

Engouement fébrile pulmonaire / présenté par le docteur Carmona y Valle.

Contributors

Carmona y Valle, Manuel María, 1827-1902.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

[Berlin] : H.S. Hermann, imprimeur, [1885?]

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/d6h84ddc>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

15

ENGOUEMENT FÉBRILE PULMONAIRE.

PRÉSENTÉ PAR

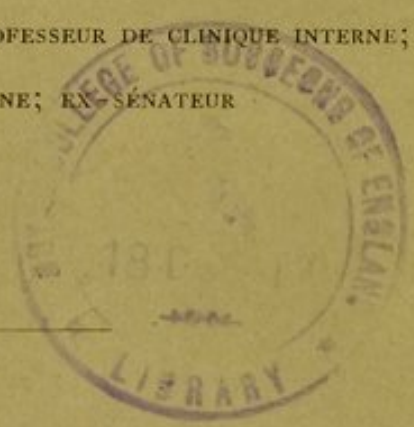
LE DOCTEUR

CARMONA Y VALLE

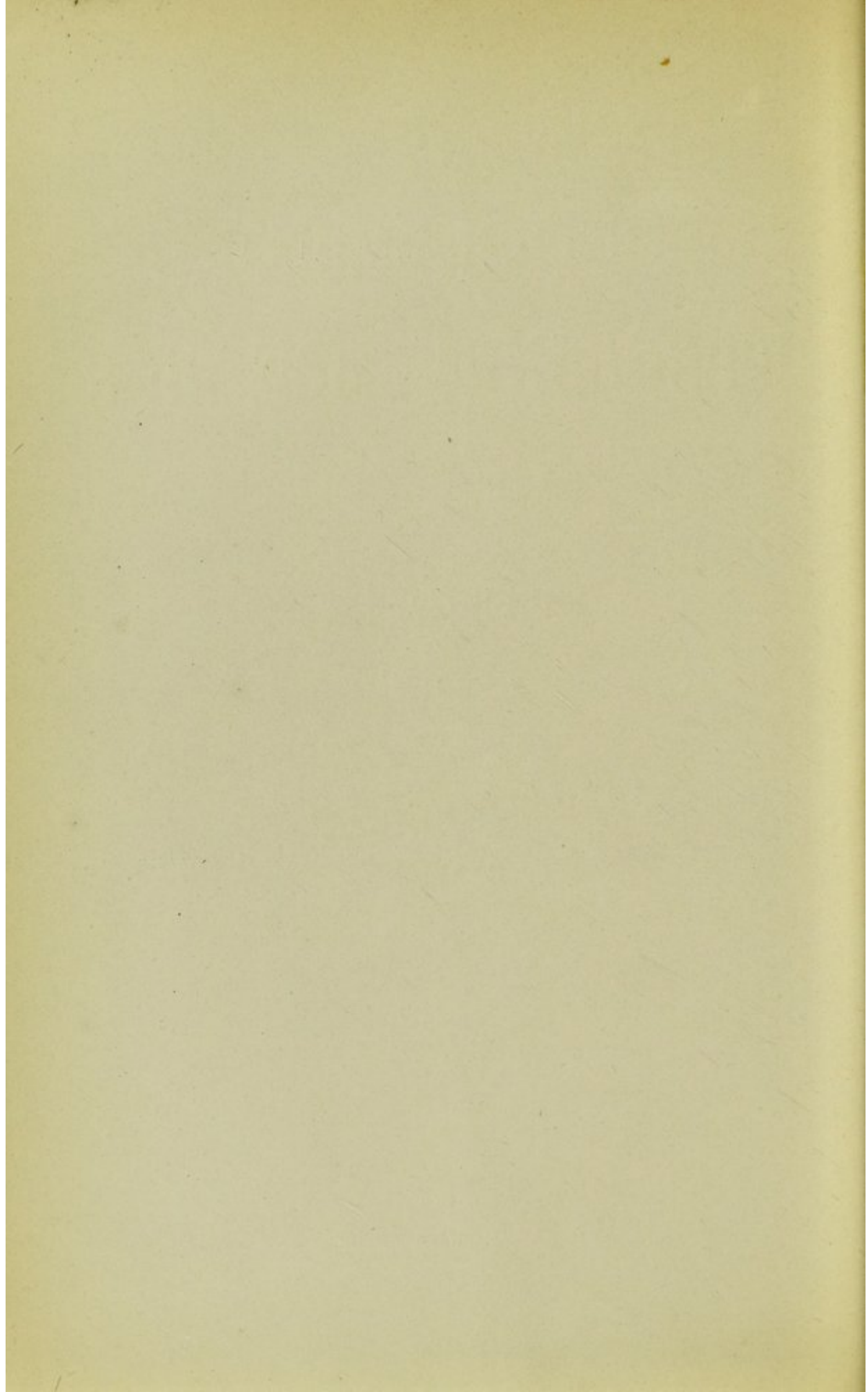
DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MEXICO; PROFESSEUR DE CLINIQUE INTERNE;

EX-PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE; EX-SÉNATEUR

ETC. ETC.



