

TROUBLES DE LA CIRCULATION PULMONAIRE

Par le D^r A.-B. MARFAN

Médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine

CHAPITRE PREMIER

CONGESTIONS PULMONAIRES⁽¹⁾

Historique. — Pour être complet, l'histoire des congestions pulmonaires devrait remonter bien loin, car les faits que nous décrivons sous ce nom étaient connus depuis les temps les plus anciens. Leur interprétation, il est à peine besoin de le dire, a varié suivant les doctrines médicales, et l'idée que nous nous en faisons aujourd'hui diffère totalement de la conception qu'en avaient les anciens auteurs⁽²⁾. Il serait intéressant, à ce propos, de comparer entre elles nos idées et les conceptions anciennes, mais ce travail nous entraînerait trop loin⁽³⁾.

Au début de notre siècle, la question de la congestion pulmonaire était embrouillée et négligée. Laënnec n'avait décrit que l'œdème pulmonaire; il considérait la congestion pulmonaire comme une altération cadavérique. Andral (1829) étudia la congestion pulmonaire sous le nom d'*hyperémie*. Il opposait l'*hyperémie sthénique*, par irritation active, à l'*hyperémie asthénique*, due à une diminution de tonicité des vaisseaux capillaires ou à une stase sanguine.

Dechambre montra la réalité et la fréquence de la congestion pulmonaire chez le vieillard. Legendre et Bailly affirmaient son existence chez l'enfant; ils l'avaient observée fréquemment associée à la broncho-pneumonie.

Fournet, en 1859, alla plus loin; il décrit une congestion pulmonaire pathologique, constituant à elle seule une véritable maladie⁽⁴⁾. Cette idée fut reprise et développée par Woillez (1854, 1866, 1872), qui admit une *congestion-maladie*, distincte des *congestions secondaires*. Le type clinique décrit par Woillez a été généralement accepté. Son étude a été complétée depuis; M. Potain et ses élèves (Duflocq, Serrand) ont mis en évidence la participation pleurale au cours de certaines congestions pulmonaires. M. Grancher a décrit sous le nom de spléno-

⁽¹⁾ Pour cette seconde édition, les chapitres des congestions et des œdèmes pulmonaires ont été revus avec la collaboration de M. le D^r AVIRAGNET.

⁽²⁾ WOILLEZ, *Traité des maladies des voies respiratoires*, Paris, 1872. — E. BARIÉ, *Dict. encyclopédique des sc. mèl.* — QUEYRAT, *Revue de médecine*, 1885. — G. SÉE et TALAMON, *Maladies simples du poumon*, Paris, 1886. — DUFLOQ, *Congestion pleuro-pulmonaire*, 1889, Steinheil édit. — PARMENTIER, *Manuel de médecine*, tome I. — MÉRY, *Traité de médecine et de thérapeutique*, tome VII.

⁽³⁾ Nous conseillons de lire à ce sujet le travail du D^r CLERMONT intitulé : *Note pour servir à l'histoire de la fluxion*. Delahaye, éditeur, 1878.

⁽⁴⁾ FOURNET, *Recherches cliniques sur l'auscultation*, t. I, p. 298, in-8°, Paris, 1859.

pneumonie un type morbide voisin de la congestion de Woillez. L'École de Montpellier (Dupré) a réuni sous le nom de *fluxion de poitrine catarrhale* ces différents types morbides.

Nous retrouverons les travaux les plus récents sur la congestion pulmonaire au cours de cet article. Rappelons seulement qu'en ces dernières années on a démontré la nature microbienne de certaines congestions aiguës du poumon (Carrière, Grasset, etc.).

Les recherches anatomiques de MM. Renaut, Honnorat, Boy-Teissier sur le poumon cardiaque seront utilisées quand nous traiterons les congestions passives. Nous nous servirons de celles de MM. Renaut, Dieulafoy, Huchard, pour décrire l'œdème aigu du poumon dans un chapitre à part, distinct de celui des congestions passives avec œdème.

Définition. — La congestion du poumon est l'accumulation anormale de sang dans les vaisseaux de l'organe. Dans certains cas, le poumon s'engorge par le fait de la stase du sang dans ses capillaires : c'est la *congestion passive*. Dans d'autres cas, il s'agit d'un afflux subit et plus ou moins intense de sang dans les capillaires, d'une véritable fluxion sanguine active : c'est la *congestion active*.

