

TRAITÉ PRATIQUE  
DE MÉDECINE

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION

DE MM.

Samuel BERNHEIM ET Émile LAURENT

COLLABORATEURS :

MM. Archambaud (de Paris), Assimis (d'Athènes), Bacchi (de Paris), Paul Barlerin (de Paris),  
Baumel (de Montpellier), Bianchi (de Naples), Billant (de Paris), Bloch (de Paris),  
Boeteau (de Villejuif), Bonnet (de Paris), Bouvalot (de Paris), Bose (de Montpellier), Boncour (de Paris),  
Bouton (de Besançon), Bovet (de Pougues), Brousse (de Montpellier),  
Brunet (de Paris), Cazenave de la Roche (de Menton), Chapplain (de Marseille),  
Chatelain (de Paris), Chrétien (de Poitiers), de Christmas (de Paris), Cornet (de Paris),  
Coudray (de Paris), Coutagne (de Lyon), Cutenot (de Besançon), Cristiani (de Genève),  
Crocq (de Bruxelles), Cuilleret (de Lyon), Dechamp (d'Arcachon), Delyanis (d'Athènes),  
Dervillez (de Paris), Destarac (de Toulouse), Diamantberger (de Paris), Dubreuilh (de Bordeaux),  
Duhourcau (de Caunterets), Ferrau (de Barcelone), Fienga (de Naples),  
Fonchard (du Mans), Garnault (de Paris), L. Garnier (de Paris), Gibert (du Havre),  
Girod (de Clermont-Ferrand), Gottstein (de Breslau), Goureau (de Paris), Gnelpa (de Paris),  
Hagen (de Leipzig), Hajeck (de Vienne, Autriche), Jocqs (de Paris), Jouin (de Paris), Kohos (de Paris),  
Leriche (d'Eaux-Bonnes), E. Levy (de Strasbourg), Levrat (de Lyon), Liandier (de Paris),  
Lichtwitz (de Bordeaux), Lorain (de Nancy), Mascarel (de Châtellerauld),  
Masoin (de Louvain), Mejia (de Mexico), Minovici (de Bucharest), Moldenhauer (de Leipzig),  
Albert Moll (de Berlin), Mook (de Paris), Moreau (d'Alger), Morin (de Paris),  
Perrenot (de Hyères), Henri Picard (de Paris), Piolo (de Paris), Polguère (de Paris),  
Puech (de Bordeaux), Van Reuterghem (d'Amsterdam), Rémond (de Toulouse),  
Sauchez Herrero (de Madrid), Sanvez (de Paris), Semmola (de Naples), Sérieux (de Villejuif),  
Sormani (de Pavie), Stieffel (de Joinville), Suss (de Paris), Tison (de Paris), Tobeitz (de Graz),  
Trénel (de Paris), de Tymovskí (de Schintznach), Vautrin (de Nancy), Vermel (de Moscou),  
Voronoff (de Paris), de Yong (de La Haye), Ziem (de Dantzig), Zilgien (de Nancy).

TOME III

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1895

## CHAPITRE VI

### PNEUMONIE CHRONIQUE<sup>1</sup>

SYNONYMIE. — Pneumonie fibrineuse. — Pneumonie chronique (Vanlair).  
Pneumonie suppurée (Jaccoud).

Cette maladie, lorsqu'elle ne provoque pas de gangrène, a été confondue jusqu'à présent même, avec diverses autres, entre autres la tuberculose, sous la dénomination générale de *phtisie*.