H. S. HERMANN, IMPRIMEUR.



ENGOUEMENT FÉBRILE PULMONAIRE.

PRÉSENTÉ PAR

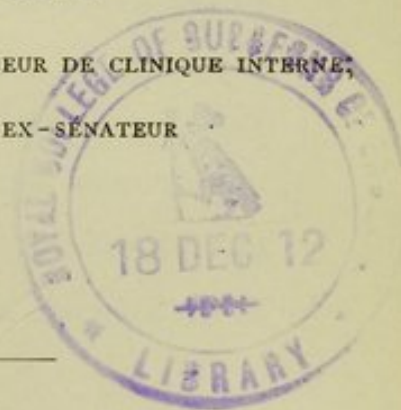
LE DOCTEUR

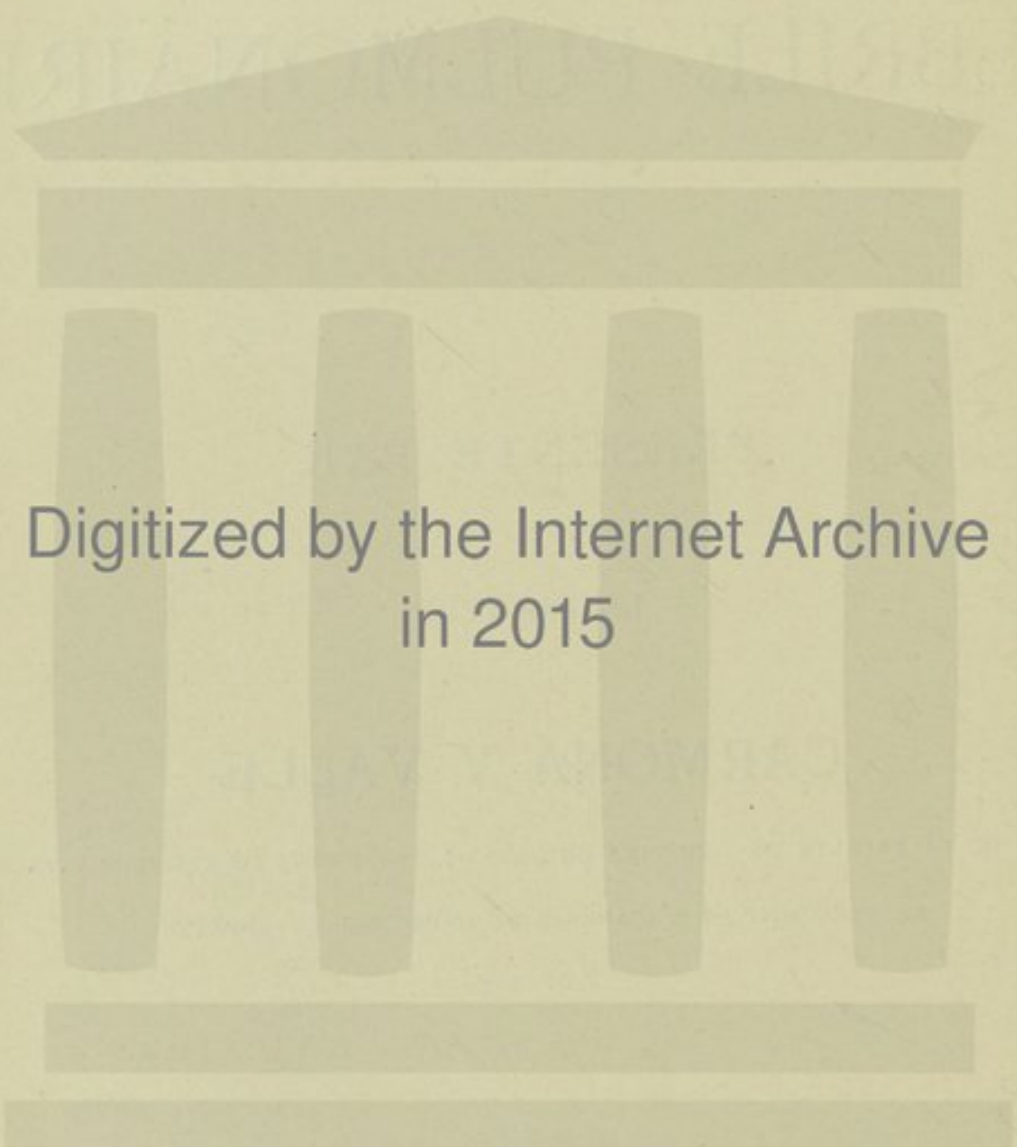
CARMONA Y VALLE

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MEXICO; PROFESSEUR DE CLINIQUE INTERNE;

EX-PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE; EX-SÉNATEUR

ETC. ETC.





Digitized by the Internet Archive
in 2015

<https://archive.org/details/b22458955>



Engouement fébrile pulmonaire.

Messieurs:

M. le Dr. Miguel Jimenez, mon cher maître et mon illustre prédécesseur à la chaire de Clinique interne que j'occupe actuellement à l'Ecole de médecine de Mexico, parlait fréquemment de pneumonies anormales et désignait sous ce nom certains cas dans lesquels il manquait ou les phénomènes stéthoscopiques ou bien les crachats rouillés etc.

J'ai toujours professé l'opinion qu'étant donné certaines conditions physiques, il doit nécessairement se produire des effets déterminés; je me suis proposé d'étudier ce point et de m'assurer s'il pouvait y avoir des pulmonies sans endurcissement complet du poumon ou sans la production de l'exsudation fibrineuse et caractéristique des crachats de la pneumonie.

Tout cela se passait il y a vingt ans, époque à laquelle les travaux bactériologiques et histologiques n'avaient pas l'importance qu'ils ont aujourd'hui.

Je me mis à l'oeuvre et je commençai à recueillir des

documents détaillés dans les Hôpitaux. J'arrivai bien vite à la conviction que chez nous du moins, il y a une entité morbide qui, sans être la pulmonie, a beaucoup de points de contact avec elle et c'est cette nouvelle maladie que j'ai dénommée: „Engouement fébrile pulmonaire“.

A ce sujet, j'ai présenté quelques travaux à l'Académie de médecine et plusieurs jeunes médecins l'ont choisi comme sujet de thèse pour le doctorat.

Aujourd'hui, au Mexique, tout le monde distingue la pneumonie croupale de l'engouement pulmonaire.

