

Dieulafoy. En présence des découvertes bactériologiques modernes, il est difficile d'être aussi affirmatif. Pour M. Potain, la congestion pulmonaire est une pneumonie congestive due à un pneumocoque de virulence atténuée. M. Bucquoy décrit la congestion pulmonaire comme une pneumonie catarrhale (voir Thèse de Sapprovitch, 1888 : *La Pneumonie catarrhale*). M. Rendu, dans ses *Cliniques* (1890, tome I, page 118), écrit ceci : « Lorsqu'on analyse les différents symptômes de ces congestions pulmonaires et que l'on compare leur mode d'évolution aux pneumonies similaires, on trouve de telles analogies qu'il est permis de se demander si l'on est en face d'une entité morbide bien définie, ou si ces cas ne sont que des pneumonies atténuées ». Et plus loin : « Au nom de la clinique, nous ne pouvons dire qu'une chose : c'est qu'il y a des présomptions pour que les congestions pulmonaires saisonnières soient des pneumonies atténuées, d'origine microbienne ». On doit se demander, dès lors, pourquoi les congestions s'arrêtent au stade hyperémique sans aboutir à l'hépatisation pneumonique. A cela nous ne pouvons répondre qu'en confessant notre ignorance, car ce problème n'est autre que celui de l'atténuation du virus pneumonique.

La conclusion à tirer de ces citations est que la congestion pulmonaire et la pneumonie sont deux affections très voisines l'une de l'autre. La première constitue une forme atténuée de la seconde ; rappelons que M. Grasset l'appelle *pneumococcie atténuée*. Mais ce n'est pas, contrairement à l'opinion soutenue par certains auteurs, une pneumonie abortive. La maladie abortive, en effet, présente pendant toute sa durée les symptômes et l'intensité de la maladie-type ; son évolution seule diffère. Or, les signes de la congestion pulmonaire ne sont pas ceux de la pneumonie.

2° *Congestion à forme pleuro-pulmonaire* (type Potain). — Cette forme a été particulièrement étudiée par M. Potain et ses élèves<sup>(1)</sup>. Nous en ferons une description très brève, celle-ci rappelant beaucoup celle de la forme précédente, nous insisterons seulement sur les particularités qu'elle présente.

Le *début* est habituellement moins brusque que dans la congestion à forme pneumonique. Tout d'abord, on constate les signes physiques de la maladie de Woillez (submatité, vibrations abolies, souffle doux, étalé), auxquels se joint un signe nouveau qui dépend de l'inflammation de la plèvre, la crépitation pleurale, décrite par M. Potain. Celle-ci est caractérisée par des bulles petites, sèches, superficielles, s'entendant à l'inspiration. Le râle crépitant a des bulles petites, d'intensité inégale, inégalement distinctes, semblant venir par bouffées de profondeurs inégales. Le râle de l'œdème a des bulles plus grosses, plus humides. Plus tard, les phénomènes de congestion pleurale deviennent prédominants : la matité augmente, l'égophonie apparaît ; il y a, en un mot, les signes d'un épanchement pleural généralement peu abondant.

Nous étudierons, plus loin, avec plus de détails, les rapports de la pleurésie et de la congestion pulmonaire. Disons seulement que lorsque la congestion pulmonaire est très intense et l'épanchement peu abondant, il est parfois difficile d'affirmer l'existence de ce dernier ; le déplacement de la matité par les changements de position du malade est alors l'indice le plus sûr et le seul signe pathognomonique de la présence d'un liquide dans la cavité pleurale. Ce signe n'existe qu'au début ; quand il fait défaut, le diagnostic est parfois si hésitant

(1) SERRAND, Étude clinique sur les rapports entre la congestion pulmonaire et la pleurésie aiguë avec épanchement, Paris, 1878. — POTAIN, Congrès de Rouen, 1885. — DUFLOCO, De la congestion pleuro-pulmonaire, 1883.

qu'un grand nombre d'auteurs considèrent la ponction exploratrice comme l'unique moyen de résoudre le problème. M. Potain insiste sur les caractères différentiels suivants : dans la pleurésie, la sonorité, les vibrations, le murmure vésiculaire, le retentissement vocal, subissent une modification très nette sur une ligne parfaitement tranchée qui peut être considérée comme la ligne de niveau de l'épanchement ; dans la congestion pulmonaire, la modification de ces signes est insensible et progressive du haut en bas ; le souffle de la congestion a une tonalité plus basse et surtout des limites plus diffuses, ses contours sont « estompés ».

