

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 Caeterets), 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 Renterghem (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),
Voronoïff (de Paris), de Yong (de La Haye), Ziem (de Dantzic), Zilgien (de Nancy).

TOME III

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1895

CHAPITRE IX

PNEUMOKONIOSES

SYNONYMIE. — Infiltration purulente des poumons. — Pneumonies professionnelles. — Anthracoses. — Sidéroses. — Chalicoses. — Mal de Saint-Roch. — Phtisie des tailleurs de pierre. — Sidéro-chalicose. — Infiltration gypseuse. — Tabacosis. — Byssinosis, etc., etc.

Ramazzini, en 1777, découvrit les maladies broncho-pulmonaires des tailleurs de pierre et des statuaires. Pearson, en 1813, déterminait la nature charbonneuse des taches noires du poumon. Traube, en 1860, les nomma *anthracose*. Zenker, en 1867, découvrit les lésions de l'infiltration pulmonaire de la poussière d'oxyde de fer et les nomma *sidérose*. Postérieurement d'autres auteurs ont observé des maladies analogues provoquées par l'inhalation d'autres poussières minérales, végétales et animales, résumées par Proust dans son *Traité d'hygiène*. Charcot, Regimbeau, Balzer et Carrieu ont publié des travaux très estimables sur les pneumokonioses.

Chaque pneumokoniose n'est pas une maladie en raison de la différente nature physico-chimique de sa cause agissant dans toutes comme agent physique. En les considérant comme des maladies distinctes, on démontre l'absurdité à laquelle conduit la spécification pathologique fondée *exclusivement* sur la nature des causes morbides.

Si une bronchite, une broncho-pneumonie ou une sclérose du poumon occasionnées par la poussière de silice sont des espèces morbides ou des maladies différentes de la bronchite, la bronchopneumonie et la sclérose occasionnées par la poussière de charbon, si on considère comme des maladies différentes, celles occasionnées par un coup de couteau en acier et celles occasionnées par un coup de couteau en argent, et encore celles produites par une balle de plomb de celles produites par une balle de fer, nous allons directement et sûrement au ridicule.

Les causes conservent un peu de spécificité, quand elles agissent comme agents chimiques ou comme agents physiques; mais cela n'est pas le cas pour les poussières provocatrices des prétendues pneumokonioses dont l'action est purement physico-traumatique.

Si chaque pneumokoniose n'est pas une maladie, sera-ce une maladie que l'ensemble de toutes les pneumokonioses? Non. Ni les lésions pneumokoniosiques, ni le syndrome par lequel elles se manifestent, ni l'évolution du processus anatomique, ni celles du processus clinique, ni leurs terminaisons, ni, si vous voulez, leur thérapeutique proprement dite, ne peuvent servir de fondement à la création de semblables maladies.

Au point de vue étiologique, on n'étudie rien moins que les dix-huit pneumokonioses comprises dans le tableau suivant :

PNEUMOKONIOSES PAR INFILTRATIONS DE POUSSIÈRES DE :	Oxyde de fer.	<i>Sidérose.</i>
	Silice.	<i>Chalicose.</i>
	Oxyde de fer et silice.	<i>Sidéro-Chalicose.</i>
	Silice et alumine.	
	Cinabre.	
	Sulfate de chaux.	<i>Infiltration gypseuse.</i>
	Charbon.	<i>Anthracose.</i>
	Tabac.	<i>Tabacosis.</i>
	Coton.	<i>Byssinosis.</i>
	Lin.	
	Bois.	
	Blé.	
	Farine.	
	Laine.	
	Soie.	
	Cheveux et poils.	
	Plumes.	
	Nacre de perle.	

Elles sont contractées principalement par les ouvriers employés dans les ateliers mal ventilés où ces poussières existent dans l'atmosphère, dégagées par les substances qui sont employées dans ces ateliers.

Mais les lésions anatomiques de toutes et de chacune de ces pneumokonioses peuvent être et sont en chaque cas celles d'une bronchite chronique des grosses bronches, celles d'une bronchite capillaire, celles d'un emphysème consécutif, celles d'une broncho-pneumonie, celles de la sclérose du poumon, celles des ulcérations, parfois celles de la gangrène pulmonaire, quand elles ne se compliquent pas de tuberculose ou de cancer. Comment faire une seule maladie de tant de lésions?

