

J'ai relevé plusieurs fois cette association à l'autopsie des nourrissons de la crèche de l'hôpital des Enfants-Malades. Je n'ai pas fait rentrer ces cas dans ma statistique, à cause de leur complexité.

Après la bronchite, la pleurésie se présente comme une des complications les plus fréquentes. On peut même admettre que tout foyer pneumonique,

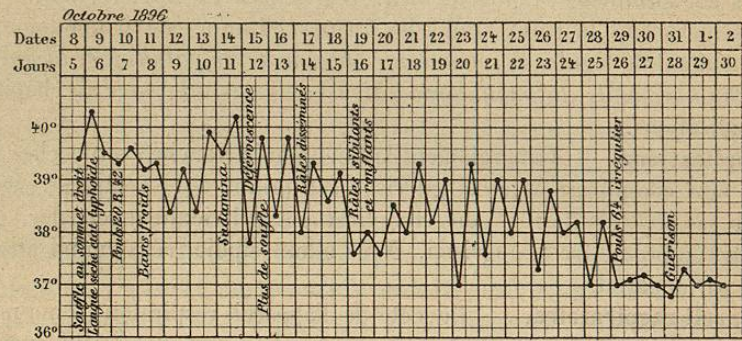


Fig. 42. — Garçon de 9 ans. Pneumonie du sommet droit compliquée d'infection bronchique. État typhoïde.

pour peu qu'il affleure la surface du poumon, doit se compliquer presque fatalement d'exsudat pleurétique; ordinairement la pleurésie est sèche, il n'y a que quelques pseudo-membranes plus ou moins épaisses en regard du foyer d'hépatisation. Mais, dans d'autres cas, il se fait un épanchement tantôt séreux et vite résorbé, tantôt purulent et nécessitant, pour sa disparition, soit la ponction, soit la pleurotomie. La plupart des pleurésies purulentes de

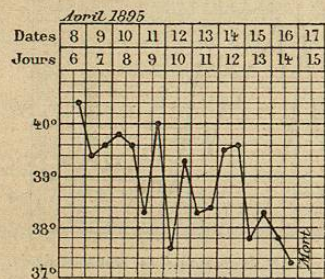


Fig. 43. — Garçon de 6 ans. Pneumonie double avec empyème. Mort le 14e jour.

l'enfance sont des pleurésies à pneumocoques (Netter); quelquefois la complication pleurétique se rencontre dans les cas mortels (fig. 43); mais le plus souvent elle guérit.

La pleurésie purulente est quelquefois enkystée, interlobaire et elle peut guérir spontanément à la suite de vomique. C'est cet empyème interlobaire qu'on a confondu avec l'abcès du poumon. Une fille de 7 ans, atteinte de pneumonie des deux bases, fait sa défervescence le 7e jour; au bout de quelques jours, reprise de la fièvre, matité à droite, toux, maigreur; au bout de 5 à 6 semaines, vomique, guérison. Autre cas semblable (Henoeh).

Je n'insisterai pas davantage sur les différentes formes de pleurésies méta-pneumoniques, mais je citerai l'observation résumée d'un petit garçon de 7 ans 1/2, entré dans mon service le 6 décembre 1896. Cet enfant était au 2e jour d'une pneumonie de la base gauche. Il fit sa défervescence le 8e jour et resta à 37° désormais (fig. 44). Cependant le souffle tubaire ne disparaissait pas. Les premiers jours, je pensai qu'il s'agissait d'un de ces exemples déjà cités de persistance de l'exsudation alvéolaire, de retard de

la défervescence anatomique sur la défervescence thermique. Mais, en présence de l'étendue du souffle, de son caractère voilé, de la matité qui l'accompagnait, et malgré l'apyrexie complète, je finis par admettre l'existence d'une couche de sérosité. Je fis une ponction exploratrice et je retirai un liquide citrin. Ce cas montre que la pleurésie séro-fibrineuse méta-pneumo-

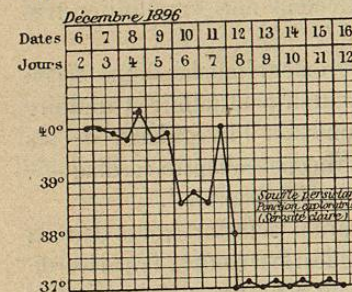


Fig. 44. — Garçon de 7 ans 1/2. Pneumonie de la base gauche. Pleurésie séreuse méta-pneumonique du même côté. Apyrexie absolue.

