

## IV

## PÉRIBRONCHITES ET PNEUMONIES INTERSTITIELLES

PAR A. JACOBI M. D. LL. D.

Professeur à l'Université Columbia, à New York.

Dans nul pays et dans nulle littérature médicale, la péribronchite et la pneumonie interstitielle n'ont été l'objet de toute l'attention qu'elles méritent. Dans la littérature allemande, Stoffella les considère comme n'étant jamais primitives. Eichhorst croit que, pour la plupart, elles sont secondaires; Jürgensen en parle comme entités anatomiques et non cliniques; Rokitansky les décrit comme étant en relation avec la tuberculose; Heschl comme une occurrence endémique occasionnelle; Bamberger, Eppinger, Wagner et Nistlen en rapportent quelques cas.

Grisolle et Chomel sont instruits de leur fréquence sous forme de maladies indépendantes. Andral semble les avoir vues plus souvent. Marfan (*Traité de médecine*, vol. IV, p. 471) parle de certaines formes mal définies de cirrhose pulmonaire, consistant en une affection entière du tissu connectif interlobulaire, interalvéolaire et péribronchial. La première phase est une infiltration cellulaire. La seconde, une transformation fibreuse; cette forme, dit-il, a souvent été prise pour la tuberculose, malgré l'absence de bacilles et en raison de la présence d'abondantes expectorations séreuses sanguinolentes.

En Angleterre, Corrigan, Stokes et Walshe n'ignoraient pas leur existence. En Amérique, elles ont été prises pour des manifestations secondaires ou compliquées. Et pourtant, il ne saurait y avoir aucun doute sur l'existence d'un grand nombre d'inflammations interstitielles dans les cavités thoraciques à la fois d'un caractère aigu et chronique. Beaucoup d'entre elles ne tombent pas entre les mains d'anatomistes, car beaucoup sont entièrement, ou presque entièrement guéries. Celles-ci sont observées par le médecin ou le praticien, mais ne sont jamais soumises à une autopsie. Fréquemment les résultats anatomiques des pneumonies interstitielles ne sont découverts que par hasard, de même qu'autant de cas de guérison, des années, et même des vingtaines d'années après leur existence.

Dans les différentes éditions de ma *Thérapeutique du bas âge et de l'enfance*, et, aussi, dans mes écrits antérieurs, je trouve ce qui suit: Il y a dans le bas âge et dans l'enfance trois variétés anatomiques de pneumonie: la catarrhale ou lobulaire, la fibrineuse ou lobaire, et l'interstitielle. Près des deux tiers des cas appartiennent à la première variété; près d'un tiers à la deuxième, et le reste, c'est-à-dire un nombre assez limité, à la troisième. Néanmoins, nulle d'entre elles n'est jamais trouvée pure et incompliquée. En fait, les complications de la lobulaire avec la lobaire, de l'une

ou de l'autre avec l'interstitielle et, à la rigueur, de chacune des trois avec la pleurésie sont assez communes. La pneumonie interstitielle suit le cours le plus prolongé. La fièvre peut atteindre un très haut degré et durer des semaines, des mois; la guérison est rarement complète, l'induration et la rétraction du tissu pulmonaire avec bronchiectasie ne sont pas rares.

Ces remarques sont le résultat d'observations cliniques, couvrant des douzaines d'années, faites sur des malades de tout âge. Ce que j'ai l'occasion de voir au cours d'une semaine est comme suit:

