

L'association au pneumocoque des staphylocoques et du streptocoque n'est nullement rare.

Sur 76 pneumonies étudiées par nous, nous avons trouvé, à côté du pneumocoque, le *staphylocoque doré* 25 fois, dont :

- 20 sans autre addition,
- 3 avec le streptocoque,
- 2 avec le bacille de Friedlaender;

le *streptococcus pyogenes* 9 fois,

- 5 sans autre mélange,
- 3 fois avec le staphylocoque,
- 1 avec le bacille de Friedlaender.

Signalons pour mémoire l'association du pneumocoque et du *pneumo-bacille*, observée 7 fois (4 fois le pneumo-bacille n'était pas accompagné d'une troisième espèce).

Cette association des organismes pyogènes classiques est des plus importantes. Elle n'explique pas seulement la transformation purulente du poumon; elle fournit la clef d'infections pyohémiques succédant à la pneumonie. M. Jaccoud a signalé cette terminaison de la pneumonie en publiant deux faits dont nous avons fait l'examen bactériologique. Dans le premier, la pneumonie a été suivie d'infections à streptocoques ayant produit des arthrites du genou, de l'épaule, et une endocardite végétante. Dans le second, il s'agissait d'une infection générale à staphylocoques avec abcès du myocarde, du tissu cellulaire sous-cutané. Nous avons encore rapporté une observation personnelle de méningite suppurée à streptocoques compliquant une pneumonie terminée par abcès. Nous possédons une observation encore inédite où une infection streptococcique métapneumonique a donné lieu à des arthrites multiples, une autre dans laquelle une pleurésie à streptocoques a succédé à une pneumonie. Il importe de tenir compte de ces faits et de ne pas rapporter sans examen microbien à une infection pneumococcique toutes les inflammations et suppurations extra-pulmonaires succédant à une pneumonie. Il est bien difficile de donner des signes propres à ces complications. Nous devons cependant insister sur l'allure presque toujours intermittente de la fièvre dans ces cas, sur la présence de leucocytes en grande quantité dans le sang. L'examen bactériologique des liquides inflammatoires, du sang ou même du suc pulmonaire pourra quelquefois fournir de précieux renseignements.

La *transformation caséuse* d'une pneumonie lobaire avait été considérée comme possible par Niemeyer. Elle était dès cette époque contestée par Charcot et par Buhl. Le professeur de Munich s'efforçait en effet de démontrer que la lésion anatomique qui devient le point de départ de la pneumonie dite caséuse est de nature tout à fait différente de la pneumonie lobaire (pneumonie desquamative). On sait aujourd'hui que les lésions de la pneumonie caséuse sont imputables au bacille de Koch. Pour que la tuberculose envahisse un foyer occupé par la pneumonie, il faut que des bacilles de Koch pénètrent dans ce foyer. L'infection pneumococcique ne peut entraîner à elle seule les lésions caséuses et tuberculeuses. Des altérations tuberculeuses pourront apparaître dans un lobe qui a été récemment le siège d'une pneumonie, et cela dans deux

conditions. Il pourra y avoir réveil de foyers tuberculeux disséminés dans l'organe avant l'envahissement par la pneumonie. Il pourra y avoir fixation des bacilles après la terminaison de l'infection pneumococcique. Cet envahissement secondaire sera naturellement beaucoup plus à craindre quand la pneumonie aura mis un long temps à se résoudre que dans les cas où la résolution aura été complète dans le délai habituel. Dans le premier cas l'altération du poumon le constitue en « lieu de moindre résistance » et favorise l'envahissement par le bacille de Koch.

La pneumonie franche chez les tuberculeux peut évoluer d'une façon très normale. Sur les 750 pneumoniques de Fraenkel, 15 étaient tuberculeux, 7 sont morts, 8 ont guéri. Sur ces 8 malades, 5 ont eu une crise régulière, 1 une pseudo-crise, 2 fois la terminaison a eu lieu par lysis.

La terminaison de la pneumonie par *gangrène pulmonaire* acceptée par Laënnec, Andral, Béhier, Graves, Leyden, etc., est contestée par de nombreux auteurs tels que Grisolle, Woillez, Lépine, Germain Sée. Le début souvent aigu de la gangrène pulmonaire, l'importance de la fièvre, la présence de lésions inflammatoires à la périphérie du foyer sphacélé ont sans doute souvent prêté à confusion et fait accepter une origine pneumonique à des gangrènes pulmonaires primitives.

Fraenkel a vu 5 fois sur 750 la terminaison de la pneumonie par gangrène, soit 0,4 pour 100. Elle s'observe plutôt dans les pneumonies consécutives à l'influenza.