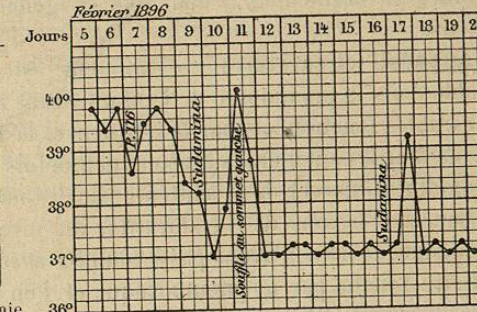


Fig. 45. — Garçon de 6 ans. Pneumonie du sommet droit. Congestion du sommet gauche après la défervescence.

nique peut succéder sans bruit à la pneumonie et rester absolument latente, si l'on néglige les signes physiques.

Parmi les autres complications du côté de l'appareil respiratoire, il faut citer la *congestion pulmonaire*, tantôt concomitante de l'hépatisation, tantôt plus tardive, pouvant causer ou aggraver la dyspnée, déterminer une nouvelle ascension thermique, etc. Ce qui caractérise la congestion pulmonaire, c'est la fugacité de ses signes. On voit (fig. 45) un petit garçon de 6 ans qui, après la défervescence d'une pneumonie du sommet droit, a présenté une congestion éphémère du sommet gauche qui a fait remonter le thermomètre à 40°. L'emphysème pulmonaire, le pneumothorax, l'emphysème sous-cutané, la gangrène pulmonaire, l'abcès du poumon sont des complications exceptionnelles dont on ne peut citer que de très rares exemples.

Les D^{rs} S. Pierson et W. Lester-Carr (*Arch. of ped.*, fév. 1902) ont vu un garçon de 4 ans 1/2 présenter un emphysème sous-cutané généralisé à la suite d'une quinte de toux. Très intense pendant 5 jours, le gonflement diminua ensuite et l'enfant guérit un mois après le début de l'emphysème, 6 semaines après celui de la pneumonie, qui avait été double successive. Le D^r Huchard (*Emphysème sous-cutané dans le cours d'une pneumonie franche. Société médicale des hôpitaux*, 26 avril 1889) a vu un enfant de 5 ans pris brusquement, le 4 mars, de fièvre avec souffle au tiers postéro-inférieur du poumon gauche. Pas de toux, point de côté léger. Le 6 mars, face bouffie, cou gonflé faisant songer aux oreillons, mais le gonflement gagne la poitrine, s'accompagne d'une forte dyspnée et crépite à la pression. Cet emphysème gagne le dos, l'épigastre, les hypocondres. Le 11 mars, second foyer de pneumonie au sommet droit (pneumonie double successive). Le 21 mars, guérison complète.

Déjà Cœur-de-Roy (*Gazette des hôpitaux*, 1847) avait observé l'emphysème sous-cutané dans un cas de pneumonie double chez une fille de 7 ans.

La mort s'en était suivie comme dans le cas de Weber (*Beitr. z. path. An. des Neugeb.*, Kiel, 1852) : emphysème généralisé au 16^e jour d'une pneumonie. Galliard, qui rappelle ces faits (*Arch. de méd.*, 1880), a vu de son côté un enfant de 14 ans présenter de l'emphysème sous-cutané au cours d'une pneumonie franche. Cette complication, en somme très rare, peut se terminer favorablement; mais elle a généralement une signification très fâcheuse.

Appareil circulatoire. — Le cœur est rarement touché d'une façon durable dans la pneumonie de l'enfant; sans doute il peut faiblir et traduire ses troubles fonctionnels par la fréquence, la faiblesse, l'irrégularité de ses battements. Il peut même s'arrêter quelquefois (syncope, collapsus cardiaque), et l'on doit s'efforcer de le soutenir par des moyens appropriés¹.