Un adulte, la plupart du temps un homme, se présente, se plaignant d'un mal n'ayant aucune relation avec ses poumons et est examiné. Un autre est introduit et raconte la longue litanie de ses misères; un médecin l'a examiné, lui a dit que ses poumons sont affectés, et qu'à moins qu'il n'aille immédiatement au Colorado, qui est le Menton ou le Cannes des États-Unis, il doit s'attendre à mourir à bref délai. Ils ne se sont jamais doutés que leurs poumons étaient affectés; ils n'ont ni toux ni expectoration; leurs poitrines sont asymétriques; un affaissement ou aplatissement s'est produit sur un côté, il y a dépression d'un sommet, diminution de respiration sur la partie correspondante d'un poumon, bronchophonie légère ou marquée, légère expiration bronchique, ou respiration bronchique fortement prononcée, mais nul râle, nul historique d'une toux, d'une expectoration ou d'un mal pulmonaire, autant qu'ils puissent s'en souvenir. Ce sont, souvent, des personnes d'âge moyen, et, quelquefois, d'un âge avancé. Quand d'autres cas sont vus chez les adolescents, une mère intelligente se rappelle qu'il ou elle a eu, dans un âge plus ou moins tendre, une bronchite, une fièvre pulmonaire, ou une longue, imprécise, maladie fiévreuse. Assez fréquemment la maladie s'était prolongée et une fièvre en suivait une autre. Dans d'autres cas il n'y a nul historique, si ce n'est celui indélébilement écrit sur leurs poumons. Nombreux sont les adultes dont je viens de décrire les lésions. Je suis convaincu que parmi les 4000 malades qui passent le seuil de mon cabinet, j'en puis annuellement compter au moins cinquante présentant les symptômes ci-dessus. La majorité sont des adultes; leur historique remonte à leur enfance. D'autres sont des enfants présentant les mêmes lésions locales, mais dont la cause peut être plus facilement retracée. On se souvient de quelque maladie antérieure dont le diagnostic ne fut jamais fait.

J'en veux venir à ceci: que, tout en appréciant ces cas à toute leur valeur, on ne doit pas, non plus, y attacher une importance exorbitante. Alors qu'un grand nombre sont les résultats d'une complication de maladies intra-thoraciques, il y en a beaucoup qui suivent un cours indépendant, soit dans le tissu connectif des parois bronchiques, soit encore, dans les cloisons trabéculaires ou interalvéolaires. Tous ceux qui ne sont pas inféodés à l'idée que les symptômes que j'ai décrits sont invariablement dus, soit à la tuberculose, soit à la pleurésie, ne manqueront pas d'occasions de vérifier l'exactitude de toute une vie d'expérience.

**Symptomatologie et diagnostic.** — W. V. Leube, dans son *Specielle Diagnose der innern Krankheiten*, 5<sup>e</sup> édition, vol. I, page 158, fait les remarques suivantes:



« Le diagnostic de la pneumonie interstitielle n'est, presque toujours, que de très peu d'importance clinique. Il ne sert, la plupart du temps, qu'à compléter celui des autres maladies pulmonaires. Il accompagne les différentes inflammations des organes respiratoires, bronchites chroniques et pleurésies; les manifestations et les néoplasmes suppuratifs, gangréneux et caséux, mais rarement les manifestations croupales et catarrhales, qui n'affectent que la surface de l'alvéole. On doit attacher une plus grande importance à la pneumonie interstitielle résultant de l'inhalation de poussières métalliques ou autres et quand cette pneumonie est alliée à la syphilis. »

Or, le point sur lequel j'appelle l'attention est le fait si négligé que la soi-disant pneumonie interstitielle, ou ce que je préférerais nommer l'hyperplasie pulmonaire accompagnée de cirrhose secondaire, est une maladie fréquente et fréquemment indépendante. Et cela d'autant plus que la guérison complète, du moins en tant que l'existence et la santé comparative du malade sont en jeu, n'est, en aucune façon, rare, et qu'à vrai dire, une certaine dose de cirrhose pulmonaire n'est pas un obstacle au confort et à l'activité du malade.

Le diagnostic de cette forme indépendante a ses difficultés propres, moindres quand elle se présente sous la forme aiguë que quand le cas est subaigu. Sa durée est incertaine, elle peut être d'une semaine comme elle peut se prolonger pendant des mois. La température n'est haute que dans les accès aigus; elle est la plupart du temps modérée, avec ses rémissions matinales, mais rarement intermittente. Une pneumonie croupale simple (sans complication) subit une résolution plus ou moins typique, au bout de six ou neuf jours, rarement trois; la pneumonie catarrhale exige un temps plus long, mais son diagnostic, dès son début par bronchites, son siège presque toujours bilatéral et postérieur, est généralement plus facile que celui de quelques cas de pneumonie lobaire.

