

# Médecine

Autor(en): **Sahli / Spengler, Lucius**

Objekttyp: **AssociationNews**

Zeitschrift: **Verhandlungen der Schweizerischen Naturforschenden Gesellschaft = Actes de la Société Helvétique des Sciences Naturelles = Atti della Società Elvetica di Scienze Naturali**

Band (Jahr): **73 (1890)**

PDF erstellt am: **10.07.2024**

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

**Médecine.**

*Président* : Prof. Dr SAHLI, de Berne.

*Secrétaire* : Dr LUCIUS SPENGLER, de Davos-Platz.

Dr Carl Spengler. Traitement chirurgical et climatérique de la phtisie pulmonaire. — Dr Alfred Sokolowski. Remarques sur la connexion qui existe entre la diathèse arthritique et la tuberculose pulmonaire. — Dr Volland. De la tuberculose par inhalation.

M. le Dr Carl SPENGLER présente un travail sur le *traitement chirurgical et climatérique de la phtisie pulmonaire et de quelques-unes de ses complications*.

L'auteur remarque qu'un certain nombre de médecins et de cliniciens allemands ont renoncé au traitement climatérique de la phtisie, en sorte que les médecins sont séparés actuellement en deux camps. Les uns préconisent le traitement hospitalier fondé sur des principes hygiéniques et diététiques mais sans avoir égard à l'influence du climat, tandis que les autres traitent leurs malades par la méthode climatologique, hygiénique et diététique mais sans un traitement purement hospitalier; cependant les malades sont classés plus systématiquement et sont traités dans des hôpitaux spéciaux, avec des infirmiers appropriés, dans des *sanatoriums* normaux et dans des lieux de cure publics qu'ils fréquentent comme malades ambulants. Brehmer est le représentant de la première tendance, le Dr Alex. Spengler personnifie la seconde.

Depuis que Koch a découvert le bacille de la tuberculose, on a cherché à se rendre entièrement maître de

cette affection. L'insuccès de cette tendance thérapeutique a été prouvé lorsqu'on s'est rendu compte de l'inefficacité des différents moyens employés localement. L'on a reconnu aussi, à la suite des recherches de Koch, que l'on ne pouvait regarder une vaccination préventive comme étant un remède spécifique. Il en est de même pour le climat des hautes montagnes et des contrées polaires dans certaines formes de phtisie.

Le Dr C. Spengler cite le cas d'un patient atteint de tuberculose pulmonaire bi-latérale, très étendue, avec fièvre, vomissements, transpiration, pouls excessivement fréquent, dyspnée, riche expectoration et qui, quarante jours après son arrivée à Davos, avait augmenté de vingt-deux livres avec amélioration générale de tous les symptômes. De tels succès ne sont point rares; on les constate chez tous les nouveaux arrivés si la tuberculose n'est pas trop avancée et si l'organisation n'est pas affaiblie au point d'avoir perdu son pouvoir d'adaptation au climat.

On traite depuis vingt ans à Davos uniquement par l'hygiène, la diète et le climat et l'on ne se sert de médicaments que dans certains cas compliqués. Que le climat joue un rôle important pour améliorer tout d'abord et même, par la suite, pour amener de rapides guérisons, c'est ce qui ne fait aucun doute. La nouvelle direction thérapeutique, qui tient le climat pour indifférent, s'explique seulement par le fait que ses représentants, comprenant l'idée de climat autrement qu'elle n'est en usage, méconnaissent ses effets physiologiques. La preuve en est dans la statistique de Falkenstein, qui montre que la phtisie pulmonaire est curable, mais dans une proportion effroyablement faible (7 %).

Spengler est convaincu que la chirurgie aussi ne doit

attendre aucun heureux succès avec les phtisiques si elle ne s'aide pas des ressources fournies par l'hygiène, la diète, etc. C'est ce qui se présente dans le traitement de l'empyème, du pneumo et du pyo-pneumothorax, ainsi que des cavernes. La ponction et l'aspiration, sans les conditions climatologiques nécessaires, ne conduisent pas à de bons résultats. Spengler partage l'opinion que les empyèmes et pyo-pneumothorax des phtisiques peuvent être radicalement opérés dans toutes les circonstances, aussi bien que les pneumothorax, si, ce qui est presque toujours le cas, des symptômes menaçants de compression se présentent.

Il établit les indications suivantes :

1° Création d'un pneumothorax ouvert avec la pression atmosphérique. 2° Diminution de l'espace pleural dans un sens qui corresponde au pourtour de la destruction du tissu pulmonaire.

