

CHAPITRE III.

PLEURO-PNEUMONIES COMPLIQUÉES AVEC D'AUTRES AFFECTIONS.

On ne connaîtrait que bien imparfaitement la pneumonie, si on ne l'avait observée que chez des individus où cette maladie n'est compliquée d'aucune autre. Dans ce dernier cas, en effet, il arrive souvent que l'inflammation du parenchyme pulmonaire n'a plus, en quelque sorte, la même physiologie. Survient-elle pendant le cours d'autres affections, l'époque de son invasion échappe quelquefois à l'investigation la plus attentive; elle a déjà désorganisé le poumon, avant que la gêne de la respiration ou la nature des crachats aient signalé son existence. Dans certains cas, quelques-uns de ses symptômes les plus caractéristiques perdent leur valeur; nous verrons, par exemple, dans plusieurs des observations suivantes, les signes tirés de l'état plus ou moins libre de la respiration, de la percussion, de l'auscultation, devenir tout-à-fait insignifiants, en raison de certaines complications. D'autres maladies, au contraire, s'établissent-elles pendant le cours d'une pneumonie? Les symptômes de celle-ci sont souvent obscurcis, ou singulièrement modifiés. Mais ces diverses complications ne doivent pas seulement être étudiées sous le rapport du diagnostic, elles sont encore importantes à connaître, soit comme aggravant plus ou moins le pronostic, soit comme augmentant singulièrement les difficultés du traitement. Nous avons parlé, dans une autre partie de cet ouvrage, des pneumonies latentes qui se manifestent si souvent pendant le cours des fièvres gra-

ves, et qui en sont une des plus funestes complications; bien souvent aucune douleur, aucune dyspnée, aucune expectoration ne les accompagnent; à peine une toux légère se fait-elle entendre. Ici nous citerons particulièrement des cas de pneumonies compliquées, soit avec d'autres maladies du poumon, telles que bronchite chronique, tubercule, œdème, soit avec des affections du cœur, soit avec d'autres inflammations, telles que des pleurésies avec épanchement, des péricardites, des rhumatismes, des entérites, des péritonites, des varioles. Enfin nous ferons mention de quelques cas dans lesquels, sous l'influence de certains états de l'économie, de l'état scorbutique, par exemple, on observe une sorte d'engouement passif du poumon, qui peut être pris pour une pneumonie.

XLVII. OBSERVATION.

Bronchite chronique compliquée de pneumonie.

Un fort de la halle, âgé de soixante ans, entra à l'hôpital dans le cours du mois de février 1824. Il était atteint depuis plusieurs années d'une bronchite, qu'annonçait une toux revenant par quintes, avec expectoration d'un mucus puriforme très-abondant. La respiration était habituellement un peu courte; d'ailleurs cette phlegmasie chronique n'avait nullement altéré l'ensemble des fonctions nutritives. Peu de jours seulement avant d'entrer à la Charité, la toux devint beaucoup plus fréquente et plus intense, la gêne de la respiration augmenta, la fièvre s'alluma. Lorsque nous vîmes ce malade pour la première fois, nous crûmes qu'il n'y avait chez lui que simple exaspération de la phlegmasie des bronches. En effet, l'expectoration n'annonçait pas autre chose: elle était formée par une mucosité claire, glaireuse, que sillon-

naient des stries opaques. L'auscultation faisait entendre, dans tous les points de la poitrine, un râle muqueux très-fort. La sonorité des parois thoraciques était partout égale; le pouls était très-fréquent, la peau chaude. (*Vingt sangsues de chaque côté de la poitrine.*)

Le lendemain, la respiration semblait être plus libre; le pouls était moins fréquent. Mais les jours suivants, la dyspnée reparut, et devint de plus en plus grande. La poitrine percutee cessa de résonner au-dessous de la clavicule droite et au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche. D'ailleurs, persistance de l'expectoration catarrhale, râle muqueux de plus en plus fort, orthopnée, état d'asphyxie et mort. Des vésicatoires avaient été appliqués sur la poitrine et aux extrémités inférieures. Le kermès et la décoction de polygala avaient été donnés à l'intérieur.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Mélange d'hépatisation rouge et grise dans le lobe supérieur du poumon droit; hépatisation rouge d'une petite portion du lobe inférieur du poumon gauche; rougeur générale des bronches, qui sont remplies de mucus. Rien de remarquable dans les autres organes.

