

DE

N° 157.

LA PNEUMONIE ANORMALE;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 11 août 1832, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine ;*

PAR JEAN CLOUCHET, d'Ossun,

Département des Hautes-Pyrénées.

Tout l'édifice médical repose sur le diagnostic.
ROSTAN, Cours de méd. clinique, vol. 1^{er}.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

La Pneumonie Anormale no.157

1. [Notice](#)

This book was produced in EPUB format by the Internet Archive.

The book pages were scanned and converted to EPUB format automatically. This process relies on optical character recognition, and is somewhat susceptible to errors. The book may not offer the correct reading sequence, and there may be weird characters, non-words, and incorrect guesses at structure. Some page numbers and headers or footers may remain from the scanned page. The process which identifies images might have found stray marks on the page which are not actually images from the book. The hidden page numbering which may be available to your ereader corresponds to the numbered pages in the print edition, but is not an exact match; page numbers will increment at the same rate as the corresponding print edition, but we may have started numbering before the print book's visible page numbers. The Internet Archive is working to improve the scanning process and resulting books, but in the meantime, we hope that this book will be useful to you.

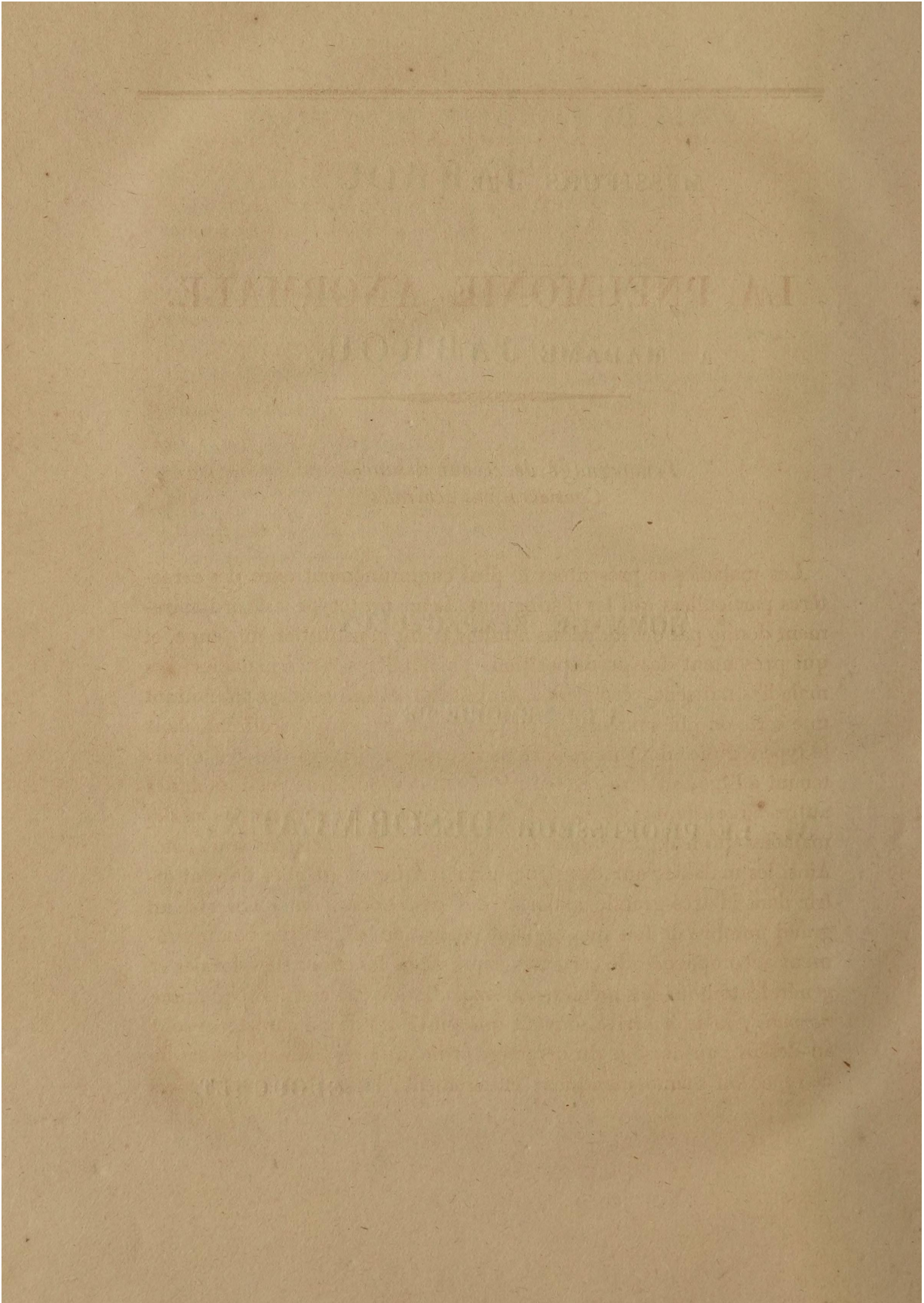
The Internet Archive was founded in 1996 to build an Internet library and to promote universal access to all knowledge. The Archive's purposes include offering permanent access for researchers, historians, scholars, people with disabilities, and the general public to historical collections that exist in digital format. The Internet Archive includes texts, audio, moving images, and software as well as archived web pages, and provides specialized services for information access for the blind and other persons with disabilities.

