

CHAPITRE TROISIÈME.

ŒDÈME PULMONAIRE.

**Étiologie et pathologie générale.** Étant donnée la structure anatomique des poumons, l'œdème pulmonaire consiste en une transsudation d'un liquide albumineux et ordinairement teinté de sang, non seulement dans la trame interstitielle, mais à l'intérieur même des alvéoles. On s'explique aisément le danger de cet état par les désordres considérables de la respiration qui doivent immédiatement en résulter. En effet, l'œdème pulmonaire est très fréquemment le *phénomène ultime* qui met fin à toutes les maladies possibles, aiguës et chroniques. Beaucoup de malades meurent, comme on a l'habitude de dire, avec les signes de l'œdème pulmonaire. Ce sont de préférence ceux qui sont atteints de maladies du cœur, du poumon et du rein, mais aussi ceux qui souffrent des affections les plus diverses.

Il arrive moins souvent que l'œdème pulmonaire n'est qu'un désordre transitoire. Ainsi, au cours d'affections du cœur et de maladies chroniques du rein, on voit parfois se déclarer des attaques répétées d'œdème pulmonaire dont les malades triomphent, au moins pour quelque temps.

Autrefois il régnait beaucoup d'opinions erronées sur les *causes véritables* de l'œdème pulmonaire. C'est ainsi qu'on croyait généralement que la fluxion artérielle pouvait provoquer un œdème dans le poumon. Il est établi à présent par les recherches expérimentales de COHNHEIM et de ses élèves que l'œdème pulmonaire doit être envisagé simplement comme un *œdème par stase*. Celle-ci se produit quand le déversement du sang veineux pulmonaire est entravé par un obstacle qui ne peut plus être vaincu par la force de propulsion du ventricule droit. L'obstacle qui joue ici le rôle capital et qui peut se présenter dans toutes les maladies possibles ; — plus facilement, cela va sans dire, dans celles que nous venons de nommer que dans les autres, — c'est la *défaillance du ventricule gauche*. Si, de ce chef, la progression du sang est enrayée d'une façon considérable, il en résulte par une conséquence inévitable et malgré les plus énergiques efforts du cœur droit, un trop plein de la circulation pulmonaire et la formation de l'œdème. Tout œdème terminal dérive de ce que l'action du ventricule gauche défaille plus tôt que celle du ventricule droit.

Il faut distinguer du véritable œdème par stase que nous venons de décrire, l'*œdème inflammatoire du poumon*. Celui-ci se rencontre au pourtour de foyers d'infiltration pneumonique ; il est ordinairement moins étendu, et partant de moindre valeur au point de vue de la respiration, que l'œdème passif généralisé.

Dans des cas très rares il peut se manifester, comme nous l'avons observé, chez des personnes ayant toutes les apparences de la santé, un *œdème aigu*, prétendument *primitif*, se terminant par la mort subite et dont l'autopsie ne révèle pas la cause productrice. Il est probable qu'il s'agit également d'une faiblesse soudaine du ventricule gauche.

**Symptômes.** Le symptôme le plus frappant dans l'emphysème pulmonaire, c'est l'extrême *dyspnée*. Ce n'est que quand les malades sont déjà agonisants et qu'ils n'ont plus conscience d'eux-mêmes que la gêne de la respiration passe à l'arrière-plan.

La *respiration* dans l'œdème pulmonaire est accélérée, pénible et râlante. Tous les muscles auxiliaires se tendent à la fois. Les malades se dressent ordinairement dans leur lit. Les lèvres et les joues se cyanosent de plus en plus. A distance même on entend les râles humides qui bouillonnent dans les grosses bronches.

A l'examen du poumon, pour autant qu'il n'y a pas de maladie pulmonaire concomitante, la *percussion* ne produit généralement que des sons normaux. La résonance est parfois un peu plus brève, quelquefois légèrement tympanique. A l'*auscultation* on perçoit de tous côtés de nombreux râles humides à fines et à moyennes bulles. Si les malades ne savent pas cracher, ils laissent couler en abondance un *liquide spumeux et sérosanguinolent*. L'ensemble du tableau morbide est tellement caractéristique que la situation ne peut que rarement être méconnue.

**Traitement.** Comme dans la plupart des cas, l'œdème pulmonaire est beaucoup moins la *cause* qu'un *signe* de l'approche de la mort, nos moyens sont bien souvent impuissants contre lui. Néanmoins, nous devons tâcher, surtout quand l'état n'est pas absolument désespéré, d'obvier à l'encombrement de la petite circulation. Il résulte clairement de la pathogénie de l'œdème pulmonaire que c'est le cœur, et principalement le ventricule gauche, qui doit attirer l'attention. Donc il faut recourir à des *excitants énergiques*, surtout aux *injections* sous-cutanées de *camphre* et d'*ether* (toutes les demi-heures ou toutes les heures). A l'intérieur on donnera du camphre, du musc, du vin et du fort café noir. De plus, on appliquera de forts *stimulants sur la poitrine*, de grands sinapismes, des éponges chaudes, etc. Parfois les *affusions froides* dans le bain procurent une amélioration marquée de la respiration qui commençait à s'engager. Si les malades sont encore forts et bien nourris, la *saignée*, en cas de cyanose considérable et généralisée, a quelquefois un résultat visible. Les *vomitifs* n'y font pas grand'chose et ils sont même dangereux à cause du collapsus qu'ils entraînent quelquefois à leur suite. Par contre, une énergique « dérivation sur l'intestin » (senné, calomel,

lavements vinaigrés) peut avoir un avantage réel. De même l'*acétate de plomb* à grandes doses (une poudre de 0,05 à 0,1 par heure), préconisé empiriquement par TRAUBE, mérite d'être essayé.