Cette dernière est fréquemment soupçonnée (en raison de ses symptômes subjectifs et objectifs), mais non prouvée par l'auscultation et la percussion. Il arrive souvent que la respiration bronchiale ne puisse être précisée avant le quatrième ou le cinquième jour. J'ai remarqué que nombre de tels cas suivent un cours très lent, que des semaines, nombreuses parfois, se passent avant que les poumons ne redeviennent normaux, ou à peu près. Dans maints d'entre eux nous trouvons que c'est le lobe supérieur qui montre ces symptômes et suit ce cours.

Comme mes observations sur ce sujet ont porté sur un laps de plus d'une quarantaine d'années, j'ai rencontré bon nombre de cas d'une guérison plus apparente que réelle, car une respiration lente, diminuée ou bronchique, subsistait. Ce que cela signifie? Cela signifie que, dès son début, le cas était, soit une pneumonie interstitielle, ou une complication des formes croupales et interstitielles. Je dirai plus! De tels cas, liés à un diagnostic tardif et à une guérison partielle, également tardive, sont précisément ceux ayant une tendance aux rechutes. Quand un enfant a eu, au cours de son âge, plusieurs pneumonies avec, entre temps, des apparences

de santé, un observateur attentif remarquera chez cet enfant, soi-disant bien portant, des signes physiques d'induration interstitielle. Il est vrai que la complication des deux variétés est relative.

La pneumonie croupale simple est une inflammation de surface. Il n'en résulte aucune induration. Il n'y en a que peu, s'il y en a, durant des mois, ne subissant pas d'hyperplasie du tissu connectif et qui, cependant, guérissent. Mais, d'un autre côté, on devrait se souvenir qu'une récente prolifération des cellules et des fibres qui ne sont pas tout à fait durcies peut subir une résorption quoiqu'elle ne soit pas syphilitique.

Le diagnostic de la pleurésie peut présenter des difficultés, ou, du moins, n'est pas toujours aussi facile que peuvent le croire ceux qui recherchent toujours la matité ou la gravité du son, une douleur locale, un bruit de frottement, un bruissement, un murmure, et comptent sur le résultat d'une ponction prématurée ou opportune. Quand la pneumonie interstitielle est indépendante, elle se trouve généralement dans un lobe supérieur; la pleurésie, plus fréquemment sur un lobe inférieur, ou bien encore, elle s'étend partout. Quand la sérosité, ou le pus, paraît précocement, le diagnostic est facile; pour ne rien dire de ces cas très mauvais, mais heureusement très rares, dont l'exsudation diaphragmatique aboutit à une compression de la veine cave ascendante, à une congestion et à une rapide hypertrophie du foie et à l'hydropisie de la partie inférieure du corps. On peut, dès l'abord, facilement se méprendre sur le diagnostic d'une complication précoce de pleurésie et de pneumonie interstitielle; plus tard, quand les symptômes d'altération pulmonaire deviennent plus évidents, c'est encore, dans la pneumonie interstitielle, la partie supérieure qui est la plus affectée. Le diagnostic peut, quelquefois, devenir plus difficile à cause des difformités qui les suivent l'une ou l'autre; cependant, l'aplatissement, l'affaissement de la surface, dans la pneumonie interstitielle, se rapporte, la plupart du temps, aux parois thoraciques; c'est-à-dire que les côtes sont principalement affectées, tandis que l'atrophie des muscles de la poitrine et de l'épaule, avec ou sans douleur, est le résultat probable de la pleurésie. Cette différence peut, néanmoins, induire en erreur. Mais il ne doit y avoir que très peu de cas dans lesquels, au bout d'un temps, généralement long, le siège des symptômes (presque toujours dans le lobe supérieur, pour la pneumonie interstitielle, et dans l'inférieur pour la pleurésie) ne conduira pas à un diagnostic exact.

