

son cours dans les cas où elle était peu avancée et dans les autres l'enfant est venu au monde vivant.

Les notions sur la nature parasitaire de la pneumonie devaient attirer l'attention sur un côté particulier de la question : celui de la *transmission possible de la mère à l'enfant*. La pathologie expérimentale a fourni la première démonstration de cette transmissibilité à Netter et à Foà et Uffredozi. Nous possédons maintenant des faits probants dans la pathologie humaine. Le premier bien complet a été publié par nous en 1889⁽¹⁾. Une mère atteinte d'une pneumonie qui se termina par une guérison, accoucha d'un enfant à terme qui succomba le 4^e jour présentant une pneumonie avec pleurésie, péricardite et méningite cérébro-spinale suppurée. Dans tous ces organes on trouva le pneumocoque. J'ai cité dans mes travaux des faits analogues moins complètement étudiés au point de vue bactériologique par Strachan, Thorne, Marchand. Depuis, notre observation a été suivie de cas analogues publiés par Lévy⁽²⁾ (5 jours), Viti⁽³⁾ (66 heures) et Birsch Hirschfeld (48 heures).

Dans certains cas où il y a eu avortement de fœtus moins avancés, Foà et Uffredozi, Birsch Hirschfeld, Fraenkel et Reiche, Czernetscka ont pu aussi constater l'existence d'une infection à pneumocoques.

Dans quelques-unes de ces observations il existait des lésions très marquées de la muqueuse utérine ainsi que de la lymphangite suppurée. Aufrecht avait déjà en 1884 rapporté des expériences fort curieuses d'inoculations de suc pneumonique à des femelles de lapin qui avaient été suivies de métrites avec avortement et qui avaient déterminé par contagion accidentelle des affections analogues des femelles de la même cage.

La transmission de la pneumonie au fœtus est donc absolument établie.

Nous avons vu qu'elle est loin d'être constante. C'est qu'elle n'est possible que dans le cas d'infection générale mettant des pneumocoques en circulation dans le sang. Or, la pneumonie de l'homme est généralement locale.

La pneumonie a pour effet, dit Grisolle, de diminuer, et peut-être de tarir complètement la sécrétion mammaire. Quatre *nourrices* sur cinq, observées par lui, perdirent complètement leur lait. Grisolle ne pense pas qu'il y ait inconvénient à leur laisser l'allaitement pourvu que l'on supplée à l'insuffisance de la nourriture donnée par la mère. Il conseille de recourir à cette pratique de façon à se donner quelques chances, si la maladie n'a pas une longue durée, de voir la sécrétion lactée reparaitre et suffire comme par le passé à la nutrition de l'enfant.

Foà et Uffredozi, Bozzolo, Chambrelent ont montré que chez les animaux et même chez les femmes, le lait peut renfermer des pneumocoques. Il convient de ne pas perdre de vue cette possibilité. Une observation recueillie dans le service de M. Pinard établit la transmission de la pneumonie à l'enfant par l'allaitement⁽⁴⁾. Dans ce cas nous avons trouvé chez l'enfant une péritonite et méningite cérébro-spinale suppurées dues aux pneumocoques.

(1) NETTER, Transmission intra-utérine de la pneumonie et de l'infection pneumococcique. *Société de biologie*, 9 mars 1889.

(2) LÉVY, Ueber intra-utérine Infection mit Pneumonia crouposa; *Arch. f. experim. Pathologie*, 1889, XXVI.

(3) VITI, Contr. allo studio della infezione pneumonica congenita; *Riforma medica*, 1890.

(4) AYMARD, Recherches sur le passage des micro-organismes (et en particulier du pneumocoque) de la mère à l'enfant par le lait; *Thèse de Paris*, 1891.

La *pneumonie des buveurs* présente une gravité considérable, et les statistiques de Bâle indiquent une mortalité de 55 pour 100.