L'étude des *congestions passives* est simple, parce que le processus anatomique qui les caractérise est nettement défini. Certaines congestions passives sont *aiguës* (celles des maladies infectieuses adynamiques); d'autres sont *chroniques*, s'accompagnent d'œdème et à la longue de sclérose pulmonaire (celles des cardiopathies arrivées à la période d'asystolie).

L'étude des *congestions actives* est, au contraire, difficile et délicate, parce qu'on réunit sous ce nom des processus morbides absolument distincts.

Voici un malade qui a été pris d'un point de côté violent, de frisson, de fièvre, de dyspnée, de toux; il expectore un liquide gommeux, quelquefois sanglant. A l'auscultation des poumons, on entend un murmure vésiculaire affaibli ou bien un souffle doux, étalé. Ce malade est atteint de congestion pulmonaire à forme pneumonique, type Woillez. Cette congestion a débuté, elle évolue et se termine comme une maladie infectieuse. Nous savons aujourd'hui qu'il s'agit, dans la majorité des cas, d'une pneumococcie.

Voici un type différent. Un paludéen, au cours de son accès de fièvre, est pris de dyspnée, de toux; à l'auscultation de ses poumons, on entend un souffle. Les phénomènes pulmonaires s'amendent et même disparaissent quand la fièvre tombe; ils reviennent avec le retour de l'accès et le sulfate de quinine les guérit définitivement. Cette congestion pulmonaire d'origine paludéenne, ce pneumo-paludisme, suivant l'expression de M. H. de Brun, se différencie également de la congestion pulmonaire développée chez un aéronaute au cours d'une ascension ou chez des malades atteints soit de brûlures étendues, soit d'étranglement herniaire, soit de colique hépatique, soit d'affection utéro-ovarienne, etc.

Ces exemples montrent la diversité des aspects cliniques de la congestion pulmonaire. Les aspects anatomiques sont également dissemblables. Sans entrer dans les détails, il nous suffira de rappeler que, dans certains cas, il y a simple hyperémie de l'organe; — chez l'aéronaute par suite de l'abaissement de la pression atmosphérique; chez le paludéen, par le fait de l'apport et de l'élimination du poison malarique au niveau des capillaires (la congestion pulmonaire est ici de même ordre que les congestions hépatique et splénique qui s'observent d'une

façon à peu près constante chez le paludéen); dans d'autres cas, comme chez ce malade atteint de congestion pulmonaire d'origine microbienne, il s'agit d'un processus nettement inflammatoire; les lésions rappellent celles de la pneumonie.

Nous trouvons également des différences pathogéniques. Dans un cas, la congestion est sous la dépendance des variations de la pression atmosphérique; elle est compensatrice d'un flux menstruel dans un autre (congestion pulmonaire avec hémoptysie liée à une suppression de règles); elle est d'origine réflexe chez la malade atteinte de colique hépatique ou de lésions ovariennes; elle est d'ordre irritatif chez le paludéen. Les microbes interviennent dans d'autres cas et produisent la congestion, soit par action directe sur le parenchyme pulmonaire, soit en agissant par leurs toxines — comme dans la grippe — sur les plexus nerveux du poumon. (L'expérimentation a démontré qu'une lésion de ces plexus produit de la congestion pulmonaire.)

Classification. — Étiologie. — Pour mettre un peu d'ordre dans la question obscure et complexe des *congestions actives*, pour arriver à décrire tous les types morbides qui répondent à cette dénomination, nous proposons de les grouper en deux catégories : 1° les *congestions actives idiopathiques primitives*; 2° les *congestions actives secondaires*.

Sous le nom de *congestions idiopathiques*, nous comprenons toutes les congestions dont le début, la marche, la terminaison sont ceux d'une maladie infectieuse. L'évolution clinique de ces affections avait fait soupçonner leur nature parasitaire; les recherches de Carrière, Grasset et d'autres ont permis d'en faire la démonstration. Ces congestions constituent toute la maladie dont est atteint le malade; d'où le nom de congestions-maladies qu'on leur donne encore. Ce groupe comprend comme types principaux (il y a, cela va sans dire, des intermédiaires) : la *congestion pulmonaire à forme pneumonique* (type Woillez); la *congestion à forme pleuro-pulmonaire* (type Potain); la *congestion à forme spléno-pneumonique* (spléno-pneumonie de M. Grancher).