La tuberculose est, le plus souvent, trouvée dans le lobe supérieur, même dans le sommet, et presque toujours dans celui de droite, mais il y a peu de cas dans lesquels celui de gauche n'est pas également infecté. La pneumonie interstitielle se trouve souvent dans le lobe droit supérieur seulement. Chez l'enfant, généralement plus que chez l'adulte, la tuberculose est sujette à se répandre sur tous les lobes; en fait, ses dépôts sont fréquemment trouvés dans les lobes inférieurs. La pleurésie tuberculeuse s'étend bientôt sur tout un côté de la plèvre. Je la trouve rarement bilatérale. Bien qu'isolée et qu'elle ne provienne pas d'une tuberculose générale, elle donne rapidement naissance aux bruits de frottement et aux sons



sourds d'une grande étendue, quoique faiblement marqués. Il n'est pas rare que la tuberculose chronique des poumons soit compliquée de laryngite (mais moins rare, cependant, d'entérite), il n'en est pas ainsi quand il s'agit de pneumonie interstitielle. La tuberculose est toujours accompagnée de râles et de toux; dans les dernières phases l'expectoration ne devient pas fétide. En règle générale, la pneumonie interstitielle n'est pas accompagnée des symptômes ci-dessus. Bien souvent, des doutes me sont venus sur ce fait que les observations de la tuberculose du sommet, non confirmées par la présence de bacilles, étaient mal fondées; qu'en fait on se trouvait en présence de *pneumonies interstitielles locales*, qui, pratiquement, se guérissent, mais avec induration et rétraction. Du reste, de nombreux cas de tuberculose suivent conjointement le même cours avec l'inflammation interstitielle et se guériront d'autant plus vite qu'ils seront liés à une prolifération interstitielle. Beaucoup se souviendront que l'action de la tuberculine de Koch consistait, croyait-on, en une nouvelle et rapide formation de tissu connectif qui devait entourer, envelopper les bacilles et en assurer ainsi l'innocuité.

Somme toute, nous pouvons dire que la bronchite capillaire et la pneumonie lobaire présentent leurs symptômes dans la pluralité des cas, dans les régions postéro-inférieures, alors que la tuberculose et la pneumonie interstitielle présentent les leurs dans les régions supérieures et, le plus souvent, antérieures. La pleurésie avec épanchement, inférieures, et presque toujours postérieures; cette dernière quelquefois, mais la pleurésie tuberculaire toujours, à la fois supérieure et inférieure.

Chez l'enfant, l'atélectasie peut persister, rarement d'elle-même, et isolée, mais elle est suivie souvent de symptômes inflammatoires ou d'emphysème. Deux cas de bébés, dont les attaques asthmatiques dataient de leur plus tendre enfance, me firent associer cet emphysème avec le fait bien connu d'atélectasie des premières semaines qui suivent la naissance. Nous voyons tous assez souvent la compression des poumons par un épanchement persistant de la plèvre, finalement absorbé au fur et à mesure que la flexibilité de la poitrine s'adapte à l'espace plus restreint du viscère qu'elle enclôt. Son historique est facilement diagnostiqué.

*Percussion.* — Au-dessus du sommet rétracté et du poumon induré, on remarque le son mat, et plus ou moins de résistance au doigt percuteur. L'induration du lobe inférieur permet au diaphragme de remonter. La matité du foie s'étend au-dessus de sa ligne normale et reste stationnaire pendant la respiration chaque fois que le poumon adhère fortement à la paroi de la poitrine. L'emphysème secondaire et la bronchiectasie ainsi que les cavités de la phtisie fibroïde montrent leurs signes physiques si connus.

