SIXIÈME LEÇON

SUR L'INFECTION TUBERCULEUSE SUITE DE PNEUMONIE

(21 NOVEMBRE 1885)

Importance du sujet. — Histoire d'un malade affecté d'une pneumonie grave assimilable par sa cause à une pneumonie traumatique. — Gravité et longue durée de l'évolution. — Persistance définitive d'un reliquat pneumonique. — Absence des bacilles tuberculeux démontrée par des examens multipliés. — Rétablissement parfait de la santé.

Quinze mois plus tard développement de nouveaux symptômes. — Le malade rentre à l'hôpital avec une tuberculose des deux poumons. — Des causes de cette tuberculose. — Ses rapports avec le foyer local préexistant dans le poumon droit. — Application de la doctrine bacillaire. — Conséquence pratique.

De la réparation locale de la pneumonie aiguë dans ses rapports avec la défervescence fébrile. — Résolution rapide, — lente, — différée, — incomplète. — Conclusions.

MESSIEURS,

Il y a bien longtemps, car cela remonte à mes annotations de la clinique de Graves en 1862, que j'ai pour la première fois appelé l'attention sur les conséquences graves, que peut avoir la résolution incomplète de la pneumonie aiguë, soit au point de vue de l'établissement d'une pneumonie chronique, soit au point de vue d'une tuberculose ultérieure. Cette question est d'une impor-

tance majeure pour la pratique, et je désirais vivement avoir l'occasion de vous en entretenir; cette occasion m'est offerte, particulièrement favorable, par le malade couché actuellement au n° 8 de notre salle Jenner, et je m'empresse de la saisir.

L'histoire de ce malade est longue, elle embrasse aujourd'hui vingt et un mois; mais par cela même, elle est aussi complète que je puis le souhaiter, et elle est féconde en enseignements d'une haute portée médicale.

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, maraîcher de son état, qui est maintenant pour la seconde fois dans notre service; il y est entré pour la première fois le 13 février 1884, il y a vingt et un mois. Il était alors au troisième jour d'une grosse pneumonie droite, développée dans des circonstances toutes spéciales.

Le 10 février, étant en parfaite santé, il travaillait à l'un des égouts de Vincennes, et il y tomba; il ne fut retiré par ses camarades qu'après quelques instants, durant lesquels il avala à plusieurs reprises des gorgées du liquide infect contenu dans ce canal, en même temps qu'il respirait à pleins poumons les émanations gazeuses qui se dégagent d'un pareil liquide. Aussitôt après, il eut des vomissements répétés, et le soir même il était pris de fièvre, avec oppression forte et douleur du côté droit.

Notez soigneusement cette étiologie; il s'agit ici d'une pneumonie accidentelle, tout à fait assimilable à la pneumonie traumatique, et qui n'implique aucune disposition préalable de l'organisme aux phlegmasies pulmonaires;

cet homme n'en a d'ailleurs jamais été atteint. En pleine santé, le poumon est soumis à une irritation toxique qui en enflamme le tissu, une pneumonie se constitue, et l'état général est grave d'emblée, soit à cause de l'étendue de la pneumonie qui occupe la totalité du lobe moyen et du lobe inférieur du poumon droit, soit à cause de l'ébranlement et de l'altération organiques, résultant de la chute et de l'absorption de matières putrides.

La première température prise au matin du quatrième jour est de 40°,2; l'haleine est très fétide, les crachats sont noirâtres, fluides sans viscosité; la dyspnée est forte, l'adynamie est profonde.

Pendant les premiers jours, nous avons craint le développement d'une gangrène pulmonaire, accident fréquent au cours des pneumonies engendrées par des gaz irritants; aussi ai-je administré, avec l'alcool à haute dose, la liqueur de Labarraque, et plus tard l'acide salicylique. Au onzième jour, 21 février, nous avons eu un indice de défervescence, la température étant ce matin-là de 37°, et le matin suivant de 37°,2, après être remontée à 39° le 21 au soir; en même temps des râles fins ont apparu dans le bloc d'hépatisation, qui jusque-là n'avait donné lieu qu'à un souffle bronchique intense, avec bronchophonie et pectoriloquie aphone. L'état du malade était d'ailleurs un peu moins inquiétant.