Existe-t-il réellement une congestion pulmonaire primitive, idiopathique? une congestion-maladie, suivant l'expression de Woillez? Avec Germain Sée et Talamon, la plupart des auteurs estiment que les congestions pulmonaires sont toujours secondaires. Cela est possible, cela est vraisemblable. Mais qu'importe. Primitives ou secondaires, les congestions que nous dénommons idiopathiques constituent des types cliniques très voisins les uns des autres; ils doivent être décrits ensemble et séparés des autres variétés de congestion pulmonaire que toutes nous rangeons, pour la commodité de la description, dans les *congestions secondaires*.

Peut-être conviendrait-il de retenir dans le groupe des congestions idiopathiques le coup de sang pulmonaire qui résulte d'une hyperémie brusque du poumon produite par le froid intense (Voir les articles de MM. Parmentier et Méry), — ou encore la congestion pulmonaire à rechutes décrite par Weill (*Province médicale*, 1891; — voir aussi notre article dans la première édition du *Traité de Médecine*). Mais ces types diffèrent tellement par leur aspect clinique, par leur anatomie pathologique, par leur pathogénie des variétés précédentes, que nous préférons, pour plus de clarté, les décrire avec les congestions secondaires. (Nous les étudierons sous la rubrique : *Congestions secondaires à frigore*.)

Ces remarques étaient nécessaires pour bien faire comprendre la *classification étiologique* que nous proposons.

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| I. Congestions pulmonaires actives. | A. Congestions pulmonaires actives primitives (congestions-maladies). | 1. Congestion à forme pneumonique (Type WOILLEZ) (1). |
| | | 2. Congestion à forme pleuro-pulmonaire (Type POTAIN). |
| | | 3. Congestion à forme spléno-pneumonique (Type GRANCHER). |
| | | 4. Formes intermédiaires. Rapport de ces formes avec la <i>fluxion de poitrine catarrhale</i> de l'école de Montpellier. |
| | B. Congestions pulmonaires actives secondaires. | 1. Dans les maladies infectieuses (grippe, fièvre typhoïde, diphtérie, rougeole, coqueluche, érysipèle, suette, choléra, rhumatisme, paludisme, etc.). |
| | | 2. Dans les maladies de la nutrition (arthritisme, goutte, diabète, etc.). |
| | | 3. Dans les intoxications (surmenage, mal de Bright, alcoolisme aigu, venin du serpent, etc.). |
| | | 4. Dans les maladies des voies respiratoires (bronchite aiguë, broncho-pneumonie, pneumonie, pleurésie, phthisie, embolie, gaz irritants). |
| | | 5. Dans les maladies du système nerveux (ramollissement cérébral, hémorragie cérébrale, tumeur, méningite, hystérie). |
| | | 6. Dans les maladies du tube digestif et des annexes (cancer de l'estomac, entérites, hernies étranglées, colique hépatique). |
| | | 7. Dans les maladies utéro-ovariennes et la grossesse. |
| | | 8. Dans les maladies du cœur (congestions actives aortiques distinctes de l'œdème aigu du poumon). |
| | | 9. Dans les lésions de la peau (brûlures). |
| | | 10. Dans les traumatismes. |
| | | 11. Congestions <i>a frigore</i> (coup de sang pulmonaire et congestions à rechutes de Weill). |
| 12. Dans les ascensions élevées. | | |
| 13. Après la thoracentèse. | | |
| II. Congestions pulmonaires passives. | Aiguës : dans les maladies infectieuses adynamiques. | |
| | Chroniques : dans les cardiopathies (congestions avec œdème et sclérose). | |

I

DES CONGESTIONS PULMONAIRES ACTIVES

Nous avons à étudier les formes primitives et les formes secondaires.

A. — **Congestions idiopathiques. Congestion-Maladie.** — Nous étudierons : 1° la *congestion pulmonaire à forme pneumonique* (type Woillez); 2° la *congestion à forme pleuro-pulmonaire* (type Potain); 3° la *congestion à forme pseudo-pleurétique* (spléno-pneumonie de M. Grancher); 4° les *formes intermédiaires* aux types précédents. Nous envisagerons ensuite les rapports qui existent entre ces différentes variétés de congestion et la *fluxion de poitrine catarrhale* de l'École de Montpellier.