3° *Congestion à forme pseudo-pleurétique* (spléno-pneumonie de M. Grancher). — « Entre la congestion pulmonaire et la pneumonie, à côté de la broncho-pneumonie, il existe un état morbide du poumon, sorte de pneumonie subaiguë qui simule une pleurésie avec épanchement moyen et qui mérite une description et une dénomination propres<sup>(1)</sup>. » M. le professeur Grancher a donné à cet état morbide le nom de *spléno-pneumonie*. Avec M. Queyrat<sup>(2)</sup>, nous considérons cet état comme une congestion à forme de pleurésie et nous l'opposons à la maladie de Woillez, congestion à forme de pneumonie.

La spléno-pneumonie *débute* par un point de côté plus ou moins violent, par des frissons, par de la fièvre. La dyspnée est variable, parfois très accentuée, parfois très peu marquée. L'expectoration est gommeuse comme dans la congestion pulmonaire ; elle est purulente dans certaines formes de spléno-pneumonies prolongées ou grippales.

Les signes physiques sont ceux d'une pleurésie avec épanchement ; mais, avant l'apparition de la matité, de l'absence de vibrations thoraciques et de l'égophonie que l'on constate à la période d'état, il existe une période pendant laquelle on note les signes suivants : submatité, diminution des vibrations thoraciques, disparition du murmure vésiculaire, existence de crépitations fixes à la base du poumon, perceptibles dans les fortes inspirations, souffle grave. Peu à peu les signes physiques se modifient ; la matité devient absolue, les crépitations ne se perçoivent plus, le souffle devenu aigre et l'égophonie rappellent absolument les signes de la pleurésie.

Le côté malade subit une ampliation exagérée comme dans certaines pleurésies, mais on ne constate pas de déviation sternale<sup>(3)</sup>. La matité, aussi marquée que dans la pleurésie, occupe les deux tiers inférieurs du poumon. Dans toute cette région les vibrations vocales sont abolies, mais, fait important pour le diagnostic, elles reparassent graduellement à mesure que l'on se rapproche du sommet du poumon, tandis que dans la pleurésie elles réapparaissent brusquement à la limite supérieure de l'épanchement. A l'auscultation, on entend un souffle qui a le caractère du souffle pleurétique. M. Méry<sup>(4)</sup> insiste sur les différences qui peuvent être notées en certains cas. Le souffle pleurétique s'entend d'autant mieux qu'on se rapproche du hile ; à la base, on n'a souvent que de

(1) GRANCHER, *Soc. méd. des hôp.*, 1885.

(2) QUEYRAT, *Revue de médecine*, 1885-1886. — *Gazette des hôpitaux*, 1892, n° 70. — Consulter également : BOURDEL, *Th. Paris*, 1886.

(3) Le procédé du cordeau de Pitres permet d'apprécier la déviation sternale qui est constante dans la pleurésie avec épanchement. A l'état normal une ligne menée du milieu de la fourchette sternale à la symphyse pubienne coupe le sternum en deux moitiés symétriques. Dans les épanchements pleuraux, le thorax subit une rotation autour du rachis et le sternum se déplace vers le côté malade.

(4) MÉRY, Art. SPLÉNO-PNEUMONIE in *Traité de médecine et de thérapeutique* de BROUARDEL et GILBERT.

l'absence du murmure vésiculaire. Dans la spléno-pneumonie, le souffle est plus étendu, conserve à peu près la même intensité dans toute l'étendue de la zone atteinte, à la base, à la partie moyenne aussi bien qu'au sommet. A l'auscultation, on entend parfois, pendant la période d'état, de fines crépitations, toujours peu abondantes, disséminées, fugitives. L'égophonie rappelle celle de la pleurésie : elle est cependant moins nette. L'oreille perçoit d'ordinaire des vibrations vocales un peu plus confuses, obscures, d'une tonalité moins haute; c'est plutôt de la broncho-égophonie.