Celle du Presbyterian Hospital à New-York donne⁽¹⁾ :

Sujets très alcooliques	56	décès sur	51	soit	70	pour	100.
— modérément alcooliques	52	—	161	—	32	—	
— non alcooliques	45	—	216	—	20	—	

Magnus Huss a donné de ces pneumonies une description remarquable. Le début est généralement brusque et annoncé par un violent frisson; le malade présente une fièvre intense, son visage est injecté, ses yeux brillent, bientôt on observe de l'agitation avec tremblement des bras et des mains, la voix est bruyante mais bégayée. Au bout de trois ou quatre jours, le malade est pris d'hallucinations visuelles et auditives et le tableau complet du delirium tremens se trouve réalisé. Dans ces pneumonies il n'y a pas de dyspnée apparente, le sujet ne tousse pas et ne crache pas et le diagnostic de pneumonie ne peut se faire que par l'auscultation et la percussion. Chez d'autres malades, au lieu de l'apparence vultueuse, le visage a l'expression indifférente, abattue, déprimée, les mouvements sont plus incertains, le tremblement est moins marqué. Au lieu du délire violent de parole et d'action, le malade n'émet qu'un bégaiement léger et indistinct accompagné de carphologie. La langue prend une sécheresse extrême.

A côté de ces types bien accentués, il est des pneumonies chez les buveurs qui présentent une symptomatologie moins accusée : une loquacité exagérée, un certain degré de tremblement. La pneumonie des alcooliques passe très rapidement à l'hépatisation grise et s'accompagne assez souvent de méningite suppurée.

La pneumonie n'est pas très rare *chez les diabétiques*. Elle apparaît d'ordinaire à une période avancée, lorsque la dénutrition générale a fait de sérieux progrès. Ces pneumonies ont pour caractère distinctif leur gravité excessive et leur marche extrêmement rapide, *foudroyante*. La mort qui est presque inévitable ne se fait pas attendre plus de 24 ou 48 heures, et ce court intervalle suffit pour que le poumon passe déjà à l'hépatisation grise ou même à l'infiltration purulente.

Bouchardat pensait que cette pneumonie est fatalement mortelle, sauf chez les sujets qui suivent scrupuleusement le régime. Marchal de Calvi, Leudet, tout en établissant sa gravité, signalent la possibilité de guérisons.

Rayer signale la fréquence de la pneumonie dans la *néphrite*. Il a observé l'inflammation des poumons chez le douzième environ de ses malades, proportion sensiblement égale à celle indiquée par Bright et Gregory. La pneumonie chez ces malades est très souvent latente. Elle peut cependant se traduire par tous les symptômes ordinaires. Elle peut se terminer par guérison, mais dans la plupart des cas elle est mortelle. Mac Dowell a surtout insisté sur la fréquence de la suppuration, et même de la gangrène. Le médecin irlandais se croit même en droit de dire que la pneumonie ne suppure pas, ne devient pas gangreneuse s'il n'y a pas en même temps lésion rénale.

On a noté une fréquence relativement plus grande de la pneumonie dans le

(1) SMITH, Lobar Pneumonia. *Twentieth Century*, XVI.

gros rein blanc. Les inflammations compliquant le petit rein granuleux seraient au contraire plus souvent localisées sur les séreuses.

La pneumonie lobaire peut compliquer la fièvre typhoïde à ses différentes périodes. Son apparition aggrave certainement le pronostic en ajoutant une source de débilitation nouvelle à celle qui résultait déjà de la maladie première. La mortalité serait des 7/8 pour Grisolle, de 56 pour 100 pour Betke. Griesinger insiste sur ce fait que beaucoup de ces pneumonies se terminent d'une façon favorable. Leur évolution dans ce cas est tout à fait semblable à celle de la pneumonie primitive, avec cette seule particularité que l'expectoration manque le plus habituellement.

Dans certains cas bien décrits par Stokes la pneumonie paraît à la fin de la première semaine ou au début du second septénaire. Dès son apparition elle occupe le premier plan et l'on voit disparaître les signes classiques de l'infection typhique. La pneumonie évolue d'une façon régulière et se termine par la défervescence classique. Il semble que l'infection surajoutée soit venue à bout de l'infection première. L'antagonisme des microbes a fait l'objet de travaux divers qui, s'ils ne sont pas directement applicables à ces cas, indiquent du moins une interprétation possible.