Il ne suffit pas pour les unifier de la couleur noire, ou en taches, ou en nappe de diverses portions du poumon, de la plèvre ou des ganglions lymphatiques dans l'anthraxose ; ni la couleur rouge ou rougeâtre avec la même distribution dans la sidérose ; ni la couleur blanchâtre, grisâtre ou jaunâtre des organes dans la chalicose ; parce que, outre que ces couleurs s'observent bien des fois mêlées par le procédé des infiltrations mixtes, on les observe aussi dans les bronchites, les broncho-pneumonies, emphysèmes, scléroses, ulcérations et gangrènes d'autre origine. Les infiltrations pulvérulentes sont compatibles *iusqu'à un certain point* avec l'exercice presque normal de la fonction respiratoire et quand, par le concours d'une autre cause quelconque d'irritation pulmonaire, les lésions pulmonaires apparaissent, elles peuvent être prises pour des lésions pneumokoniosiques sans l'être.

De toute manière, la broncho-pneumonie, la bronchite et l'emphysème diffèrent suffisamment pour que personne ne soit autorisé à les confondre sous une dénomination commune.

Qu'aux symptômes des diverses maladies de poitrine l'on ajoute l'expectoration négro-carbonneuse, cela ajoutera un adjectif de plus aux noms déjà donnés à ces maladies et nous les appellerons anthracosiques ; si l'on découvre dans les crachats l'oxyde de fer ou la silice, nous serons en présence d'une maladie sidérosique ou chalicosique ; nous dirons de même des autres provoquées par les autres infiltrations pulvérulentes.

Nous ne parlerons pas de la détermination de la forme du mal, ni de sa marche, parce que celles-ci sont fonctions du sujet.

Nous ne parlerons pas non plus de la différence thérapeutique, parce que la prophylaxie et l'indication causale qui consistent à annuler l'action des agents morbides avant de se réaliser ou après s'être réalisée en partie sont générales et applicables à toutes les maladies. Le traitement de lésions provoquées dans le poumon par les poussières minérales, végétales ou animales, ne diffère en rien du traitement des mêmes maladies provoquées par d'autres agents, les microbiens inclus.

En résumé, chaque pneumokoniose n'est pas une maladie parce qu'elle en a occasionné d'autres selon l'endroit de l'appareil respiratoire où la poussière s'infiltré, la quantité infiltrée, la résistance du sujet et les causes concomitantes possibles. Toutes les pneumokonioses ensemble ne sont pas une seule maladie parce que toutes et chacune occasionnent, selon les cas, une trachéite, une bronchite aiguë ou chronique des grosses bronches, une bronchite capillaire,

un asthme symptomatique, un emphysème consécutif, une broncho-pneumonie, une sclérose du poumon, une ulcération ou une gangrène pulmonaires, qui ne peuvent se confondre au point de vue anatomique, pathologique ou clinique.

Les pneumokonioses ne sont pas des maladies, ni une seule maladie. Les poussières dures infiltrées dans le poumon sont une cause de diverses maladies.

Après avoir réduit les pneumokonioses à leur véritable signification de causes morbides, je nie qu'il puisse y avoir des pneumokonioses physiologiques. Quelles que soient la fréquence ou la constance des taches noires charbonneuses du poumon humain, que suffisent à produire l'inhalation de la fumée de nos foyers ou des lumières par combustion, quelles que soient la fréquence ou la constance des autres infiltrations, que produisent facilement les poussières suspendues dans toute l'atmosphère, le poumon n'a pas été créé pour être un dépôt de poussières, et à l'infiltration pulvérulente du poumon succède, comme l'effet suit la cause agissante, un cycle irritatif dont le terme est l'inflammation, la parésie, la destruction définitive. Si nous ne savons pas découvrir cette lésion chez le vivant, ce n'est pas la faute du poumon.

C'est peut-être parce que les infiltrations pulvérulentes du poumon sont si fréquentes que les maladies pulmonaires sont également si fréquentes.

Abdon Sanchez HERRERO, *de Madrid,*

Professeur de clinique médicale à la Faculté.
