

Un certain nombre de signes, les uns fonctionnels, les autres physiques et généraux, permettent néanmoins de faire la part de chacun des éléments en jeu.

La chute brusque d'une température d'abord élevée (39 degrés à 39° 5) au début de la pleurésie plaide en faveur d'un élément mobile surajouté comme la congestion. Pour celle-ci plaident encore : les douleurs vagues, diffuses, qui viennent s'ajouter au point de côté pleurétique ; l'apparition très précoce de la dyspnée et son intensité ; enfin l'expectoration qui doit toujours donner l'éveil (bronchite, pneumonie, congestion).

Au niveau même de l'épanchement, la broncho-égophonie (et non plus l'égophonie simple) est un bon signe de congestion. On peut en dire autant de la zone de vibrations exagérées immédiatement au-dessus de la limite supérieure de la matité absolue, de la présence de signes de congestion du côté opposé à la pleurésie, de la brusque ascension du liquide et de sa non moins brusque descente sous l'influence d'un traitement approprié. M. Potain attribue encore une grande signification à la présence du souffle étalé, à la fois doux et grave dont il a été parlé plus haut.

A ces signes il faut ajouter ceux que M. Grancher a tirés de l'examen de la région sous-claviculaire, seule région où le poumon est le plus souvent accessible en cas de pleurésie. Toutes les fois que, étant donné un épanchement pleurétique de moyenne intensité, on constate dans cette région les signes de suppléance parfaite, c'est-à-dire une augmentation parallèle des vibrations, de la respiration et du son, on peut affirmer l'intégrité organique du poumon (+++, schème n° 1 de suppléance). Si, par contre, le tympanisme sous-claviculaire et les vibrations étant toujours exagérés, la respiration tombe au-dessous de la normale ou bien présente quelque altération de rythme ou de timbre, on doit admettre que le sommet du poumon est le siège d'une congestion plus ou moins intense (+ + —, schème n° 2 ou de congestion). Quant à la nature de cette congestion, simple ou tuberculeuse, elle se déduit de l'ensemble des troubles fonctionnels présentés par le malade, de ses antécédents pathologiques, des conditions au milieu desquelles s'est développée la maladie ; « mais je crois pouvoir dire dès à présent, ajoute M. Grancher, que cette variété de tympanisme constitue une forte présomption en faveur d'une congestion de nature tuberculeuse. »

4. *Congestion dans les affections cardiaques.* — Pendant la période de tolérance même la plus complète des maladies du cœur, il existe de la dyspnée : dyspnée diurne d'effort, de travail chez le mitral, dyspnée d'effort également, mais aussi dyspnée douloureuse, paroxystique et surtout nocturne (pseudo-asthme) chez l'aortique

et l'artério-scléreux avec hypertrophie du cœur. Dans tous les cas, l'auscultation du poumon s'impose, car tôt ou tard la congestion pulmonaire tient sous sa dépendance la gêne respiratoire qui s'accroît. Lasègue en décrit deux grandes formes dans sa magistrale étude des bronchites cardiaques : la forme mitrale et la forme aortique, la troisième, ou forme mixte, n'étant constituée que par l'association des deux premières.

La forme mitrale se caractérise par un état hypostatique du poumon avec râles humides sous-crépitaux aux deux bases, allant en décroissant graduellement de bas en haut ; en même temps existe d'ordinaire à la base un léger épanchement pleurétique. C'est là une congestion œdémateuse à marche lente, progressive, sans accès, torpide, produisant une suffocation graduelle qui s'ajoute à l'ancienne dyspnée d'effort.

Tout autre est la forme aortique. Ici on ne trouve plus cette gamme de râles humides allant *crescendo* du sommet à la base ; l'épanchement pleural fait complètement défaut ; ce qui domine, ce sont de petits foyers de râles sous-crépitaux, puis presque crépitaux, disséminés çà et là dans les poumons, s'accompagnant subitement, lorsqu'ils paraissent, d'accès de suffocation plus ou moins intenses, ou même d'hémoptysie bien avant que la maladie soit confirmée (Duclos, de Tours). Dans les grands accès de suffocation avec menace d'asphyxie, il n'est pas douteux qu'on ait affaire à l'œdème aigu congestif dont il a déjà été parlé. Heureusement, tandis que la bronchite mitrale prend droit de cité dans les poumons et s'y étend à son aise, la bronchite aortique disparaît en général avec la brusquerie de son entrée. « En poussant plus loin le parallèle, dit Lasègue, je pourrais dire que la première affection est une bronchite veineuse, passive, indolente ; la seconde, une bronchite à forme artérielle, active, à crises. »