*Auscultation.* — La respiration est vésiculaire, fortement hypervésiculaire, « puérile » chez l'enfant; en complication avec la bronchite, il peut y avoir des râles; cette complication est fréquente pour de courtes périodes. Elle disparaît, puis reparait dans les cas aigus, mais elle n'est que rarement rencontrée dans les cas chroniques. Bientôt, le murmure de la respiration devient faible, au fur et à mesure du développement de l'hyperplasie du

tissu connectif. Quand commence l'atrophie et, quelquefois avant elle, la respiration (le plus souvent l'expiration) devient bronchique. Ce symptôme n'apparaît que tard dans les cas subaigus ou chroniques, mais il dure généralement toujours. Il est précédé de bronchophonie. Il n'y a que peu de râles ou même pas du tout au début; on ne trouvera aucun de ces cas qui ne subisse un changement plus ou moins local et qui ne dégénère pas en phtisie fibreuse, ou qui ne soit compliqué d'emphysème ou d'asthme. Quelquefois l'auscultation, d'autres fois la percussion, caractérise davantage la solidification et la rétraction. Dans ces cas dégénérés, qui sont décrits dans tous les manuels, les râles de toutes sortes, les symptômes de cavités, les abondantes expectorations séreuses, muqueuses, purulentes, sanguinolentes, ou les crachements fétides, deviennent évidents. Ils sont bien connus, mais ils ne sont pas observés dans les cas fréquents et comparativement bénins qui font le sujet de cette communication.

Dans nombre de mes cas, je trouve l'inspiration interrompue, « saccadée ». Ce dernier symptôme n'appartient en aucune façon à l'adhésion pleurale seule.

**Toux.** — Quoique mon assertion puisse paraître poussée trop loin, j'appuie fortement sur ce point que, dans mes cas, il n'y a nulle toux. Les cas aigus vont rarement sans quelque irritation bronchique, mais, même dans cette classe, il y en a beaucoup qui ne toussent pas. Quand il y a des symptômes rationnels et le diagnostic de la pneumonie, mais peu de toux, on doit s'attendre indubitablement à une pneumonie interstitielle. Quand le cas est ancien et que la rétraction est établie, il n'y a pas de toux. Les auteurs qui parlent de toux comme d'un symptôme fréquent et accablant, ou comme d'un symptôme précoce, qui décrivent une toux sèche ou humide, et une expectoration copieuse, sanguinolente ou fétide, n'ont vu, ou ne se souviennent que de ces cas dans lesquels il y avait une complication précoce intense ayant joué le principal rôle ou les phases secondaires de dégénération fibreuse.

**Le cœur et les vaisseaux sanguins.** — Ils sont affectés en proportion de l'importance et de la durée de l'induration et de la rétraction. L'atrophie considérable du tissu implique la compression, puis la disparition des capillaires, une circulation insuffisante, la cyanose, la dilatation et l'hypertrophie du ventricule droit avec accentuation du second son pulmonaire. Quand le lobe supérieur droit est entièrement affecté, le cœur peut être attiré en haut et à droite; il est, alors, ainsi que les gros vaisseaux sanguins, plus que normalement découvert et accessible à la percussion. C'est pourquoi le diagnostic de l'hypertrophie du cœur ne devrait être affirmé qu'avec une sorte de restriction mentale, exactement comme dans les cas de difformités rachitiques de la poitrine, quand le côté affaissé du thorax, ainsi rendu étroit, vous donne l'impression d'un cœur hypertrophié, simplement parce qu'il est en contact plus étroit avec les parois de la poitrine. Le cœur est dans une condition similaire, quand il est attiré plus à gauche par la condition cirrhotique du poumon gauche. Mais plus nombreux sont les cas dans lesquels la cirrhose est locale, où l'on ne constate pas de si graves résultats, et où les



altérations décrites ne sont que partiellement développées. La majorité de ces malades vivent d'une vie assez tranquille; leur respiration est moins longue, a moins d'étendue qu'avec leur poumon primitif, et c'est tout. Heureusement que chacun de nous en a plus qu'il n'en a absolument besoin. Dans tous ces cas, et même dans les plus bénins, les bruits cardiaques sont transmis à une grande distance, ainsi que cela arrive dans toutes les formes de solidification du tissu avoisinant.