1° *Congestion pulmonaire à forme pneumonique* (type Woillez). — La conges-

(1) Consulter : WOILLEZ, *Traité clinique des maladies aiguës des voies respiratoires*, Paris, 1872. — BOURGEOIS, *De la congestion pulmonaire simple*; Th. Paris, 1870. — CARRIÈRE, *Presse médicale*, 26 janvier 1898. — DU MÊME, *Congestion pulmonaire idiopathique*; *Revue de médecine*, 10 oct. 1898. — CAUSSADE et LAUBRY, *Soc. méd. des hôpitaux*, 10 mars 1899. — RÉNON, *Soc. méd. des hôpitaux*, 17 mars 1899. — ROUX, *Congestion pulmonaire à pneumocoques*; Th. Paris, 1899.

tion pulmonaire, du type Woillez, se développe à la suite d'un traumatisme, d'un refroidissement; on l'observe en toute saison, mais de préférence au printemps, à l'époque où les pneumonies sont plus fréquentes. Elle se montre chez un individu bien portant et paraît constituer toute la maladie dont le sujet est atteint. C'est bien alors la congestion-maladie de Woillez, mais il convient de rappeler qu'elle se développe à la faveur de certaines maladies infectieuses, de la grippe notamment.

Le *début* est variable. Il est parfois *Brusque*, annoncé soit par un frisson violent, unique, prolongé, suivi d'une élévation marquée de la température, d'un point de côté et d'une dyspnée assez vive; soit par des frissonnements superficiels, alternant avec des bouffées de chaleur. Le début est le plus souvent *lent*; avant l'apparition du point de côté, il y a une période plus ou moins prolongée — période d'imminence morbide de M. Grasset — pendant laquelle on note soit du coryza et de la bronchite ou tous les symptômes d'un état infectieux : fièvre, courbature générale, rachialgie, troubles digestifs, sans phénomènes broncho-pulmonaires.

Le point de côté est violent, souvent intolérable, la douleur n'est pas limitée en un point; elle est diffuse, occupe tout un côté de la poitrine. Elle s'exagère quand on saisit à pleine main les masses musculaires (tous les plans de la poitrine sont pris). Par contre les mouvements respiratoires et la toux n'aggravent pas toujours le point de côté. La toux peut manquer, mais le plus souvent elle existe brève et pénible et s'accompagne d'une expectoration rapidement caractéristique, comparable à une solution de gomme et composée de crachats muqueux, peu aérés, parfois striés de sang ou même sanglants.

Examinés au microscope, ces crachats renferment des cellules épithéliales des bronches, des leucocytes poly et mononucléaires, des hématies. Carrière a vu apparaître des cellules éosinophiles en grand nombre au moment de la défervescence. Suivant cet auteur, les crachats albumineux et gommeux renferment des pneumocoques; les crachats muco-purulents des streptocoques ou des staphylocoques.

Parmi les *signes physiques*, Woillez a insisté sur l'ampliation de volume du côté malade mesuré à l'aide du cyrtomètre. Les vibrations vocales sont normales ou diminuées, jamais augmentées. Le son de percussion est obscur et la submatité a des limites vagues; ces signes occupent la moitié ou les deux tiers du côté affecté. Dans les autres parties du poumon non atteintes, on note une exagération de la sonorité surtout marquée sous la clavicule. A l'auscultation on constate d'abord de l'affaiblissement du murmure vésiculaire, allant parfois jusqu'au silence respiratoire; puis le parenchyme se condensant, on peut entendre une respiration rude et même un souffle dont les caractères sont assez nets : il est doux, étalé, superficiel, et s'entend aux deux temps. Il tient le milieu entre le souffle de la pneumonie et celui de la pleurésie. Un de ses caractères encore est sa mobilité, sa fugacité extrême : on l'entend le soir, il n'est plus perceptible le lendemain matin.

Il est de règle de percevoir des râles sous-crépitaux en même temps que le souffle, surtout quand on fait tousser le malade. Dans les formes les plus atténuées de la congestion pulmonaire, il est possible que l'on ne perçoive pas de souffle, mais seulement quelques râles sous-crépitaux avec une respiration affaiblie dans une zone submatte à la percussion et douloureuse à la pression, ou spontanément. La voix n'est pas modifiée en général; on trouve parfois un