**Définition.** — La pneumonie chronique, suivant les auteurs contemporains qui la décrivent, est une maladie presque toujours consécutive à des processus inflammatoires aigus du poumon, mais elle peut être primitive et occasionnée par des irritations de l'organe malade; elle est caractérisée en anatomie pathologique par la suppuration des vésicules pulmonaires, et cliniquement par la toux,

<sup>1</sup> A mon avis, sous le nom de pneumonie chronique, on devrait décrire les états organiques appelés « *inflammation chronique des poumons* », et les terminaisons des mêmes états, par suppuration diffuse ou en foyer, par gangrène en foyer ou diffuse, et par prolifération conjonctivo-interstitielle et induration scléreuse. Les auteurs contemporains ont fait une espèce morbide de l'*abcès pulmonaire*, une autre espèce de la *gangrène du poumon*, une autre de la *sclérose*, quelques autres auteurs une autre espèce de la *caséose des viscères*. D'autres enfin ont formé des espèces des irritations chroniques provoquées par des poussières dures, venues dans le poumon avec l'air inspiré, donnant à ces irritations le nom de *pneumokonioses*. Il ne reste pourtant pas à la pneumonie chronique un champ plus vaste que celui des affections chroniques avec suppuration infiltrée, quoique celles-ci provoquent celles-là et soient occasionnées à la fois par les pneumokonioses. Je ne suis pour rien dans le projet de ce livre; on me demande séparément, en plus de la pneumonie aiguë et de la broncho-pneumonie, l'étude de la *sclérose du poumon et celle des pneumokonioses*. Par conséquent, cette spécification dont je ne discute pas la valeur, arrive préjugée. Je dis seulement que je donne ce que l'on me demande; et juste dans l'ordre dans lequel on me le demande.

la dyspnée, l'expectoration muco-purulente, la fièvre hectique, l'amaigrissement et une évolution lente.

**Étiologie.** — Elle survient, dit Vanlair, comme suite de la pneumonie aiguë, surtout chez les emphysémateux, les tuberculeux et les scrofuleux, et j'ajoute qu'on l'observe quelquefois chez les cachectiques, les cardiaques et les vieillards, sans avoir été précédée de phénomènes révélateurs d'une pneumonie aiguë.

A la débilité constitutionnelle et locale provoquée par de semblables états, se joint l'action des bactéries pyogènes appartenant à un nombre d'espèces plus que suffisantes pour discréditer la spécificité pathogène de chacune.

**Description d'un type de pneumonie chronique. Symptômes et lésions dans leur genèse et évolution.** — Un pneumonique qui a éprouvé tous les symptômes de la pneumonie aiguë sous n'importe laquelle de ses formes, arrive au neuvième jour sans grandes modifications de l'état de son poumon et sans rémission notable des symptômes généraux. Alors la fièvre commence à baisser le matin, descendant à 38° et même à 37° pour monter de nouveau dans la soirée à 39° et même à 40°, quelquefois avec de petits frissons. Le point de côté a disparu, mais le malade tousse et expulse des crachats grisâtres ou jaunâtres, peu adhérents au crachoir, et qui contiennent une partie demi-solide qui se précipite dans un autre liquide. Quelquefois ils sont rouillés ou traversés par des filets sanguinolents. Le malade n'a aucune sensation de mieux, son sommeil est court, agité et accompagné de rêves; il est dyspnéique quoiqu'il ne le paraisse pas à première vue, et la dyspnée se fait surtout sentir par les mouvements. Il suffit d'un simple changement de position dans le lit pour qu'elle augmente. L'état saburral des voies digestives continue quoique la langue ait pu devenir humide et avoir perdu la coloration rouge de sa pointe et de ses bords. L'anorexie continue, et à la constipation ont succédé des évacuations diarrhéiques peu fréquentes. Le pouls, faible, suit les oscillations de la fièvre, et une sueur abondante apparaît dans les premières heures du jour. Les forces continuent à décroître de plus en plus, l'amaigrissement fait des progrès, la peau et les muqueuses pâlissent surtout aux heures de la rémission fébrile, et le malade présente l'aspect d'un tuberculeux à la dernière période.

L'examen de la poitrine montre deux états anatomiques qui ont servi, sans assez de fondement selon mon opinion, pour établir deux

formes cliniques du processus. Dans la première il y a un son mat, manque de murmure vésiculaire et de râles dans le foyer pneumonique, souffle tubaire et augmentation des vibrations thoraciques. Dans le second, submatité, râles sous-crépitaux et crépitaux de retour, et gros et petits ronchus. Quelquefois on entend un véritable râle caveux; en ce cas il est possible d'avoir de la pectoriloquie. Les vibrations thoraciques sont peu ou pas augmentées.