Created with hocr-to-epub (v.1.0.0)

DE N°157. LA PNEUMONIE ANORMALE: THÈSE Présentée
et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 11 août 1839, pour obtenir
le grade de Docteur en médecine ; Par JEAN CLOUCHET, d'Ossun,
Département des Hautes-Pyrénées. RE A PO RE à à à à Tout l'édifice
médical repose sur le diagnostic. Rostax, Cours de méd. clinique, vol. 1*. a
A PARIS, DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE 5EUNE, Imprimeur de la
Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne , n°. 14, 1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Professeurs. M. ORFILA, Doyen. MM. Anétamid es eue At éne bee sets mes eee tete cs 2: CRUVEILHEER: NT. it EMBRARD: ORFILA. Physique médicale tr Ra tester eee nn PELLE DAN. Histoire naturelle médicale.,....;.....,°. RICHARD. DEYEUX, Examineur. DES GENETTES, Président. MARJOLIN. | { JULES CLOQUET, Eveminateur. { DUMÉRIL. ANDRAL. Pathologie et thérapeutique.générales 1. ,,,,,,....., BROUSSAIS. Opérations et appareils. ,s..e.rese soso os RICHERAND. Thérapeutigue et matière médicale.....,..... ALIBERT. Médecine légale.sossessssssnosceseesese ABELON. Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nOuUvean-nÉs.....s.vsee.ssse.ssse MOREAU, Suppiéunt. Physiélante ie 6e ee ee come Chimiemmetdiealen eee etoile de oO NS Phasmacolones Side se A Re me br eu Hyribne baie ANR Reel deb cree aneene Pathologie chirurgicale... .. Sn robes tds eee Pathologie PR A PAS SR AT te FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL. BOYER. DUBOIS, + DUPUYTREN, Examineur. ROUX. unes ereenes se Ghniqned'accouchemens. Re see selerenmel ere j Professeurs honoraires. MM. DE JUSSIEU #*LALLEMENT. Agrégés en exercice. Gliniquemédicale.....,, 4... ss000..0500 Glinique'chirurgicale,. . se pes sees ss esse ee 60 0° MM. MM. BAUDELOCQUE. Gerpy. Bayix, Examineur. Grzenr, Suppléant. Brannix, Eaminaleur. Han. Bouvier. Lisrranc. BRarQuET. Marrin SOLOx. BRONGNIART. Pioray. CoTrTEREAU. Rocxoux, DeverGie. SANDRAS, Doscen. Trousskav. Dosoïs. Vecrxau, ” Par délibération du 9 décembre 1708, PÉcole a arrêté que les opinions émises dans les ee dissertations quiluiseront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation , niimprobaton, 2

MESSIEURS JARROU ET A MADAME JARROU. Témoignage
de reconnaissance. HOMMAGE RESPECTUEUX À LA MÉMOIRE DE
M. LE PROFESSEUR DESORMEAUX., MON -BIENFAITEUR, 3.
CLOUCHET.



DE LA PNEUMONIE ANORMALE. = Li Rise L Considérations générales. Les maladies se présentent le plus communément avec des caractères particuliers qui les distinguent. Leur prototype est ordinairement donné par des individus adultes, d'une constitution moyenne, et qui présentent des prédispositions particulières à ces maladies. es maladies naissent, croissent, décroissent et finissent en parcourant une série de phénomènes à peu près constans, et qui n'offrent, dans le type régulier dont nous parlons ici, que de légères variétés appartenant à l'âge, au sexe , au tempérament des individus, et à quelques autres circonstances. Bien entendu que nous ne parlons pas ici des maladies qui n'appartiennent qu'à certains âges, à certains sexes, etc. Ainsi les maladies ont des signes caractéristiques qu'elles doivent offrir dans la très-grande majorité des cas. Lorsqu'on a observé un grand nombre de fois une certaine altération organique communément accompagnée de certaines expressions fonctionnelles locales et générales toujours les mêmes, cette maladie doit être considérée comme normale ; mais il arrive souvent que plusieurs de ces caractères sont au-dessus , au-dessous du caractère ordinaire, ou bien en dehors de ce type, ou même manquent entièrement ; les maladies sont alors

de anormales. S'il manque assez de caractères pour quela maladie puisse être méconnue, même par un médecin attentif, on donne à cette maladie le nom de /atente. À mesure que l'art se perfectionne, à mesure que nos moyens d'exploration deviennent plus exacts , les maladies de ce genre deviennent aussi plus rares : cela se conçoit facilement ; ce qui aurait pu échapper à l'investigation des médecins des lee antérieurs, privés des moyens d'exploration découverts plus tard, ne doit pas être méconnu par ceux qui sont enrichis de ces moyens investigateurs; d'où l'on peut conjecturer que les maladies latentes disparaîtront peut-être un jour entièrement du domaine de l'art. Dans l'état actuel de la science, il est encore une multitude de cas d'un diagnostic obscur, difficile, par absence d'un certain nombre de signes caractéristiques. Ces cas sont des plus intéressans qui puissent s Offrir à à l'attention de l'observateur. Les maladies latentes ne méritent pas seulement l'attention du médecin sous le rapport de la difficulté du diagnostic; mais, comme séquence immédiate de cette difficulté, d'abord elles en méritent sous le rapport du pronostic et des indications thérapeutiques. En effet, comment porter un pronostic certain, 1°. si la première base de ce pronostic manque entièrement, si l'on ne connaît pas la maladie qui existe; 2°. par la même raison, comment indiquer un traitement rationnel? Mais les maladies latentes, par cela même qu'elles sont latentes, portent un caractère insolite dépendant d'une modification importante dans l'organisme, qui doit influencer sur les moyens de traitement à mettre en usage et sur le pronostic qu'on doit porter; ainsi l'expérience a prouvé, par exemple, que les malades atteints de maladies latentes, même reconnues par les médecins, succombaient dans une proportion bien plus grande que ceux dont les maladies affectaient une marche franche et régulière; elle a prouvé aussi que ces maladies ne frappaient en général que des sujets affaiblis par l'âge, par les pertes en tout genre, ou les très-jeunes sujets,