*Température.* — Elle peut être élevée dans les cas aigus et rester ainsi pendant des semaines; alors, la respiration bronchique peut se présenter relativement tôt et la nutrition en souffrir fortement. Dans la plupart des cas, les hautes températures ne persistent pas longtemps. Pendant des semaines, 58 à 59 degrés C peuvent être atteints dans l'après-midi, avec rémissions dans la matinée.

Ces cas sont ceux dans lesquels on peut craindre soit une fièvre infectieuse, telle que la fièvre typhoïde ou la tuberculose, ou bien une autre infection intestinale de si longue durée; un érythème occasionnel, de fréquentes indicanuries, des néphrites toxiques peuvent être diagnostiqués. Cette dernière est plus facilement éliminée que la première, c'est-à-dire la fièvre typhoïde, dans laquelle la reconnaissance du bacille est ou incertaine ou impossible. Quand l'induration est entièrement établie, il n'y a pas de température. Je connais des malades de cette sorte qui, avec tous leurs symptômes de cirrhose pulmonaire locale, ne se sont doutés d'aucun désordre au cours de ces vingt-cinq années.

*Difformités de la poitrine.* — Elles sont observées chaque fois que l'induration est suffisamment grande. Elles sont fréquentes parce que les malades sont pour la plupart des bébés ou de jeunes enfants, dont les côtes sont flexibles. Le sommet est rétracté, la partie antéro-supérieure de la poitrine est affaissée, les côtes sont rapprochées; dans l'expérience de da Costa, qui, évidemment, a observé des adultes avec complications, la difformité était le plus souvent remarquée au-dessus des lobes inférieurs. Les vertèbres peuvent être plus ou moins déviées, le scapulum du côté affecté plus bas et dépassant les côtes. La circonférence du côté malade est diminuée. Tout ceci a lieu dans les cas sérieux. Quand le lobe supérieur, le gauche, ou, la plupart du temps, le droit est seul affecté, la difformité est conséquemment petite.

*Traitement.* — La grande majorité des cas commence et poursuit tout son cours dans l'âge tendre ou dans l'enfance. Ceci ne saurait être répété trop souvent, car tous nos manuels se réfèrent aux adultes seulement et à l'issue défavorable de la maladie. C'est pourquoi, s'il y a des préventifs, on devrait y avoir recours dès l'âge le plus tendre et dans l'enfance. Le meilleur préventif contre les maladies des organes respiratoires est la protection contre les infections et contre les rhumes; cela veut dire la tonification de tous les téguments, muqueux et épidermiques, principalement les cutanés et, par conséquent, la circulation générale et son innervation. Un air salubre et une nourriture saine et abondante sont de rigueur. Le meilleur moyen de protéger l'enfant contre l'influence de l'exposition à un froid soudain et

contre les brusques changements de température, est de l'habituer à l'eau froide. Il faut commencer à laver l'enfant bien portant, quand il a à peu près un an, après son bain chaud, avec de l'eau à 21°, 18°, 16°, et le frictionner bien jusqu'à ce qu'il soit sec et absolument chaud; diminuer cette température au fur et à mesure que l'enfant grandit. En choisissant le traitement, il faut être guidé par sa force, son poids et ses habitudes antérieures. Tout dernièrement, un auteur prouva, à sa propre satisfaction, devant l'*Association allemande des naturalistes et des médecins*, que le fait d'exposer les enfants à l'eau froide leur donnait des adénoïdes et leur causait un précaire état de santé. Ce monsieur produisait même des chiffres, 60 cas, je crois. Or, les chiffres prouvent tout, pour celui qui sait s'en servir. Dans nos maisons et dans nos rues, nos bébés et nos enfants sont certainement plus exposés aux courants d'air et aux mauvaises influences d'infection des bouches d'égout, que les grandes personnes. Les courants d'air froid errent sur nos planchers, tout aussi bien que l'air sec et, de toutes façons, pollué de nos calorifères, avec sa fumée, son acide carbonique, son oxyde de carbone, son acide sulfureux, se trouve exactement à la hauteur de leur nez. Il est heureux, néanmoins, que la plupart des microbes virulents, chassés de nos maisons et de nos hôpitaux dans les égouts, y trouvent leur tombeau parmi les saprophytes de la putréfaction.