V

FORMES ET VARIÉTÉS DE LA PNEUMONIE

Dans la pneumonie, plus peut-être que dans toute autre maladie, l'observation clinique montre combien il est difficile de donner un tableau général s'appliquant à tous les cas.

Les formes de la pneumonie sont multiples et diverses, et, après avoir donné une description générale commune de la maladie, nous devons passer à l'étude de ses formes.

Ces formes ont été multipliées à l'infini, et nous ne saurions les décrire toutes.

D'une façon générale elles nous paraissent pouvoir être rangées sous trois chefs principaux qui correspondent précisément assez avec ceux qui ont servi de base à notre classification étiologique.

a. Formes en rapport avec les qualités du pneumocoque :

- 1° Forme classique inflammatoire;
- 2° Forme adynamique, typhoïde, infectieuse;
- 3° Forme abortive;
- 4° Pneumonie apyrétique;
- 5° — ambulatoire.

b. Variétés en rapport avec les conditions anatomiques :

- Pneumonie centrale;
- du sommet;
 - double;
 - migratrice;
 - intermittente;
 - massive.

c. Influence du terrain :

Conditions physiologiques.	{	Enfants.
		Vieillards.
		Femmes enceintes.
		Nourrices.
Conditions pathologiques : intoxications.	{	Alcoolisme.
		Diabète.
		Albuminurie.
		Fièvre typhoïde.
		Grippe.
— Maladies infectieuses.	{	Rhumatisme.
		Infection palustre.
		Tuberculose.
— Lésions locales.	{	Affections cérébrales.
		Aliénation mentale.
		Cachexie.

En regard de la pneumonie à type franchement inflammatoire que nous avons voulu décrire tout d'abord, il convient de placer un nombre considérable de *cas dans lesquels ce qui domine c'est l'asthénie, l'adynamie*. On sait en quoi consiste cet état, désigné souvent sous le nom d'état typhoïde, et que caractérisent au premier chef l'affaiblissement des forces, l'expression d'insouciance ou de prostration du visage, la sécheresse des narines et de la langue, les fuliginosités des gencives, l'élévation marquée et continue de la fièvre. Ces modifications de l'état général prennent ici le premier plan et peuvent masquer complètement les symptômes fonctionnels. Le point de côté est nul, la toux est rare, les inspirations ne sont pas très fréquentes.

Le début de ces pneumonies est très rarement brusque. Il y a une période prodromique d'une durée variable de 4 à 10 jours, qui est caractérisée par une altération progressive de la santé, une débilité croissante, très souvent de la diarrhée. Le frisson peut manquer tout à fait, auquel cas il est très difficile de fixer la date initiale du processus pneumonique. Le frisson unique violent est, du reste, tout à fait exceptionnel et il est remplacé par de petits frissons répétés.

La rate est ordinairement augmentée de volume. Il y a souvent de l'ictère. L'albuminurie est habituelle.

Ces pneumonies adynamiques frappent surtout les sujets débilités par la misère, les excès, les privations. On a dit à tort qu'elles sont plus fréquentes en été. Elles se voient en toute saison. Elles prennent souvent une allure épidémique.

La pneumonie asthénique s'accompagne plus souvent que la pneumonie inflammatoire de complications frappant divers organes et appareils fort éloignés du poumon.

M. Sée propose de donner à cette pneumonie le nom de pneumonie à tendance envahissante ou infectante.

La pneumonie adynamique est due, comme la pneumonie la plus simple, à la localisation du pneumocoque dans le poumon. Mais le microbe ne reste pas cantonné dans le foyer, il pénètre dans le sang et se fixe ainsi dans les organes les plus divers.

La pneumonie peut, dans un certain nombre de cas, présenter une *durée inférieure à la moyenne* de 5 à 9 jours, durée habituelle de la pneumonie. On

réserve le nom de *pneumonie abortive* aux pneumonies durant moins de 4 jours.

Ces pneumonies abortives débutent avec la même brusquerie, la même violence que la pneumonie ordinaire. Le thermomètre y atteint des chiffres aussi élevés. Les signes physiques ne sont pas différents, bien que, généralement, le souffle soit moins intense et affecte rarement le caractère tubaire. Les crachats sont colorés. La défervescence s'établit d'une façon aussi rapide et aussi complète. Ces formes abortives s'accompagnent très souvent d'herpès. C'est à ces cas que Marotte applique l'expression de *synoque pneumonique*, Wunderlich de *pneumonie éphémère*, Bernheim de *fébricule pneumonique*. Ces cas ne sont pas rares chez les vieillards et les enfants. Il est parfois difficile de les distinguer de la congestion pulmonaire aiguë. Dans l'état présent de nos connaissances bactériologiques, les limites de cette dernière maladie sont encore insuffisamment tracées.