Cela provient, selon Jaccoud, de ce que les lésions pneumoniques ont subi une détente dans leur évolution, dans la période de coagulation de l'exsudat et de l'hépatisation rouge, lorsqu'on apprécie ces premiers symptômes locaux, et dans la liquéfaction de l'exsudat et l'hépatisation quand on observe les derniers. Mais les deux syndromes peuvent s'observer successivement chez le même malade pendant la marche retardée d'une même lésion, et il n'y a pas de raison pour les séparer, en faisant des variétés du processus morbide.

La genèse et l'évolution des troubles mentionnés, cliniques et anatomiques, trouvent toujours leur explication dans l'état de débilité du malade, auquel a fait faute l'énergie nécessaire pour obtenir la *restitutio ad integrum* de ses lésions pulmonaires, se laissant infecter en même temps par les microbes pyogènes toujours disposés à empoisonner par leurs toxines.

Malgré le danger imminent dans lequel se trouve le malade pendant des semaines et des semaines encore, dévoré par la fièvre, exténué par l'expectoration et les sueurs, et sans alimentation suffisante pour se remettre, en raison de sa répugnance pour les aliments, on a observé des cas de guérison radicale. Cette fin heureuse s'annonce au bout de quelques mois par la diminution de la fièvre, le retour de l'appétit et d'un sommeil tranquille et réparateur, la diminution de la toux, de l'expectoration et la dyspnée, avec laquelle coïncide la disparition graduelle des symptômes de percussion et d'auscultation, pour entrer ainsi par lysis en pleine convalescence. Mais malheureusement pareille évolution est exceptionnelle, et sans compter les patients que les lésions pulmonaires et la consommation fébrile peuvent tuer et tuent fréquemment, les malades meurent aussi par anorexie, par infection purulente ou par adynamie; ils sont exposés à toutes les complications locales des suppurations internes prolongées, à l'asthénie cardio-vasculaire et à l'asystolie, à la tuberculisation rapide et rapidement mortelle.

Les sous-types pathologiques déviés du type décrit peuvent seulement se baser sur les complications d'une autre localisation, et dans ce qu'il n'existe pas d'antécédent de pneumonie aiguë. Pour les

premiers, il faudrait étudier tous les organes et les fonctions dont la perturbation est possible. Je crois qu'il suffit d'indiquer cette possibilité. Pour les seconds, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas d'antécédents de pneumonie aiguë, ils ne diffèrent pas cliniquement du type pathologique.

**Diagnostic.** — La pneumonie chronique ne peut plus se confondre avec aucune autre maladie sinon avec la tuberculose; dans la pratique, ces deux maladies se fusionnent et se combinent de telle manière que leur distinction existe seulement dans l'organe. Cependant, il y a quelques cas rares dans lesquels la distinction clinique est presque possible, et malgré son incertitude, elle est aussi importante pour le pauvre malade que le rayon d'espérance l'est pour le condamné à mort. Cette presque possibilité, on ne peut la garantir que par l'examen microscopique des crachats, répété de temps en temps; cet examen seul peut démontrer avec l'absence constante du bacille de Koch, si nous pouvons laisser entrevoir un rayon d'espérance.

Les terminaisons heureuses qu'on cite appartiennent, dans l'immense majorité des cas, à des pneumonies aiguës terminées par lysis un peu prolongée; mais dans celles-ci le malade s'est senti soulagé en son temps, et les phénomènes morbides généraux et locaux vont diminuant graduellement jusqu'à disparaître; chose bien distincte du *statu quo* et de l'aggravation progressive de la véritable pneumonie chronique, qui dure toujours plusieurs mois, à compter de la terminaison de l'état aigu ou depuis l'apparition des symptômes qui la caractérisent.