Mais les lésions de l'endocarde, du myocarde, sont fort rares dans la pneumonie, et nous n'avons pas à compter avec elles. Par contre, le péricarde peut être touché par le pneumocoque et l'on peut rencontrer la péricardite sèche, la péricardite séro-fibrineuse, la péricardite purulente. Cette dernière ne s'observe que dans les pneumococcies infectantes et généralisées. Quelquefois elle semble résulter d'une propagation de la plèvre au péricarde, dans les cas où la pneumonie siège à gauche, par la voie lymphatique.

Les complications pneumococciques de l'appareil circulatoire sont exceptionnelles parce que le pneumocoque ne passe que rarement dans le sang. Mais cette infection sanguine par le pneumocoque n'est pas mise en doute dans les cas graves et le D^r Zuber (*Des localisations pneumococciques provoquées accidentellement au cours de la pneumonie*, Thèse de Paris 1896) l'a rappelée avec preuves à l'appui. Les endocardites, les phlébites, les ostéites, les arthrites, les néphrites, les péritonites et méningites, l'hépatite suppurée, les thyroïdites, les orchites, les abcès et phlegmons sous-cutanés en témoignent, de même le passage du pneumocoque dans le lait des nourrices et la transmission par ce moyen de la pneumonie aux nourrissons (Bozzolo). Toutes ces complications à distance, toutes ces métastases ne peuvent s'expliquer que par le transport sanguin du pneumocoque.

Kohn, Fränkel (*Soc. de méd. int. de Berlin*, 1896) ont prétendu que la constatation du pneumocoque dans le sang, en cas de pneumonie, était d'un pronostic fâcheux; cependant Duflocq (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1897) a cité des cas de guérison survenue malgré la présence des pneumocoques dans le sang.

Netter a insisté sur l'endocardite végétante et ulcéreuse qui peut se montrer au cours ou pendant la convalescence de la pneumonie. Or, l'intermédiaire entre la pneumonie et l'endocardite est le sang. D'ailleurs l'endocardite pneumococcique peut être isolée, primitive, comme la péritonite, la méningite, la pleurésie et les autres viscéropathies pneumococciques.

Le D^r Harold Spitta (*Brit. med. Jour.*, 15 nov. 1902) a rapporté un bel exemple d'infection pneumococcique généralisée avec présence du pneumocoque dans le sang chez un enfant de 17 mois.

⁽¹⁾ Ch. Leroux a cité un cas de mort subite par syncope au 5^e jour d'une pneumonie du sommet droit chez une fillette de 5 ans. *Arch. de méd. des enfants*, 1902, p. 211.

Un enfant faible et anémique, âgé de 17 mois, est admis à *Saint-George's Hospital*, le 12 mars 1902, avec une température de 40°, de la toux, de la dyspnée.

On trouve une pneumonie de la base droite. Douleur au coude gauche. Le lendemain, on pense à un empyème de la base droite et on aspire quelques gouttes de pus à pneumocoques. Deux jours plus tard, l'articulation du coude paraît réellement enflammée (gonflement, douleur au moindre mouvement). Le 18 mars, elle est très tendue, fluctuante; on fait une ponction exploratrice qui donne des pneumocoques.

Le 24 mars, on fait une ponction aspiratrice de la plèvre et on retire une assez grande quantité de pus épais; le 31, pleurotomie avec drainage.

Le 18 avril, M. Allingham fit une résection costale. Le 20, le D^r Ewart fait retirer un peu de sang de la veine médiane basilique pour faire des cultures; le pneumocoque fut ainsi reconnu dans le sang; inoculation positive à la souris.

Du 24 avril au 28 mai (date de la mort), vomissements fréquents avec rétraction de la tête. La ponction lombaire révéla la présence du pneumocoque dans le liquide céphalo-rachidien.

A l'autopsie, on trouva dans les poumons des foyers d'induration contenant le pneumocoque. Il y avait une péricardite plastique, sans endocardite. Rien dans l'oreille moyenne.