(94 ou bien encore ceux qui sont naturellement d'une constitution faible; et que, par conséquent, on ne devait pas recourir, pour ces Cas si différens , aux mêmes moyens de traitement; ce serait donc un véritable service à rendre à la science et à l'humanité que de traiter de toutes les maladies sous ce rapport ; nous allons seulement examiner quelques anomalies de la pneumonie. De la Pneumonie latente. Depuis l'application habituelle de la percussion et de l'auscultation, il n'existe véritablement pas de pneumonie latente; ces deux moyens d'exploration ne permettent guère que l'on méconnaisse une pneumonie; toutefois il arrive encore tous les jours que les médecins les plus habiles et les plus expérimentés tombent dans cette espèce d'erreur. Premier Fair. Dans l'hiver de 1830 à 1831 , une jeune fille de douze ans présentait tous les caractères d'une gastro-entérite légère; cette fille , d'une constitution molle et lymphatique, avait la peau chaude, le pouls fréquent, la face légèrement animée, surtout le soir; la langue était rouge à sa pointe et sur ses bords, blanche au milieu et vers sa base; la bouche était pâleuse ; il y avait eu des vomissemens dans le principe de la maladie, il existait encore des nausées ; l'épigastre était sensible à la pression, ainsi que le ventre; les selles étaient naturelles; les urines rouges et abondantes ; il n'existait ni toux, ni difficulté sensible de la respiration, ni crachats sanglans, ni même aucun produit d'expectoration. La nuit, pendant le paroxysme, il existait un léger délire. Les symptômes locaux de gastrite ayant singulièrement diminué, sans que pourtant les phénomènes généraux eussent rien perdu de leur intensité, les parens demandèrent une consultation, bien que la malade fût traitée par un jeune médecin des plus distingués. Le médecin consulté, ayant percuté et ausculté la malade, n'eut pas de peine à reconnaître une pneumonie : le son

(8) rendu par la percussion était mat dans la plus grande étendue du côté droit du thorax, la respiration ne s'entendait pas dans cette région ; au côté gauche, il existait de la érépitation , et la respiration était évidemment pucile. Un traitement plus rigoureusement antiphlogistique fut ordonné ; le sang retiré par la saignée présentait la croûte inflammatoire; enfin il fut impossible de méconnaître une phlegmasie du parenchyme pulmonaire. Depuis lors l'état de la jeune imajade s'améliora sensiblement, et la résolution de la pneumonie s'opéra, quoique tardivement. On voit dans ce cas, 1°. que rien n'excitait le médecin de la jeune ialade à explorer le thorax, puisque aucun accident n'existait vers cet organe; et que, d'un autre côté, les caractères évidens de gastro-entérite attiraient toute l'attention; 2°. qu'il était important de reconnaître la maladie, puisque depuis que le diagnostic fut plus précis et que Jon eut changé le traitement, la maladie marcha vers la guérison. Deuxième rArr. Un autre médecin a pris récemment une pneumonie pour un typhus; frappé des phénomènes généraux qui existaient, de l'altération des traits de la face, du délire, des soubresauts des tendons , de la carphologie et autres accidens nerveux, de la chaleur de la peau et de la fréquence du pouls, et surtout détourné de l'examen de la poitrine par l'absence de phénomènes locaux fonctionnels , il porta le diagnostic d'une gastro-entérite de l'espèce de celle qui a reçu le nom de dothinentérite ou fièvre typhoïde : le malade succomba; et l'on trouva dans le poumon une énorme hépatisation. Je Si des médecins distingués peuvent encore tomber dans cette espèce d'erreur , on sent combien il est important d'éveiller sur ce point l'attention des observateurs. On déduira du moins de notre travail ce précepte, d'ailleurs donné si souvent, que l'on ne peut dans aucun cas omettre l'exploration du thorax. “Ès 4 Mais avant de tracer les diverses nuances de pneumonie latente, il importe d'exposer le caractère de cette affection dans son type normal;

(9) nous exposerons ici le tableau de cette maladie tracé dans le cours de clinique de M. Rostan, ce tableau étant aussi complet que. concis. « Ordinairement , après un frisson plus ou moins intense, le malade éprouve une douleur de côté plus ou moins profonde, plus « grave que dans la pleurésie, n'augmentant pas par la pression, « peu par l'inspiration, davantage par l'expiration; on observe une « toux plus ou moins fréquente, pénible, douloureuse, qui s'offre « rarement sous forme de quintes ; elle est sèche dans le commencement, où le malade n'expectore rien, ou tout au plus quelques « crachats bronchiques, indépendants de la pneumonie. La dyspnée « est ordinairement grande, mais, ainsi que les symptômes précédents, « elle varie beaucoup suivant les individus; elle est en général en « rapport avec l'étendue de l'inflammation ; la face est colorée, la peau « chaude, le pouls fort, fréquent, la langue blanche, la soif vive, les « urines rouges et rares ; enfin il existe tous les symptômes d'une vive « inflammation. Si l'on percute le malade à cette époque, le son est « encore clair dans toute l'étendue de la poitrine ; mais si l'on applique l'oreille sur le thorax , on peut entendre déjà le râle crépissant; le murmure respiratoire est encore sensible partout dans le « deuxième jour, et rarement après le troisième; la toux est suivie « de l'expectoration d'une matière visqueuse très-tenace, très-adhérente aux parois du vase; les crachats sont quelquefois diaphanes, « légèrement écumeux, mais le plus ordinairement ils sont sanguinolents, rosés, rouges, uniformément et non sous forme de stries ruisselantes plus ou moins abondantes ; ils sont souvent rendus avec « douleur; peu abondants, d'autres fois d'une quantité considérable 5 « ils doivent être, dans le cas régulier, d'une à deux onces par jour; leur « quantité plus ou moins grande n'est pas d'un bon augure; ils « peuvent être encore jaunes, safranés, verdâtres , suivant la quantité « de sang qu'ils contiennent. Il est en général favorable qu'ils soient « peu colorés. À mesure que l'inflammation fait des progrès, les phénomènes locaux et généraux augmentent d'intensité ; à cette époque, 2