Les cas qui ont soulevé le plus de discussions sont ceux dans lesquels la pneumonie paraît en même temps que les premiers symptômes de la fièvre typhoïde. Ces cas ont été bien décrits en 1855 par Dietl dans les termes suivants :

« Il est des fièvres typhoïdes qui dès les premiers jours, du 3^e au 5^e, se présentent sous l'aspect de pneumonies dans lesquelles les phénomènes intestinaux et cutanés sont insignifiants ou nuls. Ces pneumonies occupent presque toujours les lobes inférieurs; leurs lésions, leurs signes physiques sont ceux de la pneumonie fibrineuse.

« Ce sont les véritables pneumo-typhoïdes dont le diagnostic ne s'établit que par la présence d'un exanthème, l'état de la rate, les phénomènes typhiques et peut rester encore en suspens au moment de l'autopsie. »

Gerhardt en 1878 appelle l'attention sur ces faits et montre que la pneumonie, au lieu de se terminer par crise, est suivie des signes habituels de la dothiénentérie.

Cette *pneumo-typhoïde* a été par certains auteurs considérée comme une maladie résultant de la localisation première du bacille typhique sur le poumon. Nous avons déjà vu que les travaux récents ne permettent pas cette interprétation.

Dans la pneumo-typhoïde il y a pneumonie à pneumocoques. Ceux-ci ont déterminé une infection nouvelle, infection qui peut, on le conçoit, précéder, accompagner, suivre l'infection par le bacille d'Eberth.

Ce que nous avons dit de la pneumonie dans la fièvre typhoïde peut également s'appliquer à la pneumonie lobaire des autres affections typhiques : *typhus exanthématique* et *typhus récurrent*. Dans ces deux maladies la pneumonie lobaire est plus fréquente que dans la fièvre typhoïde et l'examen microbiologique a montré également qu'il s'agit d'une infection pneumococcique surajoutée.

La pneumonie lobaire peut compliquer souvent la grippe. Les recherches de Nonat, la thèse récente de Ménétrier⁽¹⁾ en fournissent la preuve la plus évidente.

(1) MÉNÉTRIER, Grippe et pneumonie en 1886; Thèse de Paris, 1887.

Au cours des épidémies de grippe on observe trois ordres d'inflammations pulmonaires : des pneumonies lobaires primitives, des pneumonies lobaires affectant des sujets atteints de grippe, des pseudo-pneumonies grippales, des broncho-pneumonies.

Les pneumonies lobaires primitives sont toujours d'une fréquence bien plus grande au cours des épidémies de grippe. Elles sont absolument semblables aux autres pneumonies. Elles ont seulement une intensité plus grande, s'accompagnent plus fréquemment de manifestations pneumococciques extra-pulmonaires (pleurésies, méningites, endocardites). Les moules fibrineux des bronches y sont plus communs et plus étendus. Cette fréquence des pneumonies au moment des épidémies de grippe tient à ce que les conditions qui favorisent la grippe agissent aussi sur la virulence et l'expansion du pneumocoque.

Ces cas de pneumonies simples au moment des épidémies indiquent que la pneumonie sera fréquente aussi chez les sujets déjà grippés. Ici encore il s'agit d'une pneumonie lobaire dans laquelle aux signes de la pneumonie s'ajouteront les symptômes de la grippe. L'inflammation catarrhale si fréquente chez ces malades pourra modifier quelque peu les caractères de la pneumonie. L'expectoration sera plus abondante, des crachats muqueux, spumeux délayeront les crachats fibrineux provenant des alvéoles. L'aspect sera celui d'une pneumonie avec bronchite. On a signalé dans ces cas une température moins continue, une durée plus longue, une convalescence plus lente, moins franche.