L'accalmie, en ce qui concerne la fièvre, ne fut pas de longue durée. Quatre jours plus tard, au seizième jour, la fièvre reprend décidément, la température étant toujours entre 38° et 39°, et nous constatons que la résolution locale ne fait aucun progrès; nous en sommes tou-

jours au mélange de souffle et de râles fins dans toute l'étendue des parties malades.

Après six jours, au vingt-deuxième de la maladie, la fièvre perd sa continuité, elle devient intermittente vespérale; une fois seulement, le 7 mars, la température est plus élevée le matin que le soir (*Voy. le tracé*).

La persistance de la fièvre avec ces caractères nouveaux me donne à réfléchir, et comme à ce moment, il n'y a plus lieu de craindre la gangrène du poumon, je commence à me préoccuper de la possibilité d'une tuberculose, tout en faisant remarquer à différentes reprises que la cause toute spéciale de cette pneumonie peut rendre compte de sa durée anormale.

Cet état persiste avec d'insignifiantes modifications stéthoscopiques jusqu'au 20 mars, trente-neuvième jour de la maladie. Alors la fièvre cesse.

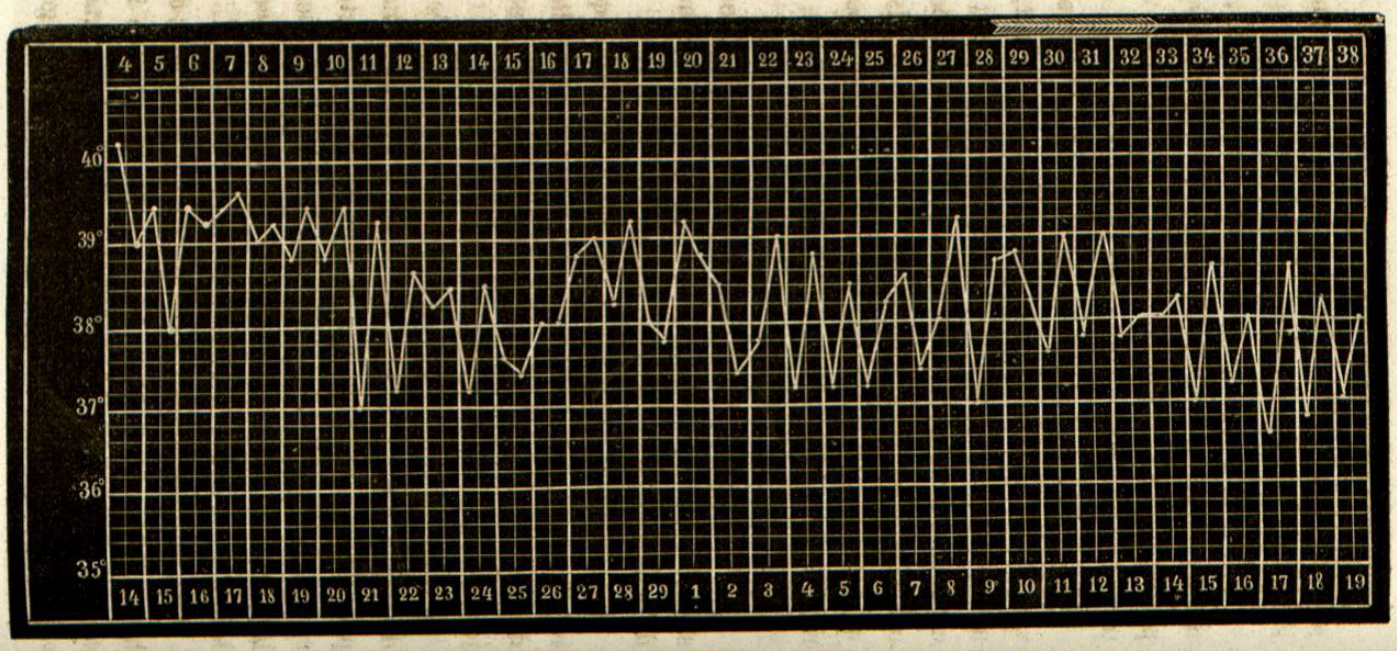
Déjà pendant cette phase de fièvre vespérale, qui représente la seconde période de la maladie, les bacilles de la tuberculose ont été recherchés plusieurs fois, toujours avec des résultats négatifs.