QUE « le son rendu par la percussion commence à devenir obscur, la « respiration se fait moins entendre, elle est plus forte que dans l'état « naturel]; dans les endroits où on l'entend, le râle crépitant est moins « sensible, il est seulement remplacé par le râle muqueux; les phé« nomènes fébriles ont, suivi la même marche, ils se sont développés « d'unemanière proportionnée. Enfin, vers le cinquième jour, plustôt « ou plus tard, la pneumonie a atteint son plus haut degré d'inten« sité ; le son est complètement mat, le bruit respiratoire nal. » (Ros« tan, cours de Médecine Clinique, t. 2.) La pneumonie peut être latente de plusieurs manières : 1°. les phénomènes généraux de réaction peuvent manquer au point de faire croire à l'observateur que les phénomènes locaux qui existent appartiennent à toute autre lésion qu'à une inflammation du parenchyme pulmonaire ; 2°. les phénomènes locaux fonctionnels peuvent ne pas exister, soit qu'il y ait des phénomènes généraux de réaction , soit qu'il n'y enait pas; 5° enfin , les phénomènes locaux organiques manquent en effet rarement, mais peuvent être plus ou moins obscurs, n'être pas percevables, et peuvent être attribués à d'autres lésions du poumon. 1°. Les phénomènes généraux de réaction peuvent manquer. Chez les individus bien constitués, nous avons vu que la pneumonie était accompagnée d'un appareil fébrile considérable; la peau est chaude, halitueuse; la face est colorée, les yeux brillants; les artères temporales battent avec force; le pouls est fort, fréquent, développé ; l'haleine brûlante, la langue rouge, sèche, la soif ardente, les urines rares et rouges. Chez les vieillards, les individus faibles, cacochymes, ces phénomènes généraux peuvent ne pas exister ; chez eux, la peau reste à la température naturelle et peut même descendre au-dessous; la face est pâle, les yeux ternes ; le pouls reste dans l'état normal, ou descend au-dessous ; il est petit, peu développé ; l'haleine n'offre aucun changement; la langue présente l'aspect naturel ; la soif est nulle, les urines peu colorées. Lorsque avec cet état l'individu présente les phénomènes locaux organiques et fonctionnels d'une pneumonie, on est porté à

(11) croire que cette phlegmasie n'existe pas, et que la douleur du côté, l'expectoration sanglante, pour peu qu'elles s'éloignent d'ailleurs du type normal, ce qui arrive fréquemment dans le cas dont nous parlons; le son mat du côté, le râle crépitant ou muqueux, appartiennent à un autre genre de lésion; par exemple, à la congestion pulmonaire connue sous le nom d'engouement, ou bien à la présence de quelque dégénérescence chronique du parenchyme du poumon. On conçoit facilement que si, dans les cas que nous traitons ici, il survient quelques anomalies dans les autres signes de la pneumonie, l'erreur sera facile. | Cette anomalie de la pneumonie est peut-être la plus fréquente de toutes; elle n'a point encore été suffisamment signalée par les auteurs. 2°, Les phénomènes locaux fonctionnels peuvent ne pas exister. Les cas où les phénomènes locaux fonctionnels n'existent pas, sont principalement ceux qui ont mérité le nom de pneumonie latente; c'est, en effet, lorsque l'attention de l'observateur n'est attirée par rien sur l'état du poumon qu'elle peut se porter sur toute autre affection que sur celle qui existe en réalité. Les phénomènes locaux fonctionnels accompagnés de la douleur plus ou moins profonde du côté; la gêne de la respiration, la toux, l'expectoration sanguinolente, car c'est à cela que se réduisent les signes fonctionnels de la pneumonie, peuvent manquer complètement, ou bien seulement quelques-uns d'entre eux peuvent ne pas exister; lorsqu'ils manquent tous à la fois, et qu'en même temps manquent aussi les phénomènes généraux de réaction, c'est alors le prototype de la pneumonie latente. Il ne reste plus alors, pour reconnaître la maladie, que les phénomènes locaux organiques, sur lesquels rarement alors on dirige son attention, et cela d'autant moins que le malade affirme ne pas souffrir, n'être pas malade, et qu'en effet rien ne l'indique; et de là l'importance de ce précepte, d'examiner, dans l'exploration du malade, avec le même soin successivement tous les organes et toutes les fonctions. Les pneumonies de ce genre sont loin d'être rares, principalement chez les vieillards; j'ai eu occasion d'en observer un certain :

(12) nombre lorsque je suivais les cours de M. Rostan, à la Salpêtrière; ces cas n'échappaient cependant pas à la sagacité de ce médecin, habitué de longue main à en voir de semblables. Il est plus commun de voir des pneumonies dans lesquelles un ou plusieurs des phénomènes locaux fonctionnels n'existent pas; ainsi bien souvent le malade dit n'éprouver aucune gêne de la respiration, bien qu'une grande partie du poumon soit en sidération. Chez un autre, la douleur de côté est complètement nulle; l'absence de la gêne de la respiration n'empêche pas de reconnaître la pneumonie; l'absence de la douleur rendrait son existence plus douteuse, si elle était accompagnée d'autres anomalies; si elle existait seule, il est évident que les autres caractères de la pneumonie la feraient reconnaître; l'absence d'un seul signe, même important, ne suffit pas pour faire méconnaître une maladie. L'absence du crachement de sang, même seul, peut jeter plus de doute sur l'existence de l'inflammation du poumon. Je suppose, ce qui arrive d'ailleurs fréquemment, que les crachats ne soient pas poisseux, adhérens aux parois du vase, s'il n'y a pas de traces de sang dans la matière expectorée, on sera porté à reconnaître ou une pleurésie ou un commencement d'épanchement, ou un catarrhe, enfin une autre affection qu'une phlegmasie du parenchyme; du moins y aura-t-il doute, hésitation de la part du médecin sur la nature de l'affection existante. L'absence de la toux, ce qui est plus rare, et ce qui entraîne l'absence de l'expectoration, jette plus de doute encore sur le diagnostic... Comment en effet soupçonner l'existence d'une inflammation du poumon chez un individu qui ne tousse pas? Comment peut-il se faire qu'un homme affecté d'une pneumonie ne tousse pas? C'est cependant ce que l'expérience démontre journellement. On conçoit facilement que dans tous ces cas le diagnostic de la pneumonie peut être douteux et même erroné, si l'on n'a pas recours à la percussion et à l'auscultation; et l'on conçoit encore aisément qu'on puisse être détourné de le faire, lorsque aucun phénomène n'appelle l'atten