J'estime qu'un des motifs pour lesquels la différence de ces deux états morbides a tant tardé à se faire, a été la fréquence avec laquelle les deux maladies se compliquent.

Il est en effet très commun de voir là des malades commencer par un engouement pulmonaire et de constater, deux ou trois jours après, l'apparition des symptômes caractéristiques de la pneumonie croupale ou vice-versa.

Mais, comme il n'est pas rare de rencontrer des cas typiques et isolés de l'une ou de l'autre entité pathologique, il est alors facile de se convaincre de la nécessité qu'il y avait de faire cette différence.

Pour donner une idée générale de l'affection dont je m'occupe, je vais rapporter le dernier cas que j'ai observé:

Le Dr. E. V. âgé de 38 ans, bien constitué en parfaitement sain se sentit affecté de coryza et d'une légère bronchite le 28 mai de cette année.

Le 31 mai, se sentant mieux, il se lava et se rendit à ses occupations, mais dans la nuit il sentit des frissons, un malaise général et une sorte de douleur névralgique dans la fosse supra-épineuse [droite et au niveau des deux ou trois premiers espaces intercostaux. Il passa la nuit agitée et, dans la matinée du 1^{er} juin, il avait 38° C. de température, il toussait et rejetait des crachats sanguins; la douleur du thorax le faisait assez souffrir.

Je le vis à 2 heures de l'après-midi et je le trouvai assez abattu avec 50 inspirations par minute, la face rouge et les yeux injectés. Le thermomètre marquait 39,5° C. et l'expectoration hémoptoïque continuait. Le pouls était plein mais pas dur, il battait 116 par minute.

L'examen minutieux du thorax fit voir que le son était légèrement obscur au sommet du poumon droit; que le murmure vésiculaire était notablement diminué et qu'il y avait de temps à autre un râle muqueux; la résonance de la voix n'était pas exagérée.