Ces indications sont remplies par la thoracocentèse avec résection de côtes, qui conduisent à la guérison du pneumothorax et consécutivement à celle du phtisique lui-même. La diminution de l'espace pleural est une condition *sine qua non* de la guérison. Elle donne lieu à un ratatinement du poumon qui ne peut se produire sans une déformation du thorax. Chez les enfants, dont le thorax s'y prête, des cavernes considérables peuvent se fermer spontanément; chez les adultes ce fait ne se présente jamais, parce que chez eux la paroi thoracique est plus rigide. Les cavernes prennent alors le caractère de cavités à parois rigides, qu'il faut rendre mobiles par une résection de côtes en rapport avec l'étendue de la lésion. Mais pour une guérison complète, le climat a une importance capitale.

En plaine, les malades ne peuvent se tenir suffisamment au grand air, surtout en hiver; tandis que dans les hautes montagnes, les malades, même gravement atteints, peuvent, en hiver comme en été, se promener presque chaque jour, pendant plusieurs heures au soleil, ce qui augmente leur appétit. Le scepticisme moderne au sujet de la thérapeutique climatérique a pour résultat de priver de malheureux phtisiques de ces avantages. Le climat barométrique des grandes hauteurs (5000 pieds, par exemple), a une action frappante sur les hémorragies des poumons et des conjonctives ainsi que sur les fortes dispnées, qui sont beaucoup plus rares qu'en bas. En effet, l'air y est moins comprimé; il est plus froid, plus sec et plus pur, moins riche relativement en oxygène. La force et la direction du vent, la réunion des différentes espèces de rayons solaires, les qualités de l'air expliquent l'accroissement de l'appétit, la diminution de la transpiration, de la fréquence respiratoire et du travail du cœur. Cette amélioration se constate de même dans la maladie de Basedow.

L'air froid et sec tend à dessécher les cavernes, ce qui est défavorable au développement des bacilles de la tuberculose, et à diminuer la température des tissus.

Si les natures anémiques et éréthiques, auxquelles les séjours de hautes montagnes sont contre-indiqués, s'améliorent dans des climats chauds et secs, c'est parce que la tuberculose est très souvent dissimulée par la chlorose et l'éréthisme (pseudochlorose, pseudoéréthisme du cœur de Sokolowski).

Il faut examiner dans chaque cas si la haute montagne est indiquée ou non. Spengler explique les insuccès par le fait que ces malades ne peuvent s'accoutumer aussi vite que les autres à de si grandes différences de climat.

Le climat de la haute montagne est encore indiqué dans l'asthme bronchique. Il fait cesser les accès immédiatement et d'une manière durable, ce qui tient peut-être à ce que l'expiration dans un milieu moins dense est plus facile et à ce que l'air sec et froid prévient l'hypémie des bronches.

M. le Dr Alfred SOKOLOWSKI, médecin ordinaire de l'hôpital du Saint-Esprit, à Warschau, communique *quelques remarques sur la connexion qui existe entre la diathèse arthritique et la tuberculose pulmonaire.*

Bien qu'il ne subsiste aujourd'hui aucun doute que la seule cause des différentes formes de la tuberculose pulmonaire soit le parasite spécifique de Koch, cependant la cause définitive est inconnue, puisque le même facteur spécifique de la maladie provoque, dans un cas, une maladie aiguë se terminant d'une manière fatale en quelques semaines, tandis qu'une autre fois elle revêt une forme chronique traînant pendant des années. Brehmer, Benecke, etc., ne sont pas parvenus à expliquer ces différences, mais Sokolowski croit qu'il faudrait pousser cette étude plus loin pour arriver à savoir s'il ne se présente pas des troubles dans tout l'échange nutritif des différents tuberculeux. C'est ce que Zuelzer et Stokvis ont déjà tenté pour le dernier stade de la tuberculose.

Il est prouvé cliniquement que certaines perturbations de l'organisme agissent sur le cours de la phtisie en le hâtant, comme le diabète, ou en le retardant, comme l'arthritisme et particulièrement la diathèse urique.

Sokolowski a observé : 1° Que, chez un grand nombre de phtisiques, les principaux symptômes ne sont pas produits par les troubles de l'appareil respiratoire, mais par

ceux d'autres organes ou par une perturbation de l'état général, c'est-à-dire par une faiblesse progressive de longue durée, par du catarrhe gastro-intestinal, par des douleurs articulaires prolongées, etc. Chez les malades qui ont ainsi décliné, la tuberculose pulmonaire prend peu à peu pied à l'état latent et n'est reconnue que plus tard. Sokolowski attribue cette forme de développement de la tuberculose à l'*arthritisme* parce que, chez un grand nombre de malades, les symptômes arthritiques (douleurs articulaires, coliques néphrétiques, riches dépôts d'acide urique, etc.), avaient précédé les symptômes pulmonaires.