A partir de la terminaison de la fièvre, l'état général du malade a présenté une amélioration non interrompue; il n'y a plus de dyspnée, la toux est rare, l'expectoration peu abondante rejette des mucosités épaisses, légèrement visqueuses, mais il n'y a pas de changement bien notable dans l'état local.

Une dernière période, qui s'étend du 20 mars, jour de la terminaison de la fièvre, jusqu'au 12 mai, date de la sortie du malade, a été caractérisée par une apyrexie constante, par une amélioration croissante de l'état gé-

Tracé V. — PNEUMONIE ADYNAMIQUE A RÉSOLUTION INCOMPLÈTE.

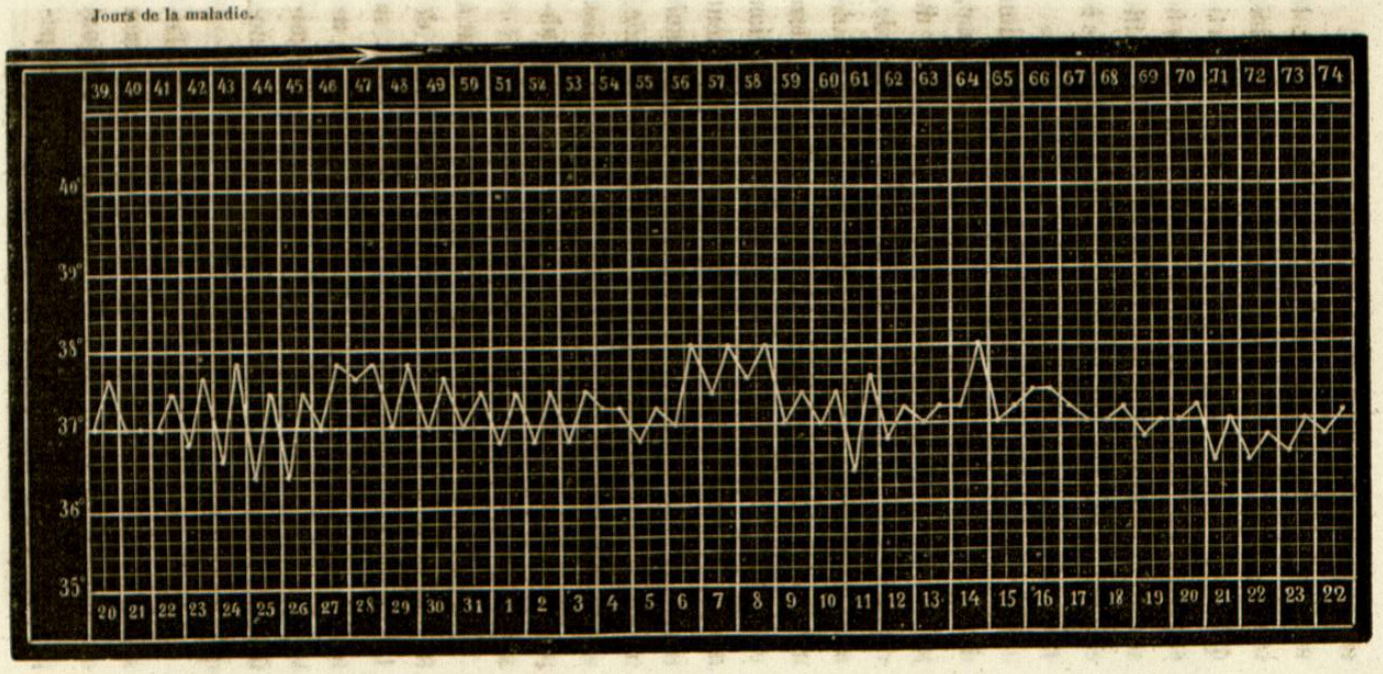
Jours de la maladie.



Février. Mars.

TRACÉ V (2). — PNEUMONIE ADYNAMIQUE A RÉSOLUTION INCOMPLÈTE.

Jours de la maladie.



Avril.

néral, une résolution partielle de la lésion locale : le lobe intérieur finit par se dégager complètement, ainsi que la partie inférieure du lobe moyen; mais la partie supérieure de ce lobe, et les couches inférieures du lobe supérieur continuent à présenter le mélange de souffle et de râles fins que j'ai déjà signalé. Dans ces parties le reliquat pneumonique est immuable.