Prescription: Un centigramme de calomel chaque heure; sulfate de quinine 59 centigrammes immédiatement; 50 autres centigrammes dans la nuit, et une quantité égale le matin suivant.

La toux et les crachats sanguinolents continuèrent toute la soirée; la douleur l'avait passablement abattu, mais dans la nuit le thermomètre descendit à 38° C.

2 juin à 9 heure du matin:

La nuit avait été très agitée et le sommeil fréquemment

interrompu; la toux avait beaucoup abattu le malade et l'expectoration continuait fluide et sanguinolente quoique peu abondante.

Le thermomètre marquait 39° C. et le pouls battait 108 fois par minute. Le nombre d'inspirations était de 40 à la minute. Les phénomènes stéthoscopiques étaient comme le jour précédent. Il n'y avait pas matité, ni souffle, ni râle crépitant, et la voix ne résonnait pas plus que dans le côté opposé.

Prescription: Deux portions de sulfate de quinine réparties dans le jour et une autre semblable le lendemain de bonne heure. Continuer le calomel.

Dans la nuit de ce même jour, le thermomètre descendit à la température normale pour ne plus remonter; le jour suivant le malade était en pleine convalescence. Cependant les crachats sanguinolents continuèrent jusqu'au 4 juin quoique la quantité diminuât peu à peu.

Jusqu' à ces derniers jours le Dr. E. V. est en parfaite santé.

Un de nos plus habiles histologistes, a fait l'analyse du crachat et a trouvé:

1. Globules de mucus.
2. Globules rouges du sang.
3. Leucosités.
4. Gouttelettes libres de graisse.
5. Peu d'épithélium pavimenteux de la bouche et du pharynx.

6. De nombreux streptococcus.

7. Il n'y avait pas de pneumococcus ni de bacilles de Koch.

Voici une maladie qui a beaucoup de points de contact avec la pulmonie: Douleur dans un côté du thorax: frissons; fièvre intense, toux, crachats sanguinolents, etc. . . . et qui pourtant en diffère parce qu'elle n'a pas la marche cyclique, et qu'elle ne présente pas les indices stéthoscopiques, ni les crachats rouillés non plus que les pneumococcus caractéristiques.

Après avoir observé un grand nombre de cas, je crois pouvoir donner une idée du tableau de cette maladie.

Symptômes.

Le commencement de la maladie peut être brusque; ou succéder à un état catarrhal antérieur; mais, dans l'un ou l'autre cas, le frisson plus ou moins intense est le symptôme initial.

Presque en même temps il se présente une douleur poignante sur un des côtés du thorax. Les côtés étant le siège de prédilection de la douleur.

La fièvre monte rapidement à 39, 40 et quelquefois 41°; la respiration devient plus fréquente, plus difficile; la toux apparaît et immédiatement viennent les crachats sanguinolents.

Le sang arrive mêlé aux muquosités, mais sa couleur

est parfaitement rouge et le crachat n'est ni adhérent ni visqueux mais entièrement fluide, clair, et non adhérent.

La quantité de crachats est ordinairement si abondante que dans la nuit on en remplit un crachoir, mais dans d'autres cas cette quantité est beaucoup moindre.

Généralement les malades comprennent la gravité de leur situation et la face présente les marques de l'angoisse et de la terreur.

La face devient rouge, les yeux s'injectent et, dans les cas graves, le corps se couvre de sueur.

Si dans ces cas on saigne un malade, le sang qu'on retire forme un caillot volumineux et de couleur sombre, tandis que, dans la pneumonie croupale, le caillot serait moins volumineux et avec une couenne inflammatoire comme on disait autrefois.

Les signes physiques sont toujours les mêmes:

Légère diminution des vibrations thoraciques;

Dans les endroits occupés par le poumon affecté: rémission du son obtenu par la percussion sans qu'il y ait matité;

Affaiblissement du murmure respiratoire et râles muqueux d'une sonorité plus ou moins forte.

Marche, durée et terminaisons.

Le groupement des symptômes est variable suivant l'intensité de la maladie, et il y a des cas si bénins que tout

le mal consiste en un certain malaise; quelque peu de toux et parfois une expectoration hémoptoïque; mais, dans certaines occasions l'affection a une intensité telle, qu'elle tue le malade en quelques heures.

Ces affections ont été désignées au Mexique sous le nom de pulmonie foudroyante.