(15) tion vers ces organes ; car cet examen, assez pénible pour le médecin, est surtout fatigant , et souvent douloureux et insupportable pour le malade; il est naturel de vouloir épargner de la fatigue et de la souffrance à celui qui réclame nos soins pour alléger l'un et l'autre. 3°. Les phénomènes locaux organiques peuvent être plus ou moins obscurs. S'il existe en médecine des signes véritablement pathognomoniques, nuls ne méritent mieux ce titre que ceux que nous donnent la percussion et l'auscultation; en effet, ces signes manquent rarement et sont presque toujours caractéristiques. Toutefois, pour ne pas faire mentir la sentence portée par les observateurs contre les signes pathognomoniques, ceux-ci présentent souvent de l'obscurité. Lorsque le poumon est hépatisé, le son rendu dans la région correspondante est mat; mais la pneumonie peut exister au premier degré, et alors le son n'est pas encore mat. Si l'on percute à cette époque, la percussion, au lieu de vous éclairer, peut vous plonger encore plus profondément dans l'erreur, en vous donnant un son clair dans toute l'étendue du poumon. La pneumonie peut aussi occuper une région insolite, où l'on néglige d'opérer la percussion: elle peut occuper le centre du poumon et ne pas donner lieu au son mat ; enfin le son mat peut être produit par une multitude de causes matérielles. Ainsi, il peut dépendre de la présence de fausses membranes et de productions accidentelles de la plèvre; il peut dépendre de liquide de toute nature épanché dans la cavité pleurale; il peut dépendre d'une multitude de dégénérescences pulmonaires, telles que tubercules agglomérés, cancer, mélanose, granulations, productions : osseuses , crétacées, etc. On voit que ce signe est loin d'être caractéristique, tant par les anomalies qu'il présente que par le nombre des altérations qui peuvent le produire. L'auscultation donne dans la pneumonie deux caractères importants : le râle à petites ou à grosses bulles (crépitation) et l'absence de la respiration; mais la crépitation plus ou moins grosse appartient aussi à d'autres altérations qu'à la pneumonie; ainsi, on l'en

ff à) tend dans diverses espèces de catarrhes, dans lemplhiysème et l'œdème du poumon, etc. Quant à l'absence de la respiration , elle est produite par toutes les causes organiques qui donnent lieu au son mat; on voit donc que, si les expressions fonctionnelles viennent à manquer, les signes organiques ne suffisent pas pour éclairer le diagnostic d'une manière rigoureuse ; que celui-ci peut rester encore obscur, douteux et même erroné : il faut, en effet, un concours de signes pour caractériser une affection; un seul signe, aussi positif qu'on le suppose; ne saurait suffire. Les signes précieux fournis par la percussion et par l'auscultation peuvent donc, dans l'absence des signes fonctionnels, faire soupçonner la maladie, mais ne sauraient donner la certitude de son existence, ce qui ne doit. pas empêcher d'y recourir dans tous les cas. Nous allons citer ici quelques exemples de pneumonies anormales, qui nous ont paru mériter quelque intérêt.

L'observation qu'on va lire présente cette circonstance intéressante, que la malade ayant été examinée par plusieurs jeunes médecins trèsinstruits, la maladie a été méconnue, la percussion n'ayant pas été exercée à la partie supérieure et antérieure du poumon gauche ; le diagnostic fut ensuite porté avec une extrême justesse par un médecin plus expérimenté. sk IF.

OBSERVATION. — TROISIÈME FAIT. Pneumonie du lobe supérieur gauche. — Signes négatifs du côté des crachats. LE 2 à € L.8 La nommée Catherine Lemarchand, veuve Bourney, âgée de soixante-quatre ans, souffrait depuis'une huitaine de jours; mais elle avait toujours différé de réclamer les secours de l'art, qu'elle réclama enfin, pressée par la force du mal. Le 1°. février, elle présentait les' symptômes suivans : douleur dans la partie supérieure et antérieure di poumon gauche, augmentant par la pression. Le bruit respira