Y a-t-il un moyen de fortifier les bébés et les enfants anémiques, chétifs, d'une exigüité et d'un manque de poids anormaux tout en s'occupant de leur hygiène? Leur régime ne devrait pas trop longtemps consister en lait de vache pur et non amélioré. La tendance du lait non modifié à produire des dyspeptones et son manque de fer contribuent au développement du rachitisme et de l'anémie. La nourriture animale et les céréales sont indispensables.

Médicalement aussi, nous pouvons faire beaucoup. Nos créateurs de tissus sont trop souvent négligés. Un milligramme d'acide arsénieux, plus ou moins, peut être donné quotidiennement en petites doses, après les repas, abondamment dilué pendant des mois de suite. Le phosphore agit de même et n'occasionne jamais, quand il est administré médicalement, de symptômes d'empoisonnement d'aucune sorte. Un bébé d'un an peut prendre dix gouttes d'élixir phosphoré de la pharmacopée des États-Unis

Spiritus phosphori (phosph. 1,2; alcool 1000) . . . . .	210
Huile d'anis. . . . .	2
Glycérine. . . . .	550
Élixir aromatique q. s. (spirit. aurant., calc. phosph. alcool, eau, sirop) <sup>1</sup> .	

trois fois par jour pendant trois mois de suite. Les enfants de cinq à sept ans qui ne se développent pas, ne profitent pas, tout en suivant ce traitement en même temps qu'un régime contenant assez de fer, doivent être suspectés de parasymphylis; les antécédents de leur père devraient être minutieusement examinés et ne devraient pas trop facilement bénéficier d'un

(<sup>1</sup>) A conserver dans un flacon coloré.



doute quel qu'il soit. Pour ces enfants, le mercure, avec ou sans iodure de fer, accomplira souvent ce que le régime, l'arsenic et le phosphore étaient incapables d'accomplir. La quinine ne m'a pas satisfait. En fait, je l'ai délaissée depuis une douzaine d'années dans les cas précités comme ne remplissant pas une tâche rationnelle. Quand le muscle cardiaque est faible ainsi que tout le système circulatoire, ceux qui, comme moi, croient aux médicaments, trouveront que l'équivalent de cinq à huit centigrammes de digitale administré quotidiennement pendant plusieurs mois de suite, en doses réfractées, agira très favorablement sur le myocarde d'un bébé d'un an et, qu'en améliorant la circulation, il nourrira le cœur et le reste du corps.

Quand la maladie est aiguë, subaiguë, ou compliquée, l'attention doit porter sur la circulation et la nutrition, rarement sur la température. Il m'a semblé que des bains chauds fréquents et prolongés à la température de 52 à 55 degrés produisaient encore un meilleur effet dans ce cas que dans n'importe quel autre. Sous d'autres rapports, le traitement diététique et médicinal est semblable à celui qu'on emploierait dans d'autres variétés de pneumonie, à une exception près. On ne doit pas oublier que la prolifération récente des cellules et que le tissu connectif récemment formé sont absorbables et devraient être soumis à un traitement. L'iode devrait être donné de bonne heure; qu'on choisisse, ou qu'on soit obligé de choisir, le potassium ou le sodium ou le strontium, l'iodipine ou l'acide iodhydrique, peu importe. On ne doit pas attendre trop longtemps avant de commencer le traitement. Le tissu organisé, à moins qu'il ne soit le résultat d'une syphilis secondaire ou tertiaire, n'est plus influencé par les iodures. Le traitement devrait être continué pendant longtemps; il peut être interrompu, puis repris. Il peut arriver qu'il y ait lieu d'employer l'iodure de fer, quand il y a anémie et qu'il n'y a plus d'élévation de température.