Cette observation offre un exemple de ce qu'on aurait appelé autrefois *un catarrhe suffocant*. La cause de tous les symptômes graves et de la mort résidait dans l'inflammation du parenchyme pulmonaire; mais les symptômes caractéristiques de cette phlegmasie étaient ici si peu tranchés, que, sans la percussion, on n'aurait pu reconnaître autre chose, pendant la vie, qu'une simple bronchite. L'expectoration resta catar-

rhale; le râle produit par l'accumulation des mucosités dans les bronches empêcha de constater par l'auscultation l'état du tissu pulmonaire. Nous pourrions citer ici plusieurs autres observations de bronchites chroniques également compliquées de pneumonie, et annoncées à peu près par le même ensemble de symptômes. Les faits de ce genre que nous avons observés sont assez nombreux pour que nous puissions en généraliser les résultats, et en tirer la conséquence importante, que chez les vieillards atteints de bronchite chronique l'apparition d'une dyspnée inaccoutumée et de la fièvre reconnaissent très-souvent pour cause une inflammation plus ou moins grave du parenchyme pulmonaire. Cette inflammation, qui n'est dans bien des cas annoncée ni par les crachats, qui restent ceux du catarrhe, ni par l'auscultation, comme dans le cas actuel, ni même par la percussion, lorsque la phlegmasie est légère ou peu étendue; cette inflammation, dis-je, peut être très-facilement méconnue. Alors on est porté à reconnaître l'accident le plus grave, la dyspnée, comme le résultat de l'obstruction des bronches par la matière de l'expectoration: d'après cette manière de voir, on ne s'occupe que de faciliter l'expectoration, et l'on néglige l'emploi rationnel des émissions sanguines, on en redoute même l'usage. Ici, cependant, pratiquées avec la réserve qu'exigent l'âge et la force des malades, les saignées sont aussi bien indiquées, et leur efficacité est aussi grande que dans les pneumonies franches.

XLVIII^e OBSERVATION.

Tubercules pulmonaires. Pneumonie intercurrente.

Un garçon de bureau, âgé de trente-cinq ans, entra à la Charité le 7 août 1822. Cet homme, d'une faible constitution,

avait eu depuis dix-huit mois de fréquentes hémoptysies. Tourmenté d'une toux habituelle, il avait perdu son embonpoint et ses forces. A l'époque de son entrée, ses crachats étaient formés de flocons verdâtres et épais, suspendus au milieu d'une abondante sérosité. L'auscultation faisait entendre un léger gargouillement dans la fosse sus-épineuse droite; ailleurs le murmure inspiratoire était très-net, il n'y avait point de pectoriloquie; le pouls, sans fréquence le matin, s'accélérait chaque soir, et chaque nuit le malade suait un peu du cou et de la poitrine. On porta pour diagnostic: tubercules ramollis au sommet du poumon droit; tubercules crus disséminés dans le reste des poumons; état sain du parenchyme pulmonaire autour d'eux. Aucun changement notable ne survint jusqu'au 27 août. Ce jour-là, la respiration était plus accélérée que de coutume, et il y avait beaucoup de fièvre. Le malade accusait une assez vive douleur au-dessus du tétou gauche. (*Huit sangsues furent appliquées sur le point le plus douloureux.*)

Le lendemain 28, disparition de la douleur, mais augmentation de la dyspnée, stries de sang mêlées aux crachats, qui conservent d'ailleurs les mêmes caractères. Râle crépitant au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche; fièvre intense. (*Dix sangsues sur le côté gauche.*)

29, on entend du râle crépitant dans toute la partie postérieure gauche du thorax; sous la clavicule droite râle muqueux, gargouillement. D'ailleurs, même état.