Parfois au milieu d'une grossesse, vers le cinquième mois, on voit se développer des accidents pulmonaires redoutables par leur violence et par la rapidité avec laquelle ils éclatent. Soudain, la malade est prise d'une véritable orthopnée avec cyanose, pouls filiforme, expectoration sanglante, pluie de râles crépitaux fins du haut en bas : en un mot, d'un véritable catarrhe suffocant qui mène à l'asphyxie en quelques heures si la saignée n'est pas pratiquée immédiatement. Tel est parfois le premier signe d'une cardiopathie mitrale demeurée latente jusque-là. Le danger n'est pas toujours aussi immédiat, mais n'en reste pas moins grave. La congestion peut encore emprunter le cachet de la tuberculose aiguë (dyspnée, expectoration muco-purulente, vomissements provoqués par la toux, râles fins et humides dans la poitrine, sueurs nocturnes, émaciation

rapide, fièvre continue); ou même celui de l'asystolie lente et progressive, à début pulmonaire, si bien qu'en dépit des précautions l'asystolie est à la veille d'être au complet au moment de l'accouchement. Ce sont là les états congestifs que M. Peter a décrits sous le nom d'*accidents gravido-cardiaques*. Ils prédisposent souvent aux accouchements prématurés.

5. *Congestion dans la grossesse, la lactation.* — Comme Trousseau l'a bien fait remarquer, on voit encore des femmes qui, pendant tout le cours de la grossesse, durant tout le temps de l'allaitement, ont des signes de congestion pulmonaire, des crachements de sang, sans que ces hémorragies, qui cèdent spontanément après la délivrance et après la lactation, puissent être considérées comme symptomatiques de la présence de tubercules dans le poumon ou de lésions organiques du cœur.

6. *Congestion supplémentaire.* — Chez les femmes mal réglées ou qui ne le sont pas du tout, à la ménopause, la congestion du poumon n'est pas très rare. L'hémoptysie peut être alors considérée comme un accident en quelque sorte physiologique, en ce sens qu'il supplée une hémorragie naturelle qui, pour une cause ou pour une autre, ne se fait plus par les voies qu'elle avait l'habitude de suivre. On comprend cependant que les tubercules des poumons puissent servir de point d'appel à la congestion (Trousseau).

7. *Congestion dans les affections utéro-ovariennes, hépatiques et gastro-intestinales.* — Les fluxions ou inflammations utéro-ovariennes sont susceptibles de provoquer par voie réflexe dans le poumon et la plèvre, du même côté, un état fluxionnaire ou inflammatoire qui peut devenir prédominant et constituer la maladie principale. En général, la résolution est rapide; mais dans quelques cas la douleur du bas-ventre, qui s'est effacée pendant la durée des accidents thoraciques, reparaît après que ceux-ci se sont dissipés¹.

Au cours d'une attaque de colique hépatique, il n'est pas rare d'entendre à la base du poumon droit des râles crépitants, fins et nombreux. Cet état congestif, qu'a bien décrit N. Gueneau de Mussy, s'accompagne de fièvre, de toux et d'une expectoration visqueuse, exceptionnellement d'hémoptysie (Potain). Il cède d'ordinaire après deux ou trois jours de durée sous l'influence du traitement.

D'autre part, MM. Potain et Barié ont mis en lumière le rôle que jouent la congestion pulmonaire et la dilatation du cœur droit dans les accès de suffocation, qui compliquent les affections hépatiques et gastro-intestinales. Mais, en général, ces phénomènes n'ont ni la

1. POTAIN, Associat. franç. pour l'avancement des sciences, Congrès de Rouen, 1883.

soudaineté, ni la gravité des accidents décrits par M. Verneuil au cours de l'étranglement herniaire. Comme cet auteur l'a montré, des malades porteurs de hernies étranglées présentent tout à coup des phénomènes de cyanose, d'algidité et meurent rapidement sans qu'on trouve d'autre explication des accidents qu'une congestion pulmonaire extrêmement intense. En résumé, les irritations des viscères abdominaux provoquent, sans doute par voie réflexe, des troubles plus ou moins graves de la circulation pulmonaire (Potain¹).