Pour cette raison, et malgré l'excellente condition de la santé générale, je songe toujours à la tuberculose, *je fais rechercher incessamment les bacilles*, plus de vingt examens ont été pratiqués durant cette période, *mais les résultats ont toujours été nuls*. Le temps écoulé ne permet plus d'espérer l'achèvement de la résolution car nous sommes à trois mois du début; la résolution n'est pas seulement différée, elle est définitivement incomplète. Le malade conserve de sa pneumonie aiguë un noyau de pneumonie chronique parfaitement torpide, et nos recherches multipliées, ainsi que la restauration parfaite de la santé, nous permettent d'affirmer l'absence de tuberculose actuelle.

Au commencement de mai, cet homme se sent tout à fait bien, il a pris de l'embonpoint, son poids de 142 livres est supérieur à celui qu'il avait avant sa maladie, il a la respiration parfaitement libre, il ne tousse plus, il rend à peine quelques crachats insignifiants le matin, et par suite il exige sa sortie, il nous quitte ce jour-là, 12 mai 1884.

Malgré cet ensemble de conditions des plus satisfaisantes, je maintiens un pronostic grave en me fondant uniquement sur la persistance définitive du reliquat pneumonique, et j'affirme, pour l'avenir, le développement de la tuberculose, certainement absente au moment où le malade quitte l'hôpital.

Le 30 septembre 1885, cet homme nous revient, il est malade depuis les premiers jours du mois d'août, donc depuis deux mois environ.

Jusqu'à cette date, c'est-à-dire pendant près de quinze mois à dater de sa sortie de notre service, cet individu a conservé la santé irréprochable qu'il avait à ce moment; pas de toux, plus d'expectoration, force parfaite, si bien que pendant tout ce temps, il a pu faire un travail pénible et vraiment excessif, travaillant le jour à la culture des jardins, conduisant aux halles la nuit sa voiture chargée de légumes.

En cet état, il a été pris au commencement d'août d'une hémoptysie peu abondante, et d'une diarrhée tenace qui n'a été arrêtée qu'au bout d'un temps assez long; en même temps il a recommencé à tousser, et la toux a été presque aussitôt accompagnée d'une expectoration abondante; sa voix s'est enrouée, et a pris peu à peu la raucité voilée que vous constatez aujourd'hui; l'appétit s'est perdu, l'amaigrissement a commencé, et ces symptômes s'aggravent sans cesse, cet homme vous est arrivé dans un état de détérioration organique déjà bien prononcé, et qui s'est encore notablement accentué depuis sept semaines; il ne pèse plus aujourd'hui que 114 livres, il pesait 142 lorsqu'il a quitté l'hôpital l'an dernier, au 12 mai.

Dès son retour, on a pu constater que *les crachats* étaient franchement purulents, et qu'ils *contenaient des bacilles en grande abondance*. Plusieurs examens ont

été pratiqués depuis, toujours avec des résultats concluants, et, hier encore, notre chef des travaux anatomiques, M. Bourcy, s'est assuré que les bacilles sont extrêmement nombreux.

L'examen de la poitrine montre les signes classiques d'une tuberculose bilatérale à la phase de ramollissement; les signes sont très accusés des deux côtés, tant en avant qu'en arrière, mais le maximum est à droite et en arrière, le ramollissement présente là un caractère cavernuleux des plus évidents.

Il convient de noter que l'hémoptysie du mois d'août a succédé à un traumatisme; cet homme a reçu un coup de timon de voiture sur le devant de la poitrine, et aussitôt après il a craché du sang; il est donc évident que cette hémoptysie est étrangère à sa tuberculose, et il n'est pas moins certain que le traumatisme ne présente aucun rapport avec l'affection tuberculeuse, car déjà alors le malade souffrait de cette diarrhée persistante qui en a été le symptôme initial. Mais si dans ce cas il n'y a pas de relation admissible entre le traumatisme et la tuberculose, il en est d'autres en revanche dans lesquels ce rapport est positif, et plusieurs observations probantes ont été rapportées dans ces dernières années. Vous saisirez dans un instant la modalité de ce rapport.

Voici donc, en résumé, la filiation pathologique chez notre malade : il y a vingt et un mois, pneumonie droite accidentelle, toxique, remarquable par la longueur insolite des phénomènes fébriles, et par la persistance définitive d'un reliquat local; — quinze mois de santé

parfaite; — depuis trois et demi, tuberculose bilatérale à prédominance droite, parvenue en peu temps à la période de ramollissement sans symptômes fébriles.