30 et 31, la dyspnée augmente de plus en plus, les mêmes râles continuent à se faire entendre, sans diminution de la sonorité des parois. (*Vésicatoire sur la poitrine.*)—1^{er} septembre, suppression des crachats. Mort le 2.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Excavations tuberculeuses, au nombre de trois ou quatre, dans le sommet du poumon droit, là où pendant la vie on avait entendu du gargouillement. Chacune de ces cavités, pleines d'un liquide puriforme au milieu duquel nagent de petits grumeaux de matière tuberculeuse, pouvait admettre au plus une petite noix. Dans le reste du lobe supérieur, et dans le lobe moyen du poumon droit, existait un grand nombre de tubercules crus, qu'entourait un tissu sain et crépissant. De nombreux tubercules crus existaient aussi dans le poumon gauche; le tissu de ce poumon contrastait avec le tissu du poumon droit par sa couleur rouge, la grande quantité de sérosité sanguinolente qui s'en écoulait, et la facilité avec laquelle on le déchirait. Bronches rouges. Hypertrophie légère des parois du ventricule gauche du cœur; ulcérations et tubercules dans les intestins.

Ici encore les symptômes de pneumonie furent très-obscur. La seule auscultation révéla l'existence de l'engorgement inflammatoire dont le poumon gauche était atteint. Les crachats ne présentèrent d'autre modification que l'apparition de quelques stries sanguinolentes qui ne suffisaient certainement pas pour caractériser une pneumonie. Il n'est nullement rare de voir des phthisiques succomber prématurément à ces sortes de pneumonies intercurrentes, qui sont trop souvent méconnues, et dont on pourrait quelquefois prévenir la terminaison funeste par des saignées plus hardiment pratiquées qu'on n'ose le faire chez les phthisiques. Il est d'ailleurs un fait que nous croyons avoir bien constaté, c'est que les phthisiques peuvent

être atteints de pneumonies plus impunément en quelque sorte que les autres hommes. Toutes les fois que chez eux l'inflammation n'a pas envahi une trop grande étendue du parenchyme pulmonaire, ses symptômes disparaissent promptement, et elle est rarement mortelle; mais elle a le plus ordinairement une funeste influence sur l'accroissement des tubercules, elle hâte leur développement et favorise leur multiplication. Bien souvent aussi elle passe à l'état chronique, elle constitue alors ces indurations que l'on rencontre si fréquemment autour des cavernes, et qui ne sont pas toujours le résultat d'une infiltration de matière tuberculeuse. L'observation suivante fournira un exemple d'un ramollissement aigu de tubercules pulmonaires à la suite d'une pneumonie.

XLIX. OBSERVATION.

Tubercules pulmonaires. Pneumonie intercurrente donnant lieu à leur ramollissement aigu.

Un charcutier, âgé de vingt-huit ans, entra à la Charité dans le courant du mois de janvier 1822. Depuis trois ans il avait eu plusieurs hémoptysies, des rhumes très-fréquents, un peu d'oppression habituelle; il avait beaucoup maigri. Trois jours avant d'entrer à l'hôpital, il ressentit un point de côté à droite; les deux jours suivants, persistance de la douleur, grande dyspnée. Lorsque nous le vîmes, il présentait tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie au premier degré: respiration courte, accélérée; toux fréquente avec expectoration de crachats visqueux, transparents et rouillés; râle crépitant dans presque toute l'étendue du poumon droit; sonorité un peu moins grande de ce côté; fièvre, langue blanche, légère diarrhée. (*Saignée de douze onces; boissons émollientes.*) — Le sang était couenneux.