(15) toire s'entend dans toute l'étendue de la poitrine ; là résonnance de la voix ne paraît pas être notablement altérée. L I! ya de la toux, celle-ci est assez sèche et douloureuse; elle n'amène que quelques crachats muqueux, légèrement jaunâtres , mais un peu adhérens aux parois du vase qui les contient ; ils ne sont nullement teints de sang, et n'ont point de coloration brunâtre; la respiration est assez gênée , elle est courte et fréquente ; la malade tient constamment la bouche ouverte pour inspirer une plus grande quantité d'air à la fois; elle se plaint de violens maux de tête ; ses membres sont brisés ; le pouls est plein et fréquent , la peau brûlante et sèche; il y a, en un mot, une réaction fébrile très-prononcée ; la langüe est un peu sèche ; il ya de l'inappétence, mais point d'envie de vomir, point de coliques, un peu de constipation. (Gomme, sirop de gomme, juleps gommeux, lavement émollient , diète complète, et saignée de trois palettes.) Le 2 février, le sang tiré de la veine est couvert d'une couenne inflammaioire assez épaisse ; malgré la saignée , les symptômes généraux n'ent pas diminué. Encore incertains sur la localisation de cette maladie, M. Rostan pratique l'auscultation et la percussion, et nous fait reconnaître le râle crépitant à la partie antérieure et supérieure du poumon gauche, dans l'étendue de trois pouces environ, et le son que la poitrine rend dans cette région est déjà plus obscur que de l'autre côté. Ce médecin annonce donc une pneumonie au premier degré dans l'endroit que je viens d'assigner, et déclare, d'après l'ensemble des phénomènes généraux et le siège de l'inflammation, que, bien que circonscrite, cette maladie est fort grave. | Le 3, l'état de la malade est aussi alarmant que la veille : ; Je trouve que la respiration est plus obscure en arrière à la base du poumon droit qu'à celle du poumon gauche ; la percussion donne aussi un son un peu plus mat dans ces endroits. La crépitation a disparu dans le sommet du poumon gauche, mais la respiration est plus bruyante ; c'est évidemment de la respiration bronchique. Le 4, M. Ros!an renouvelle l'épreuve de la percussion médiate , et

| (16) celle-ci seule lui fait avancer hardiment que la pneumonie a marché, et que l'hépatisation s'est étendue plus bas de deux côtés. Les phénomènes généraux sont toujours aussi marqués. On hésite à revenir à la saignée, à cause de l'âge de la malade. (Potion de 8 grains de tartre stibié dans 3 iv de véhicule, à prendre par cuillerée, de deux heures en deux heures. } La dernière cuillerée est prise à deux heures du matin; les premières ont occasionné quelque vomissement, puis la malade a éprouvé du dévoiement; il y a eu de cinq à six selles dans le courant de la journée. Le 5, la malade est encore plus mal; la respiration bronchique. s'entend toujours à gauche; la potion stibiée n'est plus composée que de 4 grains d'émétique, mais à peine a-t-elle pu être prise en entier, car la mort est arrivée à trois heures de l'après-midi, Autopsie faite trente-six heures après la mort, en présence de MM. Rosran et Foville.— QUATRIÈME FAIT.

Thorax. Après avoir enlevé le sternum, on voit le lobe supérieur du poumon gauche coloré en rouge noirâtre; son lobe inférieur est au contraire d'un gris ardoisé caractéristique de l'état normal; toute la partie antérieure du poumon droit offre la même coloration; mais sa partie postérieure et inférieure est engouée très-fortement et même hépatisée ou rouge, car le doigt rompt assez facilement son tissu quand on le presse fortement. Le lobe inférieur du poumon gauche est un véritable prototype de l'état normal, tandis que son lobe supérieur, dont j'ai déjà signalé la coloration extérieure, est pesant et dur; le scalpel le coupe en faisant des angles très-aigus; la partie postérieure est hépatisée en rouge, mais le sommet et la partie antérieure commencent à passer à l'hépatisation grise; car après avoir fait une incision profonde, on peut, en râclant avec le dos d'un scalpel, enlever une matière semblable à du pus mêlé d'un sang noirâtre: Au milieu des incisions, l'on aperçoit les grosses bronches, qui ne s'affaissent nullement sur elles-mêmes; enfin le parenchyme de ce lobe

(17) pulmonaire est tellement friable, que, les doigts le pénètrent avec la plus grande facilité ; il n'y a :que de très- légères adhérences entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire: du, côté gauche; point ou presque point de liquide dans les cavités pleurales ; le. cœur est assez petit; le ventricule gauche est le siège d'une hypertrophie;.la valvule auriculo-ventriculaire est un peu indurée, celle de l'aorte ne l'est pas; le cœur droit est rempli par un caillot fibrineux jaunâtre, qui obstrue surtout le ventricule de ce côté ; ici les valvules sont saines ; le péricarde l'est également.

Abdomen. L'estomac est distendu par des gaz, il descend très-bas dans le ventre; il est recouvert en très-grande partie par de foie, qui dépasse de trois ou quatre travers de doigts le rebord des fausses côtes; la muqueuse du ventricule est colorée en rose pointillé; il y a beaucoup de mucosités verdâtres, mais pas de ramollissement, pas d'ulcération ; le reste du tube digestif n'offre qu'une très-légère teinte rosée. Les valvules du jéjunum , et surtout celles de l'iléon, sont recouvertes de mucosités verdâtres tirant sur le jaune. Le foie, et les organes génito-urinaires m'ont paru sains. Crâne. — Cerveau. Rien de particulier à noter. Cette observation ne parle pas, en faveur du tartre stibié chez les vieillards, mais c'est un beau fait de diagnostic des maladies de poitrine. | C'est en ce sens, et surtout eu égard au siège de la maladie, que cette observation est si intéressante. II:

OBSERVATION.— CINQUIÈME FAIT, Pneumonie droite; absence de, toux , d'expectoration et de douleur. Veuve Gastal, âgée de soixante-dix ans, d'une constitution robuste, avait toujours joui d'une bonne santé; le 18 mars 1829, elle tomba dans un accablement général, et une sorte de stupeur qui semblait la porter au sommeil ;,elle resta dans cet état pendant huit jours; sans 3