Eh bien! pourquoi cet homme est-il devenu tuberculeux?

Il n'y a chez lui aucune influence héréditaire suspecte; d'un autre côté nous sommes absolument certains qu'il n'avait aucune prédisposition personnelle à la tuberculose; car sa pneumonie a été accidentelle, quasi traumatique, et malgré la lenteur et la gravité de son évolution, elle a permis le rétablissement parfait de la santé, sans aucun vestige clinique ou bacillaire de tuberculose.

Si, dans ces conditions d'une précision rare, cet homme est devenu tuberculeux, c'est uniquement parce qu'il a conservé une altération du tissu pulmonaire, comme reliquat de sa pneumonie. Je suis convaincu que sans cette lésion locale il n'aurait pas été affecté de tuberculose, et je pense que vous partagerez bientôt ma conviction.

On sait de longue date que les altérations bronchopulmonaires prédisposent aux formations tuberculeuses; c'est là un fait certain, et les observateurs antérieurs à notre époque l'ont exprimé par la formule suivante : Les foyers inflammatoires persistants dans l'appareil pulmonaire favorisent la production du tubercule. Je vous rappelle, en passant, que les plus dangereux de ces foyers, quant à cette action secondaire, sont les reliquats pneumoniques, et les reliquats pleurétiques.

Ce fait, dûment établi par l'observation de tous les

âges, n'est pas moins vrai aujourd'hui; seule la formule de l'interprétation a été changée par la découverte de la contagion bacillaire.

Pour faire de la tuberculose, il faut un contage qui est le bacille de Koch. Mais l'absorption du contage ne suffit pas, il faut que l'organisme dans lequel il pénètre lui présente un terrain favorable. Du reste, il ne faut pas l'oublier, dès sa première communication, Koch lui-même a reconnu la nécessité d'un terrain nutritif convenable (*Nährboden*). Il en est ici comme dans toutes les maladies contagieuses : nous absorbons tous des bacilles, et nous ne devenons pas tous phthisiques. Pour que l'absorption soit efficace, il faut un terrain convenable; ce qui fait ce terrain favorable, c'est une détérioration organique préalable, constituée soit par une débilité générale qui amoindrit la vitalité de tous les tissus, et par conséquent celle du tissu pulmonaire; soit par une lésion locale du poumon, laquelle produit cet effet sur ce seul organe. Ce foyer, où le tissu altéré a perdu sa résistance aux agents morbigènes, fixe les bacilles, qui y trouvent les conditions favorable à leur survie et à leur pullulation.

Voilà le cas de notre homme ; je le répète, il ne serait certainement pas devenu tuberculeux s'il n'avait pas présenté une altération préalable de son poumon droit; la conclusion est d'autant plus légitime que la pneumonie dont il a été atteint a été purement accidentelle, et qu'il y a eu quinze mois de santé parfaite entre la terminaison de cette pneumonie, et l'apparition des premiers symptômes de la tuberculose. Remarquez aussi que la tuberculose est notablement plus avancée du côté droit; c'est

évidemment là qu'elle a débuté, et c'est là aussi que siégeait le reliquat pneumonique.

L'importance de ces faits est considérable, et ils ont une conséquence pratique toute particulière que je tiens à vous faire connaître.

Après les travaux de Villemin, et surtout après la découverte de Koch, on a signalé comme dangereux les établissements consacrés à la résidence en commun des phthisiques. En ces termes l'accusation manque de tout fondement. En premier lieu les *individus déjà tuberculeux* n'ont rien à redouter du bacille de leurs voisins; — en second lieu, les *individus en parfaite santé* qui accompagnent les malades n'ont point à craindre une absorption bacillaire efficace, c'est là un fait d'observation dont j'ai pu me convaincre moi-même après une enquête relative aux sanatoria de montagne, enquête dont j'ai donné les détails dans mes *Leçons de* 1883-1884; mais les *individus affectés de lésions broncho-pulmonaires non tuberculeuses* doivent être exclus de ces établissements, ils y courent évidemment quelque risque, puisque l'altération préalable de l'appareil respiratoire est une condition favorable à l'infection bacillaire.