Cinquième et sixième jour, même état. Septième jour, retour des crachats à l'état catarrhal; râle crépitant mêlé en partie au bruit naturel d'expansion pulmonaire; respiration plus libre. (*Boissons émollientes; bouillons.*) Les jours suivants, le râle crépitant diminua, mais ne cessa pas entièrement. Le malade continuait à tousser, et son pouls conservait une légère fréquence. (*Un vésicatoire fut appliqué sur le côté droit du thorax.*)

Le dix-huitième jour, l'on observa au milieu des crachats, qui étaient ceux d'une simple bronchite, un assez grand nombre de petits grumeaux d'un blanc mat. Étaient-ce des débris de tubercules? A dater de cette époque, la fréquence du pouls augmenta, la chaleur de la peau reparut; l'expectoration devint puriforme, bientôt des sueurs nocturnes eurent lieu, et le malade tomba dans le marasme avec une effrayante rapidité. — Le 9 février, vingt-huit jours après l'invasion de la pneumonie, nous entendîmes un gargouillement très-fort avec pectoriloquie douteuse sous la clavicule droite et dans le creux de l'aisselle du même côté. — Du 10 au 23 février, le malade présenta l'ensemble de tous les symptômes qui caractérisent une phthisie pulmonaire au troisième degré. Il succomba le 23, quarante-deux jours après l'invasion de la pneumonie.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Vaste excavation tuberculeuse dans le sommet du poumon droit. Tubercules crus en grand nombre dans le reste de ce poumon, beaucoup moins nombreux dans le gauche. État sain du parenchyme pulmonaire dans leurs intervalles.

—
On ne peut douter que les poumons de cet individu ne con-

tinssent déjà des tubercules avant sa pneumonie; mais ces tubercules, encore crus et peu multipliés, ne seraient peut-être devenus mortels qu'après un long espace de temps. C'est dans ces circonstances qu'une phlegmasie aiguë frappa l'un des poumons; elle fut peu intense et céda facilement; mais sous son influence les tubercules préexistants dans le poumon enflammé se ramollirent avec rapidité; d'autres s'y formèrent, et l'impulsion une fois donnée en quelque sorte à ce travail morbifique, le malade parcourut en moins de six semaines les trois degrés de la phthisie. Remarquons encore, comme une nouvelle preuve en faveur de notre manière de voir, que dans le poumon gauche, qui n'avait point été enflammé, les tubercules furent trouvés tous crus et beaucoup moins nombreux, tels qu'ils existaient vraisemblablement dans le poumon droit, avant qu'il n'eût été atteint de phlegmasie.

L. OBSERVATION.

Pneumonie avec épanchement pleurétique du même côté.

Une femme, âgée de soixante-huit ans, entra à la Charité le 1^{er} février 1820. Depuis cinq jours elle éprouvait au-dessous du sein gauche une douleur qui augmentait par la percussion et les mouvements inspiratoires. La respiration était courte, accélérée; la malade toussait souvent sans cracher; la poitrine percutée résonnait bien partout, excepté à gauche en arrière, depuis le niveau de l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la base du thorax. Dans cette même étendue, le bruit d'expansion pulmonaire s'entendait avec netteté, mais beaucoup plus faible que partout ailleurs, et lorsque la malade parlait, on entendait dans cette partie seulement un chevrottement particulier de la voix (œgophonie). Le pouls était fré-

quent et dur, la peau chaude et sèche: tout annonçait chez cette femme l'existence d'un épanchement dans la plèvre gauche. (*Saignée de douze onces; quinze sangsues sur le côté gauche du thorax; boissons émollientes.*)

2 février, respiration bronchique, et chevrottement plus considérable de la voix dans la partie où l'on suppose l'épanchement, qui paraît être augmenté. (*Vésicatoire sur le côté gauche.*)

3, dyspnée beaucoup plus forte que les jours précédents; cependant, sous le rapport de l'épanchement, l'auscultation donne les mêmes renseignements que la veille; mais dans l'espace compris entre la clavicule gauche et le sein du même côté, on entend pour la première fois un râle crépitant faible, avec mélange du bruit d'expansion pulmonaire. La sonorité n'est pas moindre dans cet endroit; les crachats conservent l'aspect catarrhal. (*Sinapismes aux jambes.*)

4, crachats de pneumonie, râle crépitant sans bruit d'expansion pulmonaire, et son un peu mat sous la clavicule gauche. En arrière et inférieurement de ce même côté, son très-mat, respiration bronchique très-forte, œgophonie. Grande dyspnée, fréquence et dureté du pouls, langue sèche. (*Saignée de huit onces; deux vésicatoires aux jambes; boissons émollientes.*)