Mazotti a rapporté une observation de *pneumonie apyrétique* dont la durée du reste a été de 8 jours et qui s'est accompagnée de tous les signes habituels de la maladie. Les faits de ce genre sont assez rares bien que Koranyi, Wells Finkles en aient rencontré des exemples. Dans le cas de Koranyi il s'agissait d'une chlorotique.

Il existe une *pneumonie ambulatoire, pneumonie latente* permettant au sujet de mener la vie ordinaire bien qu'exposant à une mort subite. Hourman et Dechambre ont cité des faits de ce genre chez les vieillards. Brouardel⁽¹⁾ cite la pneumonie comme une cause de mort subite. Ces cas ne seraient pas rares puisque de 1875 à 1896 on en a relevé 59 à l'institut pathologique de Kiel⁽²⁾.

24 de ces personnes sont mortes subitement en plein travail, ou dans la rue. Pour les autres la mort n'a pas été aussi instantanée, puisque l'on a eu le temps de faire venir un médecin qui s'est trouvé en présence d'un moribond. L'autopsie a montré que la pneumonie était en hépatisation rouge 9,7 fois sur 100, hépatisation rouge et grise 58,5, hépatisation jaune 2,4, suppurée 17.

Nous consacrerons peu de développements aux variétés de la pneumonie en rapport avec des conditions physiques de siège, d'étendue, de participation plus marquée d'altérations des bronches ou de la plèvre.

Ce sont là, en tout cas, de simples variétés auxquelles il ne convient pas d'accorder le terme de formes, comme l'on fait assez souvent.

On ne sera pas surpris que dans la *pneumonie centrale* on reste plusieurs jours avant de percevoir les signes physiques masqués au début sous la couche de poumon sain qui les sépare de sa surface pleurale. C'est dans le diagnostic de ces pneumonies que l'on apprécie l'importance des symptômes généraux, que l'on sait tirer parti d'un crachat pneumonique, de la trace d'une éruption d'herpès.

La *pneumonie du sommet* ne mérite pas non plus d'être considérée comme une forme. Elle n'a de caractères spéciaux que lorsqu'elle frappe en effet un vieillard, un alcoolique, un débilité. Dans ces cas, la localisation au sommet est habituelle. Mais les caractères de cette pneumonie tiennent à la qualité du

⁽¹⁾ BROUARDEL, La mort et la mort subite, 1895.

⁽²⁾ HORNHARD, Ueber 60 Fälle von plötzlichen Tode an Lungenentzündung bei scheinbar gesunden; Thèse de Kiel, 1896.

sujet et non au siège de la maladie, et la pneumonie de l'enfant conserve toute sa bénignité quand elle occupe le sommet, son siège si fréquent à cet âge.

La *pneumonie double*, dans laquelle les deux côtés des poumons sont touchés successivement, a une durée et une gravité plus grandes. Mais chacun des foyers se comporte comme s'il était seul, et il n'y a guère encore lieu à création d'une forme.

La pneumonie *rysiplato-phlegmoneuse* de Trousseau, ou *pneumonie migratrice* ou à *foyers successifs*, n'est vraisemblablement pas une pneumonie vraie et se rapporte sans doute à une broncho-pneumonie à streptocoques.

Gerhardt⁽¹⁾ a consacré un travail très intéressant à une forme de pneumonie dans laquelle la fièvre présente des interruptions. Les cas dont il a observé des exemples à Iéna et à Berlin n'ont aucune relation avec l'impaludisme, et comportent un pronostic favorable. Il a vu chez un de ses malades jusqu'à 7 interruptions analogues. Pour lui la pneumonie comme l'érysipèle présente de la fièvre seulement au moment où le processus est en voie d'extension et chaque apyrexie marque un temps d'arrêt.

C'est la pneumonie à poussées successives de Bertrand, la pneumonie à reprises de Jaccoud, la pneumonie récidiviste de Wagner.

Ruge, Tordens, Japha, Chauffard, etc., ont rapporté des observations de pneumonie à rechutes dans lesquelles un intervalle de 2 à 6 jours d'apyrexie sépare deux attaques de pneumonie.

Il s'agit en ce cas presque toujours de réapparition de la pneumonie au niveau de son foyer primitif. Le pronostic de ces rechutes est habituellement favorable.

La *pneumonie massive* de Grancher est caractérisée anatomiquement par le développement de concrétions fibrineuses dans les grosses bronches. L'oblitération de ces dernières modifie complètement les signes physiques. Non seulement il n'y a ni expectoration, ni souffle, ni râles; mais les vibrations thoraciques sont abolies et la matité même est vraiment absolue et, comme dans les cas de pleurésie avec épanchement, elle coincide avec une abolition complète de l'élasticité à la percussion. Les erreurs de diagnostic dans cette variété sont la règle, et elles ne pourraient être évitées que dans les cas rares où les concrétions bronchiques parviendraient à être expulsées par l'expectoration permettant de nouveau l'apparition des signes habituels de la pneumonie.