Ces distinctions ne doivent jamais être perdues de vue dans la pratique.

La résolution imparfaite de la pneumonie, dont nous venons d'étudier une observation si complète, n'est pas extrêmement rare, et ce fait ajoute à l'importance de cette question.

Tout près de notre malade, au n° 10 de la même salle,

nous avons un autre exemple de cette éventualité. Il s'agit d'un maçon, âgé de quarante-quatre ans qui est entré dans notre service le 9 novembre dernier.

Cet homme a été pris le 4 octobre, il y a donc aujourd'hui un peu plus de six semaines, d'une pneumonie aiguë *a frigore;* il a eu parfaitement conscience de son refroidissement. Cette pneumonie qui occupait le côté droit, paraît avoir été assez grave; la fièvre, toujours forte, a duré neuf jours, et les quatre premiers jours le malade a eu le délire, bien qu'il n'ait pas d'habitudes alcooliques. Au 15 octobre, la fièvre avait cessé, mais la terminaison de la phase aiguë n'a pas été suivie du rétablissement de la santé. Tout en n'ayant plus de fièvre le malade n'a pas repris de forces, il a continué à tousser, il n'a pas recouvré l'appétit, de sorte que l'amaigrissement a fait des progrès, et vers la fin d'octobre il a commencé à avoir des sueurs nocturnes. En cet état il a patienté encore quelques jours chez lui; enfin n'éprouvant aucune amélioration, il s'est décidé à venir à l'hôpital, où il nous est arrivé le 9 novembre.

A son entrée, nous avons constaté l'exactitude de ses renseignements quant à la débilité, à l'amaigrissement et à la toux; cet homme est positivement sous le coup d'une déchéance organique profonde, et depuis douze jours qu'il est dans notre service il n'a vraiment rien gagné. Pourtant l'apyrexie est complète, il n'y a pas de gêne respiratoire, mais l'examen du poumon droit, qui a été le siège de la pneumonie, démontre dans le lobe inférieur un foyer de râles sous-crépitants fins avec obscurité du son de percussion; et ces phénomènes stéthoscopiques relevés au moment de l'arrivée du malade,

persistent jusqu'ici sans changement aucun. L'expectoration médiocrement abondante est muco-purulente; deux fois déjà, à quelques jours d'intervalle, elle a été examinée au point de vue des bacilles, mais on n'en a pas trouvé.

Voilà donc un autre exemple de résolution incomplète d'une pneumonie qui a été franchement aiguë. Avant de tirer de ce fait aucune conclusion, je n'ai pas manqué de rechercher si cet homme, par la nature de son travail, est exposé à inhaler des poussières, cette circonstance aurait pu rendre compte, par elle-même, de la lenteur, et même de l'impossibilité de la réparation locale. Mais après une enquête minutieuse et répétée, j'ai dû renoncer à cette interprétation. Avant sa pneumonie, cet homme n'a jamais souffert des organes respiratoires, et son travail est un travail de surveillance et de direction, qui ne l'expose à aucune pénétration pulvérulente.

Cela étant, il est infiniment probable que cet homme finira comme l'autre, il deviendra tuberculeux. Ce pronostic est d'autant plus fondé que, chez lui, la résolution incomplète de la maladie a coïncidé d'emblée avec une détérioration progressive de l'organisme. Mais, quelque vraisemblable que soit cette éventualité, je ne puis l'affirmer dès aujourd'hui, parce qu'il ne s'est pas encore écoulé assez de temps depuis la défervescence de la pneumonie. Cette défervescence est du 15 octobre, nous sommes au 21 novembre, c'est un intervalle de cinq semaines, et, malgré ce retard, il est encore permis d'espérer que la résolution s'achèvera.

J'ai cru pendant nombre d'années que cette évolution

favorable n'était plus possible au delà de six semaines à compter de la défervescence de la pneumonie ; mais quelques faits, que j'ai suivis de très près, m'ont convaincu que ce délai n'est pas assez long, et qu'après deux mois, et même deux mois et demi la résolution peut encore se compléter. C'est donc seulement à l'expiration de ce terme que le reliquat pneumonique doit être considéré comme définitif. Les observations de Smith montrent que chez l'enfant cette période est encore plus longue, et qu'elle peut atteindre jusqu'à trois mois.