2° Un certain nombre de cas évoluent continuellement sans fièvre et ne présentent jamais de phénomènes hectiques.

3° On observe souvent des crachats sanguinolents et de riches pneumorrhagies.

4° Dans des cas anciens on ne remarque, du côté des poumons, que très peu de symptômes physiques qui, pour la plupart, sont monolatéraux et indiquent une ancienne induration; jamais on n'a pu prouver clairement une destruction progressive.

5° Les troubles respiratoires sont très peu prononcés : toux généralement sèche, de temps en temps une expectoration renfermant plus ou moins de bacilles, dyspnée faible, sauf dans les cas très avancés.

6° Cette forme de la phtisie a une grande analogie avec la forme fibreuse, mais il semble que l'augmentation du tissu conjonctif n'apparaît que secondairement, après une évolution favorable des foyers tuberculeux des sommets.

Le diagnostic de cette forme n'offre aucune difficulté. Il est cependant important d'examiner les poumons chez tout arthritique.

Le pronostic de la tuberculose chez un arthritique est sensiblement meilleur que ne permet de l'espérer l'état général des malades.

Quant au traitement, s'il s'agit de douleurs arthritiques violentes, on recommandera des cures de montagne, de préférence dans le voisinage de bains salins ou sulfureux (Warmbrunn, Treuschin, Alveneu, etc.). Dans les cas de forte déperdition d'acide urique avec coliques rénales, on indiquera des cures de montagne avec l'emploi simultané et raisonné de sources alcalines muriatiques ou alcalines salines (Tarasp, Marienbad, Salzbrunn, etc.). S'il s'agit d'une faiblesse générale croissante, avec atonie de l'estomac et de l'intestin et perte de l'appétit, on conseillera un séjour dans un endroit plus élevé, accompagné d'un traitement hydrothérapique prudent (Davos, Saint-Moritz, Ausee, etc.).

Parfois les symptômes arthritiques apparaissent dans le cours de la phtisie. Sokolowski pense qu'il s'agit là d'une diathèse urique artificielle. La tuberculose des sommets reste alors à l'état stationnaire, mais il se présente un développement général du tissu graisseux, une pléthore abdominale. L'auteur l'attribue :

- 1° à un exercice limité,
- 2° à une nourriture mal appropriée (hydrocarbures, graisses, etc.),
- 3° à des troubles de digestion (constipation, etc.).

Quant à ce qui concerne les différentes sortes de diètes, Sokolowsky admet, en se basant sur des analyses précises, que le lait augmente la réaction acide de l'urine et la déperdition d'acide urique.

M. le Dr VOLLAND, de Davos-Dörfli, entretient ses collègues de la *Tuberculose par inhalation*.

Une crainte générale de nos jours est celle de s'infecter de tuberculose en inspirant des bacilles en suspension dans l'air. L'auteur, en s'appuyant sur les expériences de Cornet, désire prouver que la tuberculose procurée par la respiration des bacilles est très rare.

Cornet a toujours trouvé le bacille dans le voisinage immédiat de phtisiques alités et malproprement tenus, c'est-à-dire entourés de leurs crachats. Ces bacilles étaient tantôt libres dans l'air, tantôt dans la poussière recouvrant les objets, mais seulement à une distance modérée des lits, particulièrement derrière la tête de ceux-ci à une distance de 3 mètres. Ensuite dans une chambre séparée dans laquelle Cornet expérimentait avec des bacilles de la tuberculose réduits en fine poussière, il en retrouva un très grand nombre sur sa table de travail, mais point sur une paroi beaucoup plus grande, éloignée de plusieurs mètres. Volland explique ce fait en admettant que ces bacilles provenaient de ce qu'on avait secoué la literie souillée de crachats et qu'ils avaient voltigé suspendus à de petites fibrilles d'étoffe et s'étaient déposés dans le voisinage immédiat des lits ou sur la table, mais que, dans le fait, ils sont trop lourds pour pouvoir voltiger longtemps dans l'air avec d'autres essaims de bactéries plus facilement mobiles. Cornet dit en effet que le crachat est très hygroscopique et que sa réduction en fine poussière est rendue très difficile, même dans un mortier, à cause de la mucine qui lui donne une cohérence extraordinaire. S'il est si difficile de réduire artificiellement un crachat en poudre, ce sera encore bien plus le cas dans les circonstances ordinaires, par exemple en l'écrasant avec le pied. Il est donc faux de croire qu'on puisse désagréger si facilement un crachat dessé-

ché sur une couverture ou sur un mouchoir et en faire sortir aussitôt un nuage de germes infectieux.

