

# MALADIES AIGÜES DU POU MON

Par M. le D<sup>r</sup> NETTER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

## CHAPITRE PREMIER

### PNEUMONIE LOBAIRE

*La pneumonie lobaire est encore appelée pneumonie fibrineuse, pneumonie franche. C'est une maladie à individualité bien tranchée aussi bien au point de vue anatomique et étiologique qu'au point de vue clinique. Ses caractères distinctifs peuvent se résumer dans les quelques termes suivants :*

1° *La lésion frappe tout un lobe ou la partie la plus considérable d'un lobe pulmonaire. La région malade est prise dans sa totalité et le processus inflammatoire ne laisse pas d'intervalles de parties saines.*

2° *L'altération consiste essentiellement en un exsudat riche en fibrine qui remplit les alvéoles pulmonaires. Les parois alvéolaires, le tissu conjonctif du poumon ne sont pas ou sont fort peu touchés.*

3° *Toutes ces altérations sont sous la dépendance d'un seul microbe, le pneumocoque lancéolé encapsulé, cultivé pour la première fois par M. Talamon, microbe dont les propriétés biologiques, bien étudiées surtout par Fränkel, cadrent bien avec certaines particularités de la maladie.*

4° *L'agent pathogène de la pneumonie habite normalement chez certains sujets la cavité buccopharyngée, où l'a trouvé, le premier, M. Pasteur. La pneumonie est due à sa pénétration et à son arrêt dans le poumon. La pneumonie est une maladie infectieuse primitivement locale.*

5° *Au point de vue clinique, la maladie qui nous occupe est principalement caractérisée par son évolution cyclique. Sa durée est ordinairement limitée dans des termes bien précis, de 5 à 9 jours. Le début est brusque, solennel; la terminaison a lieu habituellement par crise. Celle-ci est annoncée par une défervescence soudaine et notable de la température, défervescence qui coïncide avec la perte de la virulence du pneumocoque dans le poumon et dans la cavité buccopharyngée.*

6° *Dans les cas favorables, et ce sont les plus habituels, la pneumonie guérit sans laisser de traces, l'exsudat se résorbe et le parenchyme pulmonaire est rendu à ses fonctions dans un état parfait d'intégrité.*

On voit de combien d'éléments est constituée l'individualité de la pneumonie lobaire. Il en est dont la connaissance ne remonte qu'aux toutes dernières années.

Ce n'est pas à dire que la pneumonie franche ne soit connue que depuis peu et qu'on ait attendu si longtemps pour la différencier des autres phlegmasies pulmonaires.

Alors que les principaux guides de la médecine contemporaine, l'anatomie pathologique et la recherche des signes physiques, faisaient absolument défaut, les premiers médecins avaient bien reconnu un certain nombre des caractères principaux de la pneumonie.

C'est ainsi qu'Hippocrate et les médecins grecs et latins connaissaient l'importance de la fièvre, sa marche généralement cyclique, les caractères particuliers de l'expectoration. Ils ont donné une bonne description du délire, signalé la rougeur des pommettes. Mais on ne peut méconnaître que ces remarques sont peu précises et surtout que ces premiers auteurs décrivent, sous le nom de pneumonie et de pleurésie, des cas fort semblables. La distinction entre ces deux affections est essentiellement subtile et malheureusement elle a été trop longtemps reproduite sans plus de précision par tous leurs successeurs.

Huxham, Boerhaave, Van Swieten, de Haen nous ont donné des descriptions plus exactes et plus complètes. Pour la plupart de ces auteurs, et surtout pour Hoffmann, la pneumonie était le fait d'une localisation sur le poumon d'une fièvre générale, la fièvre pneumonique, *febris pneumonica*. La cause première de la maladie résidait dans une altération du sang.

Mais les immortels travaux de LAËNNEC viennent révolutionner l'histoire de la pneumonie. Notre illustre compatriote décrit de main de maître les lésions macroscopiques et leurs différents stades. Il fait connaître les signes physiques, leur groupement, leur ordre d'apparition. On ne saurait exagérer l'importance de ces découvertes, et la comparaison des descriptions contemporaines de Broussais et de Laënnec montre quelle transformation radicale a subie de ce chef l'histoire de la pneumonie. Andral, Chomel, Stokes, Grisolles confirment et complètent l'œuvre de Laënnec; Rokitansky, Virchow font connaître d'intéressants détails anatomiques.