Rien de plus variable en somme que la date de la résolution locale complète de la pneumonie, par rapport à la défervescence fébrile ; ces faits ont une telle importance qu'il convient de les préciser nettement. Et d'abord il n'y a jamais d'isochronisme entre la chute de la fièvre et la réparation locale ; alors qu'elle marche avec toute la rapidité possible, la résolution n'est achevée que trois à cinq jours après la défervescence, c'est la *résolution rapide ;* — bien souvent, elle n'est réellement complète que dans un délai de cinq à dix jours après le début de l'apyrexie, c'est la *résolution lente ;* — ce terme passé, nous tombons dans la période indécise qui, chez l'adulte, peut s'étendre, d'après mes observations, jusqu'à deux mois et demi après la défervescence, c'est alors une *résolution différée* ou *tardive ;* — passé ce délai le reliquat persiste, c'est une *résolution incomplète.*

Lorsque cette dernière éventualité est réalisée, le pronostic éloigné devient décidément sérieux, car l'individu est menacé d'une tuberculose ultérieure, quelles que soient d'ailleurs ses conditions héréditaires, et personnelles. Il porte en lui un foyer d'appel et de fixation pour

les bacilles spécifiques, et il ne peut diminuer les chances de l'infection qu'en évitant rigoureusement l'habitation en commun avec les phthisiques, et la fréquentation des milieux où ces malades sont réunis.

Vous voyez, Messieurs, que le médecin n'est point au terme de sa tâche lorsque la défervescence fébrile de la pneumonie est accomplie ; il doit alors surveiller attentivement le travail de réparation locale, et l'activer, si besoin est, par tous les moyens dont il dispose ; les vésicatoires répétés, les préparations de kermès, d'une part ; d'autre part, les toniques et les stimulants en rapport avec l'état constitutionnel du malade, voilà les principaux de ces moyens. Lorsqu'il ne s'agit encore que de réparation *lente*, et que l'individu n'est pas trop éprouvé par la maladie qu'il vient de subir, on ne doit pas hésiter à donner coup sur coup un ou deux vomitifs ; j'ai bien des fois constaté l'efficacité de cette médication, que j'ai recommandée depuis bien des années. — Dans la période de résolution *différée*, j'ai réussi deux fois à obtenir l'achèvement de la réparation par l'aérothérapie au moyen de l'air comprimé. — Plus tard encore l'iodure de potassium à haute dose peut rendre de réels services.

Bref, on variera les moyens suivant les dates, suivant l'état du malade, et les conditions du reliquat local, mais il faut agir, agir toujours avec une insistance persévérante, que commande l'importance du but poursuivi.

Le premier des deux malades a succombé deux mois après cette leçon ; l'autopsie a montré dans les deux

poumons les lésions de la phtisie au troisième degré. — Les lésions tuberculeuses ayant complètement envahi la région dans laquelle avait évolué la pneumonie, il a été impossible d'en retrouver un vestige bien distinct.

SEPTIÈME LEÇON

SUR L'INFECTION PURULENTE SUITE DE PNEUMONIE

(20 MARS 1886)

L'infection purulente peut être une suite de pneumonie aiguë non traumatique. — Démonstration de ce fait nouveau par l'observation de deux malades.

Exposé d'un malade affecté de pneumonie droite. — Défervescence fébrile. — Résolution incomplète. — Reprise de la fièvre. — État général grave. — *Diagnostic d'une pyohémie secondaire.* — Mort au trente-cinquième jour.

Résultats de l'autopsie. — État du poumon. — État du cœur. — Suppurations articulaires. — Fusée purulente le long du brachial antérieur. — Abcès des reins.

Recherche des microbes. — Germes dans le sang pendant la vie. — Présence dans le poumon du microbe pneumonique et des microbes pyogènes. — Présence des microbes pyogènes dans le cœur, dans le pus des jointures et dans les reins. — *Inoculation* à une souris et à un cobaye.

Histoire d'un autre malade affecté de pneumonie. — Résolution incomplète. — Guérison apparente. — Mort subite au cinquantième jour. — Pus dans le poumon. — Abcès des reins. — Présence des microbes pyogènes. — *Inoculation* à un rat. — Conclusion (1).

Messieurs,

Au mois de novembre dernier, je vous ai signalé la tu-

(1) J'ai communiqué une note sur ces faits à l'Académie des sciences dans la séance du 24 mai 1886.