Appareil digestif. — Les complications pneumococciques du côté de l'appareil digestif sont peu communes; parmi les localisations les mieux établies, il faut citer l'angine à pneumocoques, que j'ai vue précéder deux fois la pneumonie, et qui a pu faire penser d'abord à la diphtérie. La *pneumococcie pharyngée* (Gaultier, *Thèse de Paris*, 1896) peut se présenter sous cinq formes: suppurée, érythémateuse, folliculaire, herpétique, pseudo-membraneuse. L'angine peut précéder, accompagner, terminer la pneumonie: elle peut aussi exister à titre indépendant et primitif.

L'angine à pneumocoques, qu'elle soit avec ou sans exsudats, présente une marche cyclique rappelant celle de la pneumonie: invasion brutale, fièvre vive pendant quelques jours, défervescence brusque, etc. (*Pneumonie de la gorge*, Jaccoud).

Parmi les complications les plus rares, il faut citer la parotidite. J'ai vu, au mois d'avril 1897, avec mon distingué confrère et ami le D^r Maranger, une fillette de 11 ans qui, au 6^e jour d'une pneumonie double (1^{er} foyer à gauche, 2^e à droite), a présenté une parotidite aiguë droite avec œdème colossal de la moitié correspondante de la face du cou.

Le D^r F. Brun, consulté le 17 avril (5^e jour de la parotidite, 6^e de la pneumonie), a cru pouvoir différer l'intervention chirurgicale. L'incision fut faite le 22 avril, 8^e jour de la complication, après ouverture spontanée de l'abcès dans le conduit auditif externe. Guérison.

Du côté de l'estomac et de l'intestin, en dehors de l'état saburral, des vomissements, de la constipation habituelle, de la diarrhée plus rare, nous n'avons que peu de complications à signaler. Le D^r Rochon (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 15 octobre 1896) a observé, autour de

l'anus d'un petit garçon de 2 ans, de nombreuses vésicules qui contenaient du pneumocoque à l'état de pureté; en même temps l'enfant avait une diarrhée abondante. Un prolapsus rectal étant survenu, le pneumocoque a été décelé dans les fausses membranes qui recouvraient la muqueuse. Au bout de 8 ou 10 jours seulement se déclara une pneumonie du sommet gauche qui emporta le malade. D'après l'auteur, le pneumocoque se serait d'abord localisé dans l'intestin pour envahir secondairement le poumon.

Parmi les cas d'inflammations membraneuses pneumococciques des voies digestives qui peuvent compliquer la pneumonie, il n'en est pas de plus curieux que celui dont les D^{rs} Ch. Cary et Irving P. Lyon ont publié la relation (*Amer. Jour. of med. Sciences*, sept. 1901). Un garçon de 11 ans présente, le 5 janvier 1901, un mal de gorge avec fièvre; le 7, pneumonie de la base gauche (39°, 5, 114 pulsations, 42 respirations). Le 11, exsudat membraneux épais sur les deux amygdales sans bacilles de Loeffler. Le 12, herpès labial et conjonctivite; le 13, fausses membranes oculaires avec hémorragies sous-muqueuses et tuméfaction des paupières. Les fausses membranes recouvrent les lèvres, les gencives, les joues, la langue, le palais, le pharynx, les narines. Le 15, elles envahissent le pénis (dysurie). Le 16, l'anus est pris, ainsi que l'intestin, car on trouve des fausses membranes dans les selles. On trouve le pneumocoque en abondance dans les crachats et dans toutes les localisations membraneuses. Pas de bacille de Loeffler. L'injection de mucus nasal dans le péritoine d'un lapin le fait mourir en 22 heures; la culture de son sang donne des pneumocoques.

Il est bien rare de voir le processus fibrineux pneumococcique se généraliser ainsi aux membranes muqueuses et les recouvrir de fausses membranes ayant l'apparence de la diphtérie. L'enfant guérit en trois semaines.

Le péritoine peut être atteint par le pneumocoque, soit pendant, soit après la pneumonie, soit indépendamment de toute localisation pulmonaire. La *péritonite à pneumocoques* est bien connue aujourd'hui et je n'y insisterai pas; elle a été décrite dans le précédent volume, je me contenterai de dire qu'elle est relativement fréquente dans l'enfance, que son pronostic est relativement bon et qu'elle peut guérir parfois spontanément. (Voyez l'observation de Pochon prise dans mon service : *Médecine infantile*, 1895.)

