isolé et