5 et 6, le râle crépitant est remplacé au-dessous de la clavicule gauche par la respiration bronchique; dans ce même endroit le son est très-mat. En bas en arrière, de ce même côté, on n'entend plus ni respiration bronchique, ni œgophonie; les crachats sont rouillés et très-visqueux. (*Looch avec quatre grains de kermès.*)

Les deux jours suivants, la dyspnée devient de plus en plus considérable, l'expectoration se supprime, la trachée-artère et le larynx se remplissent de mucosités, et la malade succombe dans la nuit du 8 au 9 février.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Un litre de sérosité rougeâtre est épanché dans la plèvre gauche. Cet épanchement ne s'élève pas au-dessus du niveau du lobe inférieur. Des fausses membranes s'étendant, à cette hauteur, des côtes aux poumons, forment une cloison qui sépare en deux parties la cavité de la plèvre. Le lobe inférieur du poumon, vide d'air, et recouvert de fausses membranes molles, est refoulé sur les parties latérales de la colonne vertébrale. Le lobe supérieur de ce même poumon est rouge, compacte, entièrement imperméable à l'air (hépatisation rouge). Le poumon droit, très-adhérent aux côtes par des brides cellululeuses d'ancienne formation, contient dans son sommet quelques petits tubercules ramollis. La muqueuse gastrique est rouge et molle dans plusieurs points de son étendue.

Nous avons pu suivre ici avec une assez grande précision l'accroissement successif et de l'épanchement pleurétique et de la pneumonie. Nous trouvons comme signes communs de ces deux affections le son mat et la respiration bronchique. Nous trouvons comme signes propres à la pneumonie le râle crépitant remplacé plus tard par la respiration bronchique, et surtout les crachats. Tant qu'il n'y eut qu'un simple épanchement, la dyspnée fut légère; la gêne de la respiration ne devint considérable, et la maladie ne prit un caractère réel de gravité, que lorsque le poumon commença lui-même à s'enflammer. Notons comme une circonstance accessoire, l'existence de quelques tubercules pulmonaires ramollis chez un individu âgé de plus de soixante ans.

I^{re} OBSERVATION.

Pneumonie avec hydrothorax du côté opposé, et anévrysme du cœur.

Un terrassier, âgé de soixante ans, travaillant habituellement dans les carrières, fut atteint en 1816 d'une pleuro-pneumonie du côté droit. Les deux années suivantes, il jouit d'une bonne santé. En 1819, sa respiration commença à être un peu gênée; en 1820, ses jambes s'œdématisèrent; le repos fit disparaître facilement cette infiltration partielle. De 1820 à 1822, catarrhes pulmonaires très-fréquents, augmentation de la dyspnée. Le malade entra à la Charité le 16 septembre 1822; alors la respiration était courte, précipitée, la parole un peu haletante. Il toussait peu et ne crachait pas. La poitrine percute rendait un son mat à gauche en arrière, depuis l'angle inférieur de l'omoplate, à peu près jusqu'à la base du thorax. Dans cette même étendue, il y avait œgophonie évidente et respiration bronchique; ailleurs le son était clair, et le bruit d'expansion pulmonaire fort et net. Le cœur s'entendait sans impulsion et avec bruit à la région précordiale, au bas du sternum, sous la clavicule gauche; le pouls, d'une petitesse remarquable, et intermittent, était sans fréquence, la peau sans chaleur. On porta pour diagnostic: dilatation des deux ventricules; hydrothorax symptomatique. On prescrivit *une saignée de douze onces*. Le sang n'offrit pas de couenne. Les jours suivants, respiration plus libre; pas d'autre changement notable jusqu'au 27. (*Vésicatoire sur le côté gauche.*) Dans la nuit du 26 au 27, le malade délira. Dans la matinée du 27 il y avait une loquacité inaccoutumée. L'oppression était redevenue considérable; le pouls, toujours très-petit et intermittent, avait acquis de la fréquence. (*Sinapismes aux jambes.*)