Des auteurs nombreux, pour la plupart élèves de l'hôpital des Enfants, font connaître les différences qui existent entre la pneumonie franche et la pneumonie catharrale, la bronchopneumonie, cette affection que les médecins des deux siècles derniers distinguaient sous le nom de fausse péripneumonie.

Les constatations anatomiques de Laënnec, l'importance qu'on a accordée après lui à la constatation des signes physiques de la pneumonie, avaient fait perdre de vue l'ancienne idée de la fièvre pneumonique. Traube, Ziemssen, Cohnheim et surtout Juergensen cherchent à faire revivre celle-ci. S'appuyant sur la marche cyclique, l'absence de relations bien évidente entre les phénomènes locaux et généraux, sur certaines particularités étiologiques et expérimentales, ces auteurs considèrent la pneumonie comme une *maladie infectieuse spécifique*.

La période contemporaine, inaugurée par les travaux de Pasteur, est venue confirmer, en partie tout au moins, cette doctrine. Le *microbe pneumonique*, le *pneumocoque* soupçonné par Klebs, vu et figuré par Koch, Eberth et Friedländer, a été cultivé pour la première fois par Talamon et bien étudié par Fränkel. La pneumonie est donc une maladie spécifique parasitaire, mais la pneumonie ne résulte pas d'une infection générale dont les agents se fixent ultérieurement dans le poumon. *La pneumonie est une infection primitivement*

locale et qui souvent, le plus souvent peut-être, reste localisée au poumon. Ces points ont été fort bien mis en lumière par MM. Talamon et Germain Sée.

Notre travail comprend neuf chapitres qui se succéderont dans l'ordre suivant :

- 1° Anatomie pathologique et bactériologie.
- 2° Étiologie.
- 3° Symptômes.
- 4° Marche. Terminaisons.
- 5° Formes et variétés.
- 6° Diagnostic.
- 7° Pronostic.
- 8° Traitement.
- 9° Déterminations extra-pulmonaires de l'infection pneumonique.

Nous ne donnerons pas un développement égal à chacun de ces chapitres, n'ayant point la prétention de redire en moins bons termes ceux qui ont été traités de main de maître dans les monographies antérieures que l'on ne saurait se dispenser de consulter<sup>(1)</sup>. Il nous a paru préférable de nous attacher aux côtés nouveaux, et particulièrement à l'étiologie et aux déterminations extra-pulmonaires de l'infection pneumococcique.

## I

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

**A. Altérations macroscopiques des poumons.** — Depuis Laënnec on admet trois degrés dans la pneumonie : l'engouement, l'hépatisation rouge et l'hépatisation grise.

Dans son plus faible degré d'inflammation, le poumon, plus pesant qu'à l'état normal, présente à l'extérieur une couleur livide ou violacée, a une fermeté beaucoup plus grande que dans l'état naturel. Il est cependant encore crépitant; mais lorsqu'on le presse entre les doigts on sent qu'il est engorgé par un liquide et que la crépitation est beaucoup moindre que dans l'état sain. Lorsqu'on le coupe, son tissu paraît d'un rouge livide et tout infiltré d'une sérosité plus ou moins sanguinolente, spumeuse et trouble qui coule avec abondance de la surface des incisions. On distingue cependant encore très bien la texture alvéolaire et en quelque sorte spongieuse du poumon. C'est cet état du tissu pulmonaire que Bayle a désigné sous le nom d'engouement du poumon.

Dans le deuxième degré, le tissu du poumon ne crépite plus du tout sous le doigt qui le presse et acquiert une pesanteur et une fermeté tout à fait analogues

<sup>(1)</sup> Les principales monographies auxquelles nous faisons allusion sont, en France : le *Traité de la pneumonie* de GRISOLLE, les articles de MM. LÉPINE et BARTH des *Dictionnaires JACCOUD et DECHAMBRE*, le *Traité clinique* de M. le professeur GERMAIN SÉE; en Allemagne : les deux articles de JÜRGENSEN dans l'*Encyclopédie* de ZIEMMSEN, le livre de FINKLER, 1891; en Italie : le consciencieux travail de ROBERTO MASSALONGO, 1889. A ces études sont venues s'ajouter depuis notre première édition les articles de MM. Landouzy, Aufrecht, Pye Smith, Wells, Andrus H. Smith.