Quand un cas pareil se présente, il survient un frisson intense et la température s'élève rapidement à 40°, 41° et même à 42° C.

Le malade est pris de douleurs intenses dans un ou dans les deux côtés du thorax; ces douleurs ont le caractère de point de côté et produisent une grande oppression car elles augmentent à chaque mouvement d'inspiration. La respiration est entrecoupée et très fréquente.

La face est rouge, les yeux injectés et la physionomie exprime l'angoisse et la souffrance.

Bientôt apparait la toux qui augmente le malaise du malade car chaque accès est un surcroit de douleur et d'angoisse.

L'expectoration est abondante et entièrement sanguinolente.

A l'examen du malade on trouve qu'un poumon tout entier ou une grande partie des deux sont affectés.

Au milieu de ce tableau alarmant une sueur froide apparait sur tout le corps; la face, les yeux et les lèvres prennent une couleur livide, le pouls tombe et devient fili-

forme, la respiration est de plus en plus difficile et le malade succombe à l'asphyxie.

Ces cas sont heureusement fort rares et dans le plus grand nombre d'entre eux les symptômes ne sont pas aussi intenses et ne se développent pas aussi rapidement.

La maladie alors a une durée variable; parfois elle se termine au deuxième ou au troisième jour; en d'autres occasions, elle se prolonge jusqu'à deux septénaires.

La fièvre parfois affecte une marche franchement intermittente, quoique dans le plus grand nombre des cas, elle ait une forme rémittente; il est à noter que l'on voit fréquemment survenir les rémissions pendant la nuit.

Quand la maladie décroît, on remarque que les crachats ne contiennent déjà plus de sang rouge et que leur coloration s'obscurcit chaque jour davantage.

Dans ces conditions il arrive habituellement que le sang se mêle plus intimement au mucus, et que prenant une teinte légèrement jaunâtre, les expectorations arrivent à simuler les crachats rouillés de la pulmonie.

Le médecin ne doit pas s'en rapporter à ce que l'expectoration ait perdu l'aspect d'une hémorragie récente, car il est très fréquent de voir redoubler le mal, d'observer que la douleur augmente soudainement, que la température s'élève de nouveau et qu'une autre fois l'expectoration contient du sang récemment sorti de ses vaisseaux.

Parfois l'engouement pulmonaire se complique de pulmonie.

Durant les 2 ou 3 premiers jours il n'existe que les symptômes de l'engouement, mais, peu à peu, apparaît l'expectoration franchement rouillée et, à l'exploration physique, on reconnaît l'existence d'un noyau plus ou moins étendu d'endurcissement pulmonaire.

En d'autres cas, la pulmonie apparaît la première avec son tableau complet de symptômes et, quelques temps après, on remarque que les crachats deviennent hémoptoïques et que le noyau pneumonique est entouré d'une atmosphère de congestion pulmonaire.

Diagnostic.

L'engouement pulmonaire se confond surtout avec la pulmonie, mais la confusion cessera si, dans cette maladie l'on tient compte des symptômes suivants: fièvre continue, expectorations rouillées et adhérentes; signes physiques d'un endurcissement pulmonaire; augmentation des vibrations thoraciques, matités, souffle, râles crépitants dans les limites etc. . . . que la marche cyclique de la pulmonie est de sept à huit jours et que dans le sang de la saignée le caillot est rétracté et recouvert d'une couenne inflammatoire.

L'engouement, au contraire, présente les signes suivants: fièvre intermittente ou rémittente, expectoration fluide, claire et hémoptoïque; les signes physiques sont ceux d'une congestion, avec exsudation liquide; la marche et la durée sont

très irrégulières mais les exacerbations sont très fréquentes; enfin le sang de la saignée donnent un caillot volumineux de couleur foncée et sans couenne inflammatoire.

L'engouement pulmonaire consécutif des lésions valvulaires du cœur ou des autres troubles de la circulation est différent de celui que nous étudions et se distingue:

- 1° Par les antécédents du malade,
- 2° Par l'absence de mouvement fébrile et de point de côté.

Pronostics.

Le pronostic est aussi varié que l'est l'intensité de la maladie; mais on peut dire que les symptômes de mauvais augure sont: l'intensité du mouvement fébrile; l'abondance de l'hémoptysie; la tendance aux exacerbations et l'extension des phénomènes physiques.

Tant que l'affection se limite à un seul côté, on peut espérer sauver la malade, mais ces espérances diminuent notablement quand les deux poumons sont affectés.