Système nerveux et organes des sens. — Sans revenir sur les accidents cérébraux variés dont Rilliet et Barthez ont fait la synthèse (*Pneumonie cérébrale*), il nous faut maintenant insister sur les complications pneumococciques des centres nerveux et des organes des sens.

Quand, au cours ou à la fin de la pneumonie, un enfant présentera des accidents délirants, comateux, éclamptiques, intenses, répétés, persistants, il faudra songer immédiatement à la possibilité d'une méningite à pneumocoques. Dans quelques cas ces accidents aboutissent à la guérison et l'on est porté à penser que l'écorce cérébrale, impressionnée par les toxines pneumoniques, n'a pas été lésée profondément et a pu recouvrer assez vite son intégrité anatomique et fonctionnelle. Mais, trop souvent, la mort vient terminer le syndrome méningé et l'on trouve, à l'autopsie, une méningite sup-

purée plus ou moins étendue, avec nappes purulentes jaunes, épaisses, recouvrant une bonne partie des circonvolutions cérébrales.

Sous le nom d'*encéphalopathies pneumoniques*, notre collègue Moizard (*Journal de Lucas-Championnière*, 1896) a bien décrit les complications méningo-encéphaliques de la pneumonie chez l'enfant. Elles peuvent être très précoces: chez un garçon de 14 ans 1/2 mort au 5^e jour d'une pneumonie de la base gauche, avec délire, coma, rétention d'urine, j'ai trouvé une méningite à pneumocoques de toute la convexité.

Les manifestations ne sont pas toujours diffuses et généralisées; elles peuvent être localisées à un département cérébral, et l'on pourra voir survenir alors l'*hémiplegie pneumonique*, la *monoplégie*, l'*épilepsie jacksonienne*, les *contractures* limitées à un membre ou à une moitié du corps.

Aufrecht (*Arch. f. Kind.*, 1890, XI, p. 241) a vu 2 cas d'hémiplegie pneumonique gauche au cours d'une pneumonie du sommet droit: dans le 1^{er} cas, l'hémiplegie persista 5 jours après la convalescence; dans le 2^e cas, elle succéda aux convulsions du début et ne dura que quelques heures.

Ch. Leroux, à la suite d'une pneumonie du sommet chez un enfant de 4 mois, a vu se développer une hydrocéphalie persistante (*Soc. de Péd.*, 11 avril 1899).

On a noté aussi des manifestations polynévritiques, des symptômes de sclérose en plaques, etc.

Dans les cas mortels de pneumonie, Netter l'a bien montré, on trouve souvent, dans la caisse du tympan, du pus à pneumocoques. Pendant la vie, on relève quelquefois l'existence d'une otite avec perforation du tympan et écoulement purulent. Quelques auteurs ont prétendu que cette inflammation était plus fréquente qu'on ne le pensait et que les accidents convulsifs et délirants de la *pneumonie cérébrale* devaient être attribués à une otite moyenne aiguë (Steiner).

Du côté de la vision, le D^r Voûte (*Médecine infantile*, 15 février 1895) a signalé une *paralysie du moteur oculaire externe droit au cours d'une pneumonie franche du sommet gauche*. Il s'agissait d'une fillette de 2 ans 1/2 dont l'œil droit ne pouvait être tourné en dehors: paralysie de la 6^e paire, tête tournée à droite. L'auscultation, pratiquée le 16 novembre, dénote une pneumonie du sommet gauche. Le 25 novembre, la pneumonie entre en résolution et la paralysie s'améliore. Le 7 décembre, guérison. Voûte remarque que la diminution des symptômes paralytiques a marché de pair avec la résolution de la pneumonie et il invoque une origine toxique. Pour toutes ces paralysies éphémères, en effet, qu'elles affectent les membres (hémiplegie), ou les nerfs oculaires, on ne peut guère admettre que l'action réflexe ou toxique.

Complications diverses. — Nous nous contenterons de rappeler les complications suivantes observées par Rilliet et Barthez: 2 cas de noma au 22^e et au 29^e jour; 5 cas d'anasarque généralisée chez des enfants de 5 et 5 ans; 2 cas d'œdème de la face; 2 cas d'anasarque avec albuminurie; 1 cas