De cette manière on peut, notamment dans les maladies aiguës (typhus, pneumonie), avoir la chance de détourner l'invasion de l'œdème pulmonaire par une rapide et énergique intervention. Mais quand l'œdème pulmonaire vient compliquer des maladies chroniques incurables (maladies du cœur et du rein), les moyens énumérés plus haut ne sont malheureusement pas en état de conjurer la mort, qui s'avance avec tout l'appareil symptomatique de l'œdème du poumon.

## CHAPITRE QUATRIÈME.

### PNEUMONIE CATARRHALE.

(Broncho-pneumonie. Pneumonie lobulaire.)

**Étiologie.** La pneumonie catarrhale n'est pas, comme la pneumonie croupale, une maladie autonome, renfermée dans des limites cliniques déterminées; elle n'est le plus souvent qu'un épiphénomène qui vient, à titre *secondaire*, incider le cours des maladies aiguës et chroniques les plus diverses. Presque toujours elle fait suite à une bronchite. Le même processus qui produit le catarrhe de la muqueuse bronchique, en se propageant plus avant aux bronchioles et aux alvéoles du poumon, y donne lieu à la pneumonie catarrhale.

Dans toutes les maladies graves, soit aiguës, soit chroniques, les conditions sont éminemment favorables au développement de l'inflammation des bronches et consécutivement des alvéoles pulmonaires. Sur tout le parcours de l'arbre respiratoire, de même que dans les régions plus élevées de la bouche et du pharynx, il s'amasse aisément, chez les malades profondément atteints, de la salive, des mucosités, etc. L'expectoration laisse à désirer et le décubitus dorsal prolongé se prête à l'accumulation des produits sécrétoires, notamment dans les lobes inférieurs du poumon. On a plus de peine à entretenir la bouche et l'arrière-gorge en état de propreté que dans les circonstances ordinaires. Le mucus qui les humecte, de même que les débris épithéliaux et les résidus d'aliments qui y séjournent, deviennent le réceptacle de champignons et de bactéries qui éveillent et entretiennent des processus de putréfaction. Ces agents inflammatoires, en pénétrant dans les voies aériennes avec l'air inspiré, rencontrent partout un

terrain des plus propices pour s'établir et se multiplier. Des voies aériennes supérieures ils sont aspirés vers le bas. A partir des grosses bronches le processus descend vers celles de moindre calibre et finit par donner lieu à la pneumonie catarrhale. En outre, il faut tenir compte de ce que beaucoup de malades gravement atteints avalent difficilement. Ils déglutissent de travers et des parcelles d'aliments pénètrent dans les conduits aériens, avec les agents phlogistiques qui y adhèrent. Ce que la toux rejette dans d'autres circonstances, reste en place, se décompose et donne naissance à de la bronchite et à de la pneumonie lobulaire.

On explique de cette façon comment il se fait que la pneumonie lobulaire se déclare si souvent au cours de maladies les plus disparates. En effet, nous l'observons, d'abord *chez tous les malades à sensibilité obtuse* (typhus grave, méningite, etc.), puis chez ceux qui sont frappés *dans les centres nerveux*; et qui par suite d'*affections bulbaires* négligent de tousser ou d'avalier. Dans tous les cas semblables, les pneumonies lobulaires doivent être envisagées comme des complications et méritent, en considération de leur mode d'origine, le nom de *pneumonies par aspiration* ou *par déglutition de travers*. Nous verrons bientôt que ces dernières peuvent, dans certaines conditions, se transformer en gangrène pulmonaire circonscrite.

Tandis que les éléments étiologiques susdits, qui entrent en ligne de compte dans la pathogénie de la pneumonie lobulaire, n'ont comme tels rien à faire avec la nature fondamentale de la maladie, par ailleurs il existe certains germes infectieux, qui *de prime abord* se localisent exclusivement, ou tout au moins par prédilection, dans les voies aériennes. A cette classe appartiennent avant tout les contagés de la *rougeole* et de la *coqueluche*, puis, à un certain degré, de la *diphthérie*, de la *variole*, etc. Or, c'est tout juste dans ces maladies que nous voyons principalement la pneumonie lobulaire se déclarer à la suite de la bronchite. Un cas semblable étant donné, il n'y a vraiment pas moyen jusqu'ici de décider si la bronchite est sous la dépendance directe de la cause morbide spécifique, ou si elle ne constitue qu'une complication qui peut survenir dans toute autre maladie. Les pneumonies lobulaires qui compliquent la diphthérie (de même que la variole grave) ne sont, la plupart, selon toute probabilité, que des pneumonies par aspiration ou par déglutition de travers, dont on s'explique facilement le développement dans ce genre de maladies. Dans la rougeole, au contraire, et dans la coqueluche, on serait plutôt tenté de croire à une causalité directe entre la pneumonie et l'agent spécifique de la maladie, quoique les autres causes productrices de la pneumonie lobulaire puissent également être invoquées ici.