(18) recevoir aucun soin. Au bout de ce temps, elle se fit transporter dans les salles de clinique de la Salpêtrière. Nous fûmes tous frappés de la face remarquable de cet individu : bien qu'elle ait soixantedix ans, on lui en donnerait tout au plus cinquante ; ses cheveux sont noirs, ses formes musculaires on ne peut plus développées ; l'expression de la physionomie n'indique aucune souffrance; les pommettes sont colorées, mais leurs couleurs semblent plutôt naturelles qu'anormales ; les lèvres sont volumineuses, injectées; le facies, en un mot, se rapproche assez de celui des sujets dont le cœur est hypertrophié. Toutes les fonctions sont successivement interrogées, et de cet examen nous obtenons le résultat suivant : affaissement général, mais douleur précise nulle part; intelligence saine ; la respiration s'exécute facilement, sans douleur, sans toux, sans expectoration ; le cœur est volumineux, ses battemens sont larges, mais réguliers; il n'existe point de douleur précordiale, pas de palpitations. | L'appareil digestif n'est guère plus fertile en phénomènes qui puissent éclairer notre diagnostic ; la langue est légèrement rosée sur ses bords et sa pointe, pendant que sa base est couverte d'un enduit blanchâtre; la soif est peu vive, l'appétit nul; sensibilité épigastrique peu vive, pas de constipation, non plus que de dévoïement. Les signes obtenus étaient-ils suffisans pour expliquer d'une façon satisfaisante l'état de ce sujet? Non sans doute; nous dûmes donc revenir sur nos pas, et procéder à une exploration plus attentive : l'auscultation fut appelée à notre aide, et nous trouvâmes en avant et à droite, dans le tiers supérieur environ de ce côté, un râle crépitant à très-petites bulles, percevable surtout vers la quatrième et la cinquième côte droite, et se rapprochant du sternum ; en avant et à gauche, une respiration puérile on ne peut plus marquée dans toute cette portion du poumon. En arrière, respiration puérile très-sonore, comme devant, pendant qu'à droite une bronchophonie très-claire se fait entendre dans les fosses sus et sous-épineuses, entre le rachis et la côte de l'omoplate. Après l'auscultation, persuadés qu'un diagnostic ne saurait être as

| (19) sis sur des bases trop larges, nous eûmes recours à la percussion : elle nous donna un son mat à la partie postérieure et supérieure droite du thorax. À l'aide de ces signes, nous reconnaissons l'existence d'une vaste pneumonie , qu'avec les auteurs nous appellerons latente, puisqu'elle n'a été annoncée par aucun des signes qui caractérisent l'inflammation du poumon ; savoir : douleur de côté, toux, expectoration, dyspnée, fièvre. | On use de la méthode antiphlogistique, selon que semblait le commander la constitution de l'individu, c'est-à-dire largement, mais sans succès : car, malgré nos efforts, nous voyons chaque jour la matité s'étendre, nous voyons une douleur vive avec teinte ictérique se développer dans la région hépatique, d'où elle s'irradie à toute la base du thorax. L'état de stupeur que nous avons déjà signalé augmente, la malade tombe bientôt dans un état comateux qui ne fait qu'augmenter malgré l'emploi des sinapismes et des vésicatoires sur les extrémités inférieures; elle meurt treize jours après son entrée dans les salles de clinique. Autopsie. — Thorax. Poumon droit hépatisé dans toute la partie postérieure et supérieure droite ; on trouve une plaque bien circonscrite s'étendant de haut en bas, depuis environ la troisième jusqu'à la sixième côte, complètement hépatisée, surtout au centre, et se confondant par nuances insensibles avec le tissu sain environnant. Dans certains endroits le tissu du poumon est induré, d'un rouge livide ; dans d'autres, la couleur se rapproche davantage d'un jaune paille, comme si un commencement de résolution avait existé, et que la partie colorante du sang eût été absorbée. Plus bas, un travail de suppuration était déjà établi, et nous avons trouvé deux petits foyers bien circonscrits; à gauche, engouement de toute la partie postérieure du poumon ; la partie antérieure de l'organe est perméable à l'air ; mais il offre une flaccidité et une mollesse remarquables. Les plèvres ne contiennent pas de liquide, elles sont tapissées par de nombreuses

(«20) fausses membranes; le cœur: est volumineux, les: cavités 'gauches sont hypertrophiées, leurs parois présentent une RrÉphisRe re 'considérable. Abdomen. La couleur du foie nous semble plus intense 'qué de coutume; sa consistance ne nous paraît pas sensiblement différer dé l'état naturel ; la vésicule est volumineuse et distendue par une bile épaisse et verdâtre ; le tube intestinal offre çà et là quelques plaques injectées, plus nombreuses à l'estomac que partout ailleurs. Cerveau. Aspect et consistance ordinaires. Cette observation nous paraît bien AUS par l'absence complète des signes rationnels. | III°. OBSERVATION. — SIXIÈME FAIT. La nommée Dubuquoy (fille), âgée de soixante-dix-sept ans, entrée le 6 avril à l'infirmerie. è Cette femme, d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une constitution détériorée, a les extrémités bleuâtres et terreuses, le facies altéré. Respiration. Toux très-fréquente , plaintive, continuelle, grasse , sans expectoration ; respiration tellement précipitée qu'il est impossible de compter le nombre des inspirations. Son clair dans toute la poitrine, excepté à la partie antérieure , supérieure et moyenne du côté droit, où le son est excessivement mat ; râle crépitant dans toute l'étendue du thorax correspondant à la matité. Circulation. Pouls médiocrement plein, régulier en apparence, d'une fréquence extrême , 104 pulsations par minute. Digestion. Langue injectée à la pointe, sèche à sa base, où elle est euduite de matière jaunâtre, peu épaisse. Soif, inappétence , point de nausées; elle a vomi il y a deux jours; abdomen insensible, constipation , urine abondante. Peau sèche ,médiocrement chaude.