8. *Congestion dans les affections chirurgicales.* — Du groupe des maladies précédentes on peut rapprocher, au point de vue pathogénique, les congestions consécutives à certains traumatismes, aux fractures de côtes, aux amputations du sein, aux grandes opérations, surtout aux opérations abdominales (kystes de l'ovaire, etc.), aux vastes brûlures. Dans ces divers cas, la nouvelle affection est capable de faire courir au malade un réel danger.

9. *Congestion dans les maladies nerveuses.* — C'est encore par voie réflexe que se produit l'hypérémie pulmonaire qui accompagne parfois, mais non toujours, comme le voulait Woillez, la névralgie intercostale.

Chez les hystériques, les congestions du poumon suivies d'hémoptysie ont été signalées par de nombreux auteurs. Passagères, presque toujours unilatérales et localisées du même côté que l'hémi-anesthésie, elles sont souvent considérées à tort comme un indice de tuberculose².

On les a observées également dans l'hémorragie cérébrale (Charcot et Ollivier), les tubercules de l'encéphale (Fleischmann), les traumatismes cérébraux, l'épilepsie, la paralysie du pneumogastrique. La congestion du poumon est ordinairement double dans les traumatismes cérébraux, unilatérale dans l'apoplexie, et elle siège alors du côté opposé à la lésion cérébrale. Son apparition suit de quelques heures ou de quelques jours l'accident, et c'est à la base du poumon qu'il faut la chercher tout d'abord. Lorsque la poussée congestive est trop violente, elle va même jusqu'à déterminer la formation de petits foyers d'apoplexie pulmonaire.

10. *Congestion pulmonaire par variations barométriques.* — La congestion pulmonaire au cours des ascensions de hautes montagnes

1. L'étude critique et expérimentale de ces faits, poursuivie par MM. Arloing et Morel, François-Franck, en prouvant le bien fondé de cette proposition, a démontré : que les vaisseaux pulmonaires subissent un spasme de nature réflexe, mais que c'est par le sympathique et non par le pneumogastrique que leur arrive l'incitation vasomotrice; qu'il en résulte dans le cœur droit une élévation de pression capable de produire une insuffisance tricuspidiennne avec toutes ses conséquences.

2. DEBOVE, Rech. sur l'hystérie fruste et sur la congestion pulmonaire hystérique (*Soc. médicale des hôpitaux*, 10 nov. 1882).

a été longtemps attribuée à la raréfaction de l'air; or, d'après Jourdanet et Paul Bert, elle serait causée par l'anoxémie.

11. *Congestion a vacuo*. — La congestion œdémateuse qui apparaît après la thoracentèse en est le plus bel exemple. Pendant la ponction, ou immédiatement après, le malade est pris de quintes de toux incessantes, d'oppression et se met à cracher un liquide mousseux, incolore, albumineux. L'auscultation permet d'entendre des râles fins d'œdème pulmonaire. En général, les accidents durent quelques instants; mais ils peuvent durer plusieurs heures, même vingt-quatre heures, et pendant ce temps le malade, en proie à une vive anxiété, à une oppression considérable, rend une quantité parfois énorme de liquide (250 grammes à un 1 litre et davantage). Dans des cas tout à fait exceptionnels, ils se sont développés avec une telle brusquerie et une telle violence que l'asphyxie est survenue en quelques minutes ou en quelques heures. Mais que les accidents aient été bénins, graves ou mortels, ils ont toujours été liés soit à l'issue immédiate d'une très grande quantité de liquide, soit à des complications (adhérences, broncho-pneumonie tuberculeuse, affection cardiaque) et le plus souvent à ces deux causes réunies (Dieulafoy¹).

Traitement. — *Congestion idiopathique.* — La congestion subite et générale des poumons avec menace d'asphyxie exige que la saignée soit pratiquée d'urgence. Dans les autres cas, l'ouverture de la veine doit être considérée comme un traitement de choix qui peut encore rendre de grands services. On y aura recours si le malade est fort et vigoureux, la dyspnée considérable, l'anxiété vive et si les signes stéthoscopiques dénotent un trouble assez étendu de la respiration. Concurrément avec ce moyen, ou à son défaut, on prescrira un vomitif, des sangsues ou des ventouses scarifiées *loco dolenti* et une préparation opiacée. Dans les cas peu intenses, le vomitif et les ventouse scarifiées, ou un seul de ces moyens, de larges cataplasmes sinapisés, des ventouses sèches suffisent ordinairement. Si la toux est trop quinteuse et la douleur intolérable, l'injection de morphine produira un soulagement immédiat. Quel que soit le degré d'intensité de la maladie, Woillez conseille le traitement suivant :