Enfin la grippe peut s'accompagner de broncho-pneumonie, celle-ci due aussi bien au streptocoque qu'au pneumocoque et de pseudo-pneumonies causées par le bacille de Pfeiffer. Il convient de bien savoir distinguer ces broncho-pneumonies des pneumonies vraies. C'est pour n'avoir pas fait cette distinction que beaucoup d'auteurs ont contesté la nature pneumococcique de la pneumonie grippale et que la valeur exacte de ce terme n'est pas la même pour tout le monde.

L'infection paludéenne présente des conditions favorables au développement de la pneumonie, et, dans leur remarquable traité, MM. Kelsch et Kiener confirment cette notion que la pneumonie est la cause de mort la plus fréquente des paludéens. Ces pneumonies éclatent souvent en même temps que l'accès fébrile et l'influence de la maladie première n'est pas supprimée du fait de l'arrivée de cette complication. Si le type intermittent existait avant la pneumonie, les accès paroxystiques se détacheront maintes fois encore sur la courbe thermométrique, mais ils ne seront qu'exceptionnellement séparés par des périodes apyrétiques. Il y aura une simple rémission.

Dans les cas que nous avons en vue, il peut y avoir exagération des troubles locaux et fonctionnels au moment des paroxysmes, mais la pneumonie poursuit son évolution comme une pneumonie primitive. Il s'agit en effet sans aucun doute ici d'une pneumonie vraie à pneumocoques, ainsi qu'en témoigne l'examen bactériologique des crachats (Massalongo), et surtout l'examen du suc pulmonaire (Marchiafava et Guarneri).

La pneumonie des paludéens offre, d'après Kelsch et Kiener et Hadji Costa, quelques caractères particuliers. Son début est souvent insidieux, sa durée plus longue. La fièvre présente le type rémittent, et la pneumonie affecte la forme typhoïde. Les complications inflammatoires des séreuses et des méninges sont relativement communes.

La pneumonie est très souvent mortelle. Elle frappe en effet des sujets déjà débilités par une infection ancienne ayant entraîné les altérations viscérales de la cachexie palustre.

Ces pneumonies chez les paludéens, pneumonies proportionnées aux accès de fièvre (Kelsch et Kiener), sont bien différentes de la fièvre accompagnée pneumonique, pernicieuse pneumonique de Morton. Dans cette forme contestée par Colin et Vallin, mais établie néanmoins par les anciens auteurs et confirmée par les observations plus récentes d'Armaingault et Jaccoud, les troubles fonctionnels et les signes physiques de la pneumonie n'apparaissent qu'au cours des paroxysmes fébriles et disparaissent complètement dans les intervalles. Dans les cas de ce genre il ne s'agit sans doute pas de pneumonie vraie, mais d'une simple congestion pulmonaire dont les signes rappellent ceux de la pneumonie. Cette congestion n'a vraisemblablement rien à faire avec le pneumocoque, mais est en relation directe avec le processus de l'infection malarique.

La distinction que nous venons de faire a été déjà formulée par Baccelli.

Chez les cachectiques, la pneumonie se présente souvent sous une apparence particulière. Elle ne donne pas lieu à des troubles fonctionnels. Il y a plus, elle ne provoque pas d'élévation appréciable de la température et passerait complètement inaperçue sans l'exploration systématique de la poitrine. M. Lépine a donné à cette forme le nom de *pneumonie de starvation*.

Ragni et de nombreux auteurs italiens ont signalé également l'absence de fièvre dans la pneumonie des aliénés. Thore avait insisté en 1884 sur la fréquence de la pneumonie chez les aliénés, fréquence confirmée par les travaux ultérieurs. Cette pneumonie des aliénés est le plus souvent mortelle.

VI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la pneumonie peut, suivant les circonstances, être très facile ou d'une grande difficulté. Ce diagnostic devra envisager des affections extrêmement diverses.

Ici la maladie se révélant par des troubles fonctionnels et des signes physiques, il faudra différencier la pneumonie de la broncho-pneumonie, de la congestion pulmonaire, de la pleurésie avec épanchement, de la tuberculose, de la gangrène pulmonaire.