(211) : Céphalalgie sus-orbitaire;; facultés mal conservées. (Préscription. Camomille, potion éthérée, deux vésicatoires aux, cuisses.) Le 8, le facies est moins altéré, la toux petite, point d'expectoration, son mat à la partie antérieure, supérieure et moyenne , tandis qu'il est très-clair à la partie inférieure. Cette affection est très-circonsrite , et étonne sous ce rapport. Morte dans la nuit. Autopsie. Maigreur; point d'infiltration, sternum un peu enfoncé. Poumon droit. Adhérences légères à la surface convexe : lobe supérieur rouge, à l'extérieur très-dur ; même couleur à l'intérieur, avec des pointes grisâtres rendant peu de liquide. Sérosité purulente , peu abondante ; il y a des points néanmoins où il y a véritablement du pus: lobe inférieur congesté. Plèvre. Beaucoup de ramifications qui lui donnent un aspect noirâtre , point de fausses membranes ; anciennes adhérences au poumon gauche, dans son lobe inférieur; noyau de la grosseur d'une noisette, blanchâtre à l'intérieur, paraissant cartilagineux ; congestion des deux lobes , crépitans et rendant de la sérosité écumeuse, et beaucoup de sang. | Cœur. Assez volumineux, dur; cloison du ventricule gauche légèrement épaissie; sa cavité, au contraire, un peu rétrécie ; ventricule droit à peu près dans l'état normal; du sang noir dans les deux cavités. Points cartilagineux dans toutes les valvules ; beaucoup de ce sang dans l'aorte, qui présente des plaques osseuses assez étendues dans sa portion pectorale et abdominale, où elles sont moins nombreuses. Estomac. Généralement dilaté, un peu moins à sa partie moyenne , contenant beaucoup de mucosités épaisses d'un blanc jaunâtre; ramifications très-nombreuses avec des points rouges; épaississement général de la muqueuse. Duodénum. Très-dilaté, vaisseaux du mésentère très-distendus, in testins grêles légèrement contractés, contenant une matière jaunâtre épaisse, ayant les vaisseaux sous-muqueux dilatés.

. (22) Gros intestins. Présentant à leur origine des ramifications et des points rouges, contenant des matières fécales. Reins n'offrant rien de remarquable; corps fibreux à la partie postérieure de la matrice; calcul dans la vésicule biliaire. | Vessie. Rien. : Cerveau. Méninges un peu infiltrées , substance grise et blanche un peu colorée, consistance moyenne. Pronostic de la pneumonie anormale. Par la seule raison que la pneumonie latente ne frappe en général que des individus affaiblis par l'âge, par des pertes abondantes, par des veilles, des chagrins, des maladies antécédentes, il est évident que la terminaison par résolution doit être plus difficile et plus rare que dans les cas où , normale et régulière, elle affecte des individus placés dans des circonstances opposées ; mais indépendamment de ces raisons que nous croyons bonnes, nous pensons que la seule circonstance de l'anomalie, dans la pneumonie, est une chose fâcheuse; je considère une pneumonie anormale comme un être imparfait, comme un rachitique (qu'on me pardonne cette comparaison }, dont les conditions d'existence ne sauraient être aussi favorables que celles d'un individu bien constitué. La cause, quelle qu'elle soit, qui donne lieu à l'anomalie, donne aussi des chances pour une terminaison funeste; de sorte que toutes choses étant d'ailleurs égales , il y a plus à craindre pour les jours d'un individu dont la pneumonie marche d'une, manière anormale, que pour celui dont la maladie offre tous les caractères réguliers. Si cette proposition ne peut pas se déduire du petit nombre de faits que nous venons de citer, elle se déduit de tous ceux que nous avons pu observer ; c'est aussi l'opinion des maîtres célèbres dont nous avons suivi \ les leçons.

(23) Traitement. Mon intention n'est pas d'exposer dans ses détails le traitement de la pneumonie , ce qui se trouve dans tous les auteurs, et ce qui dépasserait de beaucoup les bornes que je me suis prescrites pour ma dissertation inaugurale ; je veux seulement noter ici, que le traitement d'une pneumonie latente ne saurait être le même que celui d'une pneumonie ordinaire. On sent, en effet, que les moyens débilitans dits antiphlogistiques ne sauraient être mis en usage avec la même vigueur que dans les cas réguliers; si les malades sont vieux et faibles, la pathologie générale apprend que l'on doit ménager leurs forces, car il en faut pour que la nature puisse opérer la résolution; ainsi, les émissions sanguines générales ou locales seront pratiquées dans ce cas avec une sigrande réserve, qu'il sera même quelquefois nécessaire de s'en abstenir complètement ; dans quelques cas, on sera forcé de recourir de prime-abord aux révulsifs, même aux toniques , aux excitans, aux stimulans; c'est principalement dans ce cas de pneumonie latente que la méthode contro-stimulante de Rasori pourra devenir utile, bien que notre première observation ne lui paraisse pas favorable. FIN.

(44) HIPPOCRATIS APHORISMI. L. "1 { à Solvere apoplexiam, vehementem quidem, impossibile ; debilem vero , non facile. Sect. 2,.aph. 41. | IL. Lassitudines sponte abortæ morbos denuntiant. Zbid., aph..5. ITL Mulieri, menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere, bonum est. Sect. 1, aph. 33. I. À plagâ:in-caput , stupor, aut delirium, malum. Sect. 7, aph. 14. À: Duobus doloribus simul abortis, non in eodem loco , vehementior obscurat alterum. Sect. 2, aph. 46. VI. À peripneumoniâ phrenitis, malum. Ibid. , aph. 12.

DE

N° 157.

LA PNEUMONIE ANORMALE;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 11 août 1832, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine;*

PAR JEAN CLOUCHET, d'Ossun,

Département des Hautes-Pyrénées.

Tout l'édifice médical repose sur le diagnostic.
ROSTAN, Cours de méd. clinique, vol. 1^{er}.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.