- | | | |
|--|---|--|
| 1° Eméto-cathartique..... | { | Poudre d'ipéca..... 1 ^{gr} , 50 |
| 2° 6 à 8 ventouses scarifiées <i>loco dolenti</i> ou des sangsues. | | Tartre stibié..... 5 centigrammes. |
| 3° Pilule d'extrait thébaïque à administrer le soir. | | |

1. L'œdème et la congestion pulmonaire peuvent reconnaître une origine toxique et c'est à cette origine que se rattachent bon nombre de variétés citées plus haut. On a même tiré parti de certains poisons, comme la muscarine, pour l'étude expérimentale de la dyspnée cardiaque et de l'œdème pulmonaire. Consulter. *Klinische und experimentelle Studien* von BASCH, Bd. I, Berlin, 1891.

Le changement rapide, dû au traitement, devient une des données confirmatives du diagnostic les plus précieuses. La persistance des phénomènes d'hypérémie démontre, d'après Woillez, qu'il ne s'agit pas, comme on avait pu le penser tout d'abord, d'une congestion pulmonaire idiopathique, mais d'une hypérémie du poumon marquant l'invasion d'une maladie plus grave ou plus compliquée.

Si l'on a affaire à une fluxion pleuro-pulmonaire ou à une spléno-pneumonie et que, malgré le traitement précédent, les signes persistent, on mettra un vésicatoire ou l'on se contentera de l'application journalière de cataplasmes sinapisés ou bien de badigeonnages iodés espacés tous les deux ou trois jours.

La ponction de la plèvre n'est pas indiquée dans les cas simples de fluxion pleuro-pulmonaire. Toujours inutile, elle peut souvent être nuisible en entravant l'heureux effet d'une couche de liquide (Dufflocq). Cependant on a vu une ponction à blanc faite par erreur modifier heureusement les signes de la congestion.

On fera autant que possible l'antisepsie de la bouche et de la gorge au moyen de lotions et de gargarismes appropriés.

Enfin on se gardera de reprendre trop rapidement l'alimentation dans les cas aigus; on recommandera au malade de ne pas s'exposer au froid, afin d'éviter les rechutes, du reste peu fréquentes.

Chez les enfants, l'ipéca fera tous les frais du traitement: la dose sera de 30 centigrammes à 1 gramme de poudre suivant l'âge de l'enfant, unie à 20 ou 30 grammes de sirop d'ipécacuanha et donnée par cuiller à café, toutes les cinq minutes, jusqu'à effet vomitif (Cadet de Gassicourt). On pourra y ajouter des ventouses sèches ou même scarifiées si la douleur est vive et l'enfant déjà un peu âgé.

Congestion et œdème dans les maladies. — La congestion active, symptomatique, associée, est bien souvent justiciable du même traitement que la congestion primitive, idiopathique: suivant les indications, on donnera la préférence à la saignée générale, aux ventouses scarifiées et à l'ipéca, aux vésicatoires volants, ventouses sèches, cataplasmes sinapisés ou badigeonnages de teinture d'iode.

Mais dans un certain nombre de faits l'hypérémie et l'œdème du poumon demandent un traitement particulier. C'est ainsi qu'on pourra, en appliquant de larges cataplasmes sinapisés sur les jointures, chercher à ramener vers les articulations le rhumatisme articulaire aigu qui tend à se localiser dans le poumon. Chez les tuberculeux on a le plus souvent recours aux révulsifs, pointes de feu, badigeonnages iodés, cautère à la pâte de Vienne; le tartre stibié à dose rasorienne (Fonssagrives) ou le kermès (Gueneau de Mussy, Pidoux) ont été recommandés également. Pendant leur période aiguë, les manifestations arthritiques n'exigent pas de médication spéciale;

mais, cette période une fois passée, on ne négligera pas le traitement général si l'on veut abrégé la durée de ces manifestations et éviter leur retour. Les eaux minérales sont alors tout indiquées. Les sources arsenicales du Mont-Dore, de la Bourboule, les eaux sulfureuses d'Aix (en Savoie), de Cauterets, de Luchon, les eaux sulfureuses sodiques et arsenicales de Saint-Honoré ont été spécialement préconisées. Au traitement par les eaux on adjoindra l'iode de potassium continué pendant longtemps à très petite dose (15 centigrammes par jour). Dans les formes rémittentes, l'arsenic, l'iode de potassium, le sulfate et le valérianate de quinine ont donné de bons résultats.