L'âge des sujets imprime dans bien des cas sa marque dans la manière d'être des pneumonies.

La *pneumonie de l'enfant* ne se distingue pas seulement par l'absence d'expectoration qui nous prive à cet âge d'un précieux renseignement. La pneumonie des enfants se caractérise par une intensité remarquable des phénomènes généraux et surtout des phénomènes nerveux. Rilliet et Barthez ont bien fait connaitre, sous le nom de *pneumonies cérébrales*, des pneumonies dans lesquelles les troubles nerveux prennent le pas sur les manifestations respiratoires. Ils en distinguent deux formes : la forme *clamptique* et la forme *méningitique*. Ces épithètes font pressentir leurs principaux caractères. Dans la première,

⁽¹⁾ GERHARDT, Ueber Lungenentzndung mit mehrfach unterbrochenen Fieberverlauf. *Festschrift de Virchow*, III, 1890.

les convulsions sont tantôt générales, tantôt partielles. Dans la forme méningitique on note tous les signes principaux de la méningite : céphalalgie, délire, vomissements, constipation. L'élévation notable de la température, l'accélération des mouvements respiratoires, empêcheront de croire à une méningite tuberculeuse. L'absence de la raideur de la nuque, du strabisme, permettront d'autre part de repousser le diagnostic de méningite aiguë. Les signes physiques, absents les premiers jours, ne tarderont pas à être reconnus si on les cherche bien.

La pneumonie franche des enfants est essentiellement bénigne, mais M. d'Espine a dit avec raison qu'il ne faut pas aller trop loin dans ce sens, il y a des cas mortels et il en a, pour sa part, rencontré deux dans son service. Dans ces cas, la mort correspond presque toujours à une infection très intense.

Dans le cas unique observé par nous à l'hôpital Trousseau il y avait pneumonie double avec pleurésie et péricardite.

L'âge *avancé* imprime souvent à son tour des caractères spéciaux à la pneumonie. Ainsi que l'a fait remarquer Gillette, chez le vieillard comme chez l'enfant, il peut y avoir défaut de corrélation entre la lésion locale et les phénomènes généraux; exagérée à son maximum dans l'enfance, la réaction se trouve dans la vieillesse amoindrie au minimum. De là des formes insidieuses ou latentes. Hourman et Dechambre ont insisté sur ces vieilles femmes de la Salptrire qui se lèvent, font leur lit, se promènent, mangent comme à l'ordinaire, puis se sentent un peu fatiguées, se penchent sur le lit et expirent; et à leur autopsie, on trouve une hépatisation grise très marquée. Dans une autre série de cas, la pneumonie se présente avec les apparences d'une apoplexie cérébrale avec résolution complète, de coma ou sous l'aspect d'une hémiplégie avec ou sans contractions. Dans ces pneumonies à forme apoplectique et hémiplégique, il y a anémie cérébrale localisée et cette anémie va souvent jusqu'au ramollissement. M. Lépine a consacré sa thèse à l'étude de l'hémiplégie pneumonique.

Grisolle a cherché à déterminer l'influence de la pneumonie sur la marche de la *grossesse*, et l'analyse de 7 observations personnelles et 11 observations trouvées dans les recueils scientifiques l'amène à cette conclusion que la pneumonie est très redoutable pour les femmes grosses.

Celles-ci ont succombé dans le rapport de 8 sur 18, et dans la moitié des cas il y eut avortement prématuré.

Grisolle cependant est disposé à croire que ces chiffres sont trop élevés; les recueils ne fournissant guère que des faits graves. Les publications ultérieures ont au contraire eu pour principal but de démontrer la bénignité relative de la pneumonie au cours de la grossesse et pour la mère et pour l'enfant. Nous citerons surtout à ce propos Gusserow qui donne l'histoire de 2 cas de pneumonie survenue, l'une au 7^e, l'autre au dernier mois de la grossesse, cas terminés par guérison. Dans l'un des cas, l'accouchement d'un enfant vivant n'eut lieu qu'après la crise. Dans l'autre, le cours de la grossesse ne fut pas entravé. Fasbender, dans la clinique de Mannkopff, a relevé sur 7 cas un seul décès d'enfant avec guérison de toutes les mères.

Brieger enfin a observé 6 cas de pneumonie à des époques variant de 6 semaines à 9 mois. Dans tous ces cas la mère a guéri. La grossesse a suivi