Les cas chroniques, latents, nécessitent une gymnastique des muscles de la poitrine, mais, alors, sous la direction d'une personne dont les connaissances médicales la mettent à même d'apprécier les possibilités d'un effort douloureux du cœur et le danger des rechutes. J'en suis encore à trouver le propriétaire d'un réel gymnase qui, sous ce rapport, en sache assez ou s'en soucie assez. J'ai vu de nombreux cas se produisant à la suite d'excès de zèle en gymnastique. Un poumon avarié ne doit pas prendre part à une course olympique.

Comme dans les cas dont je parle (je répète, la vaste majorité) il n'y a ni toux ni expectoration, il n'y a nulle direction à suivre en dehors de l'attention qu'on doit apporter à l'état général de la santé; une bonne nourriture, de bons vêtements, de l'eau froide, pas de surmenage, la vie en plein air, un climat stable; une altitude de 400 à 800 mètres, pour les plus forts, et, pour les faibles, le Sud, la Riviera ou Montreux, Cannes ou Tanger. A tout le moins, pour ceux qui en ont les moyens. Le pauvre s'en tirera suivant le niveau de civilisation et le sens de responsabilité qui prévaudront dans sa communauté. Tous deux sont bas! Si l'argent ardemment prodigué dans les guerres, à l'extérieur, et, dans un but de corruption, à l'intérieur, était dépensé pour l'enseignement physique et mental, pour des travaux d'utilité

publique, en améliorations sanitaires pour les tuberculeux et les faibles, pour empêcher que les enfants ne soient employés dans l'exécution de travaux malsains; dans la reconstitution de nos forêts dévastées, alors! oh! alors! ce serait un éternel Noël sur terre, l'humanité serait plus près de son but! « Il y aurait enfin une gloire à Dieu au plus haut des cieux et paix sur terre aux hommes de bonne volonté. » Il est grand temps que, plus nombreux, nous autres médecins, pénétrions dans l'arène publique, plus particulièrement les médecins de famille et pédiatres.

Chez quelques jeunes, chez beaucoup trop d'adultes, le développement ultérieur de la péribronchite et de la pneumonie interstitielle peut se traduire en emphysème, asthme, bronchectasie, dégénération caséuse, abcès, gangrène, cavernes et mort. Ces tristes thèmes sont développés dans nos manuels. Il ne s'ensuit pas nécessairement que le cas est mortel, même quand il semble le pire. Il y a quelques mois je donnai l'exéat d'une petite fille de couleur âgée de quatre ans, qui était entrée à l'hôpital avec l'historique d'une longue pneumonie interstitielle et lobaire. Elle avait la fièvre, quand elle fut admise, une grosse caverne dans son poumon droit, une toux continuelle, une expectoration copieuse, sanguinolente, purulente et extrêmement fétide. La cavité était à une distance de plus de 2 centimètres des parois de la poitrine, mais le tissu pulmonaire était si dense, gris et dur, qu'après la résection d'une côte, je dus employer le scalpel, et non le cautère, pour ouvrir la cavité de l'abcès, ne perdant pas plus de 4 centimètres cubes de sang au cours de l'opération entière. Elle fut lavée, traitée à l'arsenic et à l'iode, et put recouvrer la santé, avec assez de poumon pour se bien porter dans un milieu favorable.

Dans l'emphysème et dans l'asthme, en dépit des difficultés d'auscultation, la différence entre la quantité d'air pénétrant dans les poumons et les changements de percussion discernables pour une oreille habituée, signifie inflammation interstitielle antérieure, épaissement ou rétraction, suivant les cas. Ces cas sont souvent soulagés par les iodures, non seulement en raison de leur influence sur le cœur et les vaisseaux, mais encore en raison de leur puissance comme résorbants.