Ailleurs les troubles cérébraux prédominant, on devra distinguer la pneumonie de la méningite aiguë, de l'apoplexie cérébrale, du delirium tremens.

La forme adynamique rappelle, comme nous l'avons indiqué, la symptomatologie de la fièvre typhoïde, et ici encore le diagnostic peut être extrêmement difficile.

Nous ne saurions envisager successivement les diverses éventualités qui pourront se présenter et indiquer les éléments qui permettront de se faire une opinion exacte en présence de chacune de ces conditions.

Chacun des symptômes principaux de la pneumonie pourra, suivant les circonstances, fournir les renseignements décisifs.

La rougeur d'une pommelle, l'apparition de groupes de vésicules d'herpès, pourront éveiller l'attention aussi bien que la sécheresse de la langue dont l'importance est si grande chez le vieillard.

Dans d'autres cas la fréquence des mouvements respiratoires, l'apparition de vomissements, de délire (enfants), l'élévation inopinée de la température, joueront à leur tour le rôle de phénomènes révélateurs.

Ailleurs ce sera l'expectoration particulière. Nous pourrions multiplier les exemples. Ce qui se dégage de ces considérations, c'est la nécessité d'un examen attentif de la poitrine dans tous les cas.

Cet examen devra être complet et minutieux. Les signes physiques de la pneumonie, si nets quand ils existent au grand complet, peuvent être masqués pour les motifs les plus nombreux — conditions morbides du poumon et des bronches, créées par la pneumonie ou antérieures à celle-ci.

La présence de moules fibrineux dans les bronches modifie, nous l'avons vu, les vibrations, les phénomènes stéthoscopiques et même plessimétriques de façon à simuler l'existence d'une pleurésie. La coexistence d'une pleurésie empêchera les signes propres à la condensation du poumon de parvenir à l'oreille. Celle d'une bronchite donnera naissance à des râles secs et humides répartis des deux côtés de la poitrine et qui pourront masquer ceux de la pneumonie.

Une condensation ancienne du poumon pourrait chez un fébricitant faire penser à l'existence d'une pneumonie alors qu'il n'y a aucune altération nouvelle, d'où la nécessité d'un interrogatoire attentif dans tous les cas.

On se rappellera que chez certains sujets les signes stéthoscopiques ne se perçoivent qu'après des inspirations très fortes. Il sera nécessaire de faire respirer largement le malade, de le faire tousser.

On n'oubliera pas que la pneumonie doit être cherchée avec soin, que celle du sommet ne donne souvent de signes qu'en un foyer extrêmement limité et plus particulièrement dans l'aisselle.

La constatation des signes physiques n'est pas indispensable pour affirmer la pneumonie. Celle-ci peut rester centrale pendant les premiers jours et parfois même jusqu'à la fin.

L'expectoration manquera presque toujours chez les enfants et très souvent chez les vieillards. Elle fera défaut encore chez les sujets débilités et dans la forme massive où les grosses bronches sont oblitérées. Les crachats pneumoniques ont une valeur très grande pour le diagnostic quand ils sont nettement fibrineux, adhérents, sanguinolents. Mais ils n'ont pas toujours ces caractères. Dans les cas où les crachats n'ont pas l'apparence macroscopique bien spéciale, ils pourront fournir des renseignements fort précieux si l'on a recours à l'examen bactériologique, et si celui-ci démontre d'une façon certaine la présence de pneumocoques. Mais il ne faudra pas se contenter d'un examen superficiel, de la présence de diplocoques même entourés d'un espace clair. Il faut que ces cocci aient des extrémités nettement lancéolées, qu'on constate autour d'eux la présence d'une véritable capsule colorable, que ces microbes soient en assez grand nombre et qu'ils ne se décolorent pas par la méthode de Gram. Il convient en effet de ne pas confondre avec le pneumocoque d'autres microbes contenus dans la bouche, de ne pas se laisser tromper par l'existence de quelques pneumocoques isolés que la salive peut renfermer en dehors de toute pneumonie.