**Traitement.** — L'indication fondamentale dans la pneumonie chronique est d'améliorer l'état général du malade, parce que c'est la meilleure, la plus directe et la plus facile manière d'influer favorablement sur l'état de son poumon. Augmenter l'assimilation, diminuer les désassimilations et combattre la fièvre, doivent être le premier but du clinicien. Après et en second lieu, viennent les actions thérapeutiques locales, *toujours inefficaces, sans les générales*, mais qui avec celles-là coopèrent à la réalisation du but proposé.

Pour augmenter l'assimilation, il est nécessaire d'augmenter les aliments; mais cette augmentation est peut-être le problème pratique le plus difficile à cause de la répugnance du malade et de l'incapacité fonctionnelle de son appareil digestif. En outre, pour obtenir en définitive l'augmentation de l'assimilation, il y a à lutter

avec la faiblesse du système hématopoiétique, avec l'insuffisance de l'hématose, et avec le vice de nutrition des éléments anatomiques. Comme on le voit, s'il est facile de savoir ce qui manque, il est difficile et bien des fois impossible de l'acquérir.

De toute manière, ce qu'on n'obtient pas par la diète lactée, la purée de lentilles, et surtout le kéfir comme boisson usuelle en quantité aussi grande que possible, mais pas trop pour qu'elle ne se puisse ingérer, rien ne l'obtiendra. Trois litres de lait bicarbonaté à 2 p. 1,000 dans les cas de digestion difficile, trois assiettes de purée de lentilles et trois tasses de peptone de viande de mouton, constituent l'aliment souverain de beaucoup de cachectiques. Et si à cela l'on joint une bonne batterie de bouteilles de kéfir de trois jours, dans lequel il s'est déjà formé une bonne quantité d'alcool, le clinicien peut être sûr d'avoir accompli tout ce qu'il est humainement possible de faire dans ce sens. Il est clair qu'à mesure que le malade recouvre l'appétit, on peut donner de la viande, ou faire un régime mixte avec précaution et prudence.

La désassimilation diminue avec l'administration de 50 centigrammes à 2 grammes, par jour, d'iodure de potassium, donnés en dissolution, en trois doses, pendant la journée. Rarement il y aura véritable indication d'augmenter la quantité de ce médicament. 50 ou 75 centigrammes de sulfate de quinine, pris en une seule fois le matin, réduiront la fièvre à des limites moins préjudiciables.

Pour combattre l'anhématose, le meilleur serait de faire respirer au malade l'air des vallées, mais à défaut de cela deux séances par jour d'inhalation d'oxygène, de 30 à 40 litres chacune, peuvent être prescrites, quoiqu'elles ne donneront qu'imparfaitement les mêmes résultats. L'eau oxygénée, surtout quand le malade ne boit pas de kéfir, doit être la boisson habituelle; les lotions à l'éponge avec du vinaigre, dans les moments de grande fièvre, en même temps qu'elles abaissent la température, augmentent la respiration cutanée.

Quelquefois les ferrugineux sont indiqués par la décoloration de la peau et des muqueuses. En ce cas je donne la préférence au sirop de protoiodure de fer, à la dose de deux cuillerées à bouche après chaque repas. Quand on suspecte l'existence d'une diathèse herpétique, au lieu du fer, l'arsenic tonifiera davantage et mieux.

Cela fait, on pensera aux vésicatoires appliqués sur les parois thoraciques, mais petits, maintenus en suppuration par des papiers épispastiques et répétés avec insistance.

Peut-être une cuillerée de sirop d'opium pour calmer la toux, de sirop d'ipécacuanha ou de polygala pour faciliter l'expectoration, ou

de sirop de baume de tolu pour modifier un peu la superficie bronchique, rencontreront-ils des indications transitoires. J'ai peu de confiance en de pareils moyens. Il me semble préférable, pour obtenir le même résultat, de joindre aux inhalations d'oxygène les vapeurs d'iodoforme, d'essence de menthe ou de thymol, ou en tout cas d'administrer le gaïacol et l'iodoforme par la voie hypodermique, car je ne crois pas beaucoup à l'antisepsie pulmonaire directe.

Abdon Sanchez HERRERO, *de Madrid,*

Professeur de clinique médicale à la Faculté.

---