S'il s'agit d'une maladie infectieuse et adynamique qui occasionne un séjour prolongé au lit comme la fièvre typhoïde, il faut s'efforcer de prévenir ou de modérer la congestion hypostatique en veillant à ce que le malade se couche tantôt sur le côté, tantôt sur le dos, à ce qu'il ait le tronc suffisamment soulevé. On fera appliquer des ventouses sèches, on donnera les toniques, les stimulants et au besoin la digitale ou la caféine, de façon à combattre la pneumonie hypostatique.

Contre la congestion bibasique des cardiaques on recommandera tout d'abord le repos absolu et l'on prescrira les ventouses sèches, la digitale, les diurétiques, les purgatifs. Sur ces derniers agents l'on devra particulièrement insister, si l'œdème est causé par une maladie hydropigène. Le régime lacté dans tous ces cas doit être maintenu en principe.

En présence d'accidents gravido-cardiaques, de congestion pulmonaire généralisée, d'œdème aigu congestif des cardiaques, des brightiques, il faut pratiquer sans hésiter une large saignée.

E. PARMENTIER.

PNEUMONIE LOBAIRE AIGUË

Définition. Historique. — Appliqué longtemps sans distinction à beaucoup d'affections thoraciques, le terme pneumonie (péri-pneumonie des anciens) désigne, depuis Laennec qui en a fixé les signes stéthoscopiques, un état morbide bien défini. Les expressions : pneumonie croupale, catarrhale, hypostatique, caséuse, représentent des abus de langage, uniquement fondés sur les caractères

anatomiques grossiers des maladies qu'ils désignent, et qui n'ont du reste avec la pneumonie vraie aucun point commun.

La découverte du germe contagieux, cause incontestable de cet ensemble symptomatique, est venue donner à la pneumonie lobaire une autonomie scientifique et définitive.

L'invasion d'un ou plusieurs lobes du poumon par un exsudat fibreux qui leur prête une consistance spéciale, telle est sa caractéristique anatomique. Cliniquement, c'est une maladie infectieuse, fébrile, à début et à déclin brusques, à marche cyclique, avec troubles respiratoires habituellement prédominants, consistant en : point de côté, dyspnée et expectoration visqueuse spéciale. La présence dans l'exsudat, dans les crachats, d'un micro-organisme spécifique, la sépare nettement de tous les complexes qui, par leurs signes ou leurs lésions, semblent s'en rapprocher.

L'histoire de la pneumonie est donc de date relativement récente, si l'on songe qu'aux temps hippocratiques, pleurésie, pneumonie et bronchite étaient à tout moment confondues, et qu'Arétée, Cœlius Aurélianus, Bichat, Morgagni, qui séparaient théoriquement ces états, n'avaient pour les différencier cliniquement aucun repère précis.

De la description magistrale de Laennec (1819) date bien réellement l'existence médicale officielle de la pneumonie lobaire. En reconnaissant à l'inflammation pulmonaire trois degrés répondant chacun, pour l'oreille du médecin, à des signes déterminés, l'inventeur de l'auscultation mit fin au chaos qui existait avant lui.

La nature de la pneumonie fit de tout temps les frais de controverses qui, à l'heure présente, sont à peine apaisées. Tandis qu'elle était regardée par Hippocrate, le moyen âge et la Renaissance comme une *fièvre* à détermination sur le poumon, Laennec en veut faire le type de l'inflammation de cet organe ; Broussais la déclare également phlegmasie locale (phlegmon du poumon). Puis la conception hippocratique renaît avec Grisolle, avec Marrotte (1855), qui voient de nouveau dans la pneumonie une fièvre à détermination pulmonaire, enfin avec Parrot qui la considère comme une fièvre herpétique avec localisation sur le poumon.

En 1874, Jürgensen, se basant sur des remarques purement cliniques, ne craint pas d'affirmer la spécificité de la pneumonie et soupçonne en elle un agent particulier qui lui donne rang parmi les maladies infectieuses. Bientôt, plusieurs relations d'épidémies pneumoniques, de faits bien observés de méningite, d'endo-péricardite, d'albuminurie compliquant la pneumonie, viennent donner crédit à cette idée. Les derniers défenseurs de la théorie inflammatoire se retranchent alors derrière la distinction d'une pneumonie franche *a frigore* et d'une pneumonie typhoïde infectieuse, jusqu'au moment