Anatomie. Pathologique.

A l'ouverture de la cavité thoracique il se trouve que la partie affectée du poumon est moins déprimée que les parties saines.

La coloration de l'organe est rouge foncé et les parties malades crépitent moins que les parties saines.

En faisant des incisions il coule un liquide séro-sanguin et la superficie de la section est lisse et non granuleuse.

Si l'on place dans l'eau un morceau de poumon il surnage moins que lorsque l'organe est sain mais il ne va pas au fond du vase.

La muquense bronchique est rougeâtre; les vaisseaux sous-pleuraux sont injectés mais il n'y a pas d'exsudations d'aucune espèce.

Traitement.

Dans les cas légers les moyens hygiéniques suffisent pour combattre le mal; mais dans les cas graves la médication doit être active et soutenue.

Si la dyspnée est intense, si la face et les yeux sont injectés, si le pouls est plein et dur, on doit recourir aux révulsifs:

Pédiluves sinapisés; sinapismes aux membres, ventouses à la paroi thoracique, etc. etc. . . .

Mais le moyen le plus héroïque que je connaisse, c'est d'ouvrir la veine et d'y pratiquer une émission sanguine proportionnée à l'âge, à la vigueur du sujet et à l'intensité de la maladie.

La violence de la douleur est efficacement combattue par les injections hypodermiques d'un sel de morphine et par les narcotiques administrés à l'intérieur.

Lorsque la perte du sang est très abondante les préparations de seigle ergoté rendent de bons services.

Mais la base du traitement doit être la médication quinique.

J'ai l'habitude de donner 1 gramme $\frac{1}{2}$ à 2 grammes de sulfate de quinine dans les 24 heures et, dans les cas plus graves, je n'hésite pas à augmenter la dose. Je fractionne généralement la quantité quotidienne en doses de 50 centigrammes que j'administre chaque 3 heures ou plus fréquemment selon que le cas l'exige.

Au début de la maladie, craignant de voir les symptômes de la pulmonie succéder à ceux de l'engouement, j'ordonne habituellement le calomel associé à la quinine; mais j'abandonne la préparation mercurielle aussitôt que je suis convaincu qu'il n'existe pas de symptômes d'endurcissement.

L'emploi des vésicatoires m'a toujours paru avantageux et j'y ai surtout recours lorsque les exacerbations sont fréquentes.

Nature du mal.

L'altitude de 2200 mètres au-dessus du niveau de la mer à laquelle nous vivons influe-t-elle sur la production de l'engouement pulmonaire?

Une forte hyperémie catarrhale pourrait-elle devenir hémorrhagique par suite du peu de pression sur la superficie du poumon?

L'unique manière de résoudre ces questions serait d'étudier si la maladie se développe dans tous les points aussi élevés que Mexico et si elle diminue d'intensité ou de fréquence à mesure que les populations sont placées à une altitude moindre; mais, comme ces renseignements nous manquent, nous ne pouvons rien dire au sujet de l'influence de cette cause.

S'agit-il d'une forme de l'impaludisme?

Au Mexique cette opinion a ses partisans qui se basent sur la fréquence avec laquelle la fièvre prend la forme intermittente ou tout au moins rémittente; mais la raison principale repose sur l'efficacité du sulfate de quinine.

Je ferai seulement remarquer que dans l'engouement pulmonaire il n'y a pas grossissement de la rate et que dans les cas où on les a cherchés on n'a point trouvé les hématozoaires de Laveran.

D'un autre côté, je pense que l'on ne peut déduire l'origine palustre du mal d'après l'efficacité du sulfate de quinine parce qu'il serait nécessaire de démontrer premièrement que les sels de quinine guérissent seulement l'impaludisme.

De plus le sulfate de quinine est un excellent anti-périodique mais il n'est pas toujours un excellent antipalustre.

Il guérit facilement les manifestations intermittentes de l'impaludisme comme il guérit les manifestations intermittentes du rhumatisme ou d'autres origines, mais il est

totalemant impuissant contre les fièvres rémittentes et contre les autres manifestations continues du mal des marais.

A-t-elle une origine microbienne?

Les stréptococcus que nous avons rencontrés dans les crachats auraient-ils une signification étiologique?

Toutes ces questions sont à résoudre et j'espère qu'avant longtemps, elles seront parfaitement définies dans un sens ou dans l'autre.

Prof. Dr. Carmona y Valle.