Rembold et Schlisshake, dans une chambre habitée par des phtisiques et tandis qu'on y répandait des nuages de poussière en balayant le sol, en battant les matelas et les couvertures, en secouant la literie, ont aspiré de l'air à travers six filtres de ouate. S'étant servi de ces bouchons de ouate pour faire des inoculations, ils n'obtinrent qu'un résultat positif et un autre seulement probable, tandis que les quatre autres ne contenaient aucun bacille. Le danger n'existe donc que pour les personnes chargées de faire les lits des malades, et encore bien faiblement, puisque la grossière poussière d'un crachat ne peut voltiger comme des poussières plus fines (charbon, fumée, sable, etc.).

Si même de la poussière de crachats, au lieu de retomber sur le sol est entraînée par le courant respiratoire, elle trouve dans le nez ou dans la bouche un espace beaucoup plus humide que la chambre; elle s'y reformera très rapidement en boule et ne pénétrera pas plus loin. C'est ce que confirment entièrement les données qui nous viennent de Gabersdorff, de Falkenstein, de Reinerz de Soden et des hôpitaux civils de Friedrichsheim et de Moabit sur le caractère de la tuberculose infectieuse parmi le personnel. De même l'expérience montre qu'il n'y a pas de contagion chez les femmes de chambre employées à Davos.

Il en est autrement de la tuberculose produite *artificiellement* par inhalation. Là, les conduits aériens supérieurs sont pour ainsi dire aussitôt desséchés par les masses de poussière inspirée avant que la poussière puisse pénétrer dans les conduits inférieurs. Schwe-

ninger et Cornet rapportent le seul cas observé chez l'homme : celui du domestique de Tappeiner qui demeura imprudemment pendant longtemps dans les cloches d'inhalation où l'on infectait les chiens.

Les expériences de Cornet destinées à prouver la contagion de la tuberculose par inhalation démontrent au contraire indubitablement l'impossibilité de celle-ci chez l'homme dans les circonstances habituelles, mais il nous a rendu un service inappréciable en montrant qu'un tel danger n'existe pas ou que tout au moins il peut être diminué en prenant soin d'éloigner les crachats.

Volland partage l'opinion de Cornet que les crachats sont dangereux sinon pour les adultes du moins pour les enfants. Le poison peut s'introduire dans leur corps à travers de petites crevasses de l'épiderme ou des muqueuses du nez, de la bouche, des yeux ou des oreilles, provenant d'eczéma ou d'éruptions cutanées. Cornet rend aussi attentif au danger d'infection par l'estomac et l'intestin, car les enfants après avoir touché toutes sortes d'objets, portent volontiers leurs doigts à la bouche.

Volland aimerait que les expérimentateurs imitassent davantage le prudent silence de Koch, qui n'a pas encore indiqué le moyen qu'il emploie depuis sept ans pour essayer de préserver les lapins de l'infection, de crainte qu'il ne soit aussitôt employé sur l'homme par les praticiens. En vulgarisant ce qu'on croit être de nouveaux moyens de guérison, on apporte seulement au malade une amère tromperie, on lui enlève l'espérance et on en fait un danger pour ses semblables. Il a même été question pour les phtisiques d'un internement forcé. Mais comme d'après les protocoles d'autopsie un septième de l'humanité meurt de tuberculose et que même

suivant Cornet le tiers de tous les hommes a traversé une attaque de phtisie, on arriverait au résultat chimérique de mettre sous les verrous un tiers des humains !

Comment le poison arrive-t-il dans le corps si ce n'est par la respiration ? En voyant l'immense développement que le scrofuleux a pris chez les enfants, Volland pense que dans l'immense majorité des cas la prétendue phtisie acquise n'est que la conséquence d'une infection scrofuleuse pendant l'enfance. Si l'on tient compte de ce que le germe tuberculeux peut aussi être un héritage congénital, on comprendra que le septième et même le tiers de l'humanité puisse traverser un accès de phtisie. Il n'est pas encore prouvé avec certitude que toute scrofuleuse soit en rapport avec la tuberculose, mais on est en droit d'admettre que toutes les fois que chez un scrofuleux les glandes ne redeviennent jamais complètement insensibles, c'est que le bacille persiste chez elles à l'état de repos jusqu'à ce qu'il trouve l'occasion de commencer son œuvre de destruction dans un corps affaibli.

Il s'ensuit qu'il serait préférable de rendre le public attentif aux dangers de la scrofuleuse et aux moyens par lesquels on peut en guérir les enfants, plutôt que de l'inquiéter par les dangers imaginaires de l'inhalation du poison de la tuberculose.

---