Lorsque la maladie siège à gauche, la sonorité de l'espace de Traube est conservée, alors qu'elle disparaît dans la pleurésie gauche. La pointe du cœur est à peine déviée, ce qui distingue encore la spléno-pneumonie de la pleurésie; elle l'est cependant dans certains cas, ce qui augmente les difficultés du diagnostic.

La *marche* est lente. On peut décrire dans l'évolution trois périodes. La première, qui dure cinq ou six jours en moyenne, se caractérise par de la fièvre, de la dyspnée, un point de côté et l'établissement graduel des signes physiques. Ceux-ci persistent sans se modifier pendant la seconde période (8 à 10 jours), tandis que les phénomènes généraux et fonctionnels s'amendent. Le point de côté s'atténue, la dyspnée est moins vive, la température s'abaisse. Pendant la troisième période, on assiste à la régression graduelle des différents signes. La fièvre disparaît, le souffle devient bronchique, les râles reparaissent, la matité est moins prononcée. Bientôt, comme signes, on ne perçoit plus qu'une diminution des vibrations vocales et un affaiblissement du murmure vésiculaire. La *durée* habituelle de la spléno-pneumonie est en moyenne de 4 à 5 semaines. La *terminaison* par la guérison est la règle. Le *pronostic* est donc favorable, sauf, en certains cas, où l'on assiste au développement de la tuberculose; certaines spléno-pneumonies sont, en effet, de nature tuberculeuse, ainsi que l'a montré M. Grancher.

Le *diagnostic* avec la congestion pulmonaire à forme pneumonique, avec la pneumonie, n'offre pas de difficultés. Il est plus délicat de distinguer la spléno-pneumonie de la forme pleuro-pulmonaire et surtout de la pleurésie aiguë avec épanchement. La ponction seule permet bien souvent d'arriver au diagnostic. Il existe cependant quelques signes différentiels dont voici les plus importants. Dans la pleurésie, le sternum est dévié du côté de l'épanchement, il ne l'est pas dans la spléno-pneumonie. Dans la pleurésie, les vibrations vocales réapparaissent brusquement au-dessus de la ligne de matité; elles réapparaissent graduellement dans la spléno-pneumonie. Le souffle de la pleurésie est doux, aigre, voilé; il est plus grave dans la spléno-pneumonie et s'accompagne souvent de toutes petites crépitations fines, sèches, discrètes, qui font totalement défaut dans la pleurésie. Dans les pleurésies gauches, l'espace de Traube disparaît; il est conservé dans la spléno-pneumonie.

L'examen du thorax aux rayons de Röntgen ne donne aucun résultat. M. Variot a montré que l'image observée dans un cas de spléno-pneumonie était la même que dans la pleurésie.

Quand on est arrivé au diagnostic de spléno-pneumonie, il faut encore chercher si celle-ci n'est pas de nature tuberculeuse. L'étude des sommets permet d'arriver au diagnostic; quand on perçoit, sous la clavicule, un son tympanique, des vibrations exagérées, une respiration affaiblie, on peut affirmer l'existence d'une congestion dont la nature tuberculeuse est vraisemblable, étant donnée sa

localisation. Dans les spléno-pneumonies tuberculeuses, la fièvre persiste plus longtemps que dans les formes habituelles et des signes de tuberculose pulmonaire bien caractérisés ne tardent pas à être perçus. Mais il importe de rappeler que la spléno-pneumonie tuberculeuse n'a pas toujours une marche chronique et une évolution fatale; elle peut s'arrêter, et même guérir.

L'*anatomie pathologique* de la spléno-pneumonie n'est pas connue. M. Grancher estime que la lésion est celle qu'on décrit anatomiquement sous le nom de splénisation. « La splénisation est surtout une pneumonie épithéliale. Le gonflement des cellules du revêtement alvéolaire et leur desquamation, accompagnée d'un exsudat séro-albumineux abondant, telle est la lésion principale. Il faut y ajouter l'altération des bronchioles par des sécrétions muqueuses ou mucopurulentes et l'infiltration adémateuse du tissu conjonctif péri-lobulaire. » M. Chantemesse a publié une observation de spléno-pneumonie avec autopsie; les lésions étaient celles de l'antracose et de l'atélectasie chronique. Pendant la vie, on avait noté de signes pseudo-pleurétiques si nets qu'une ponction avait été faite, on n'avait retiré aucun liquide. Les lésions décrites par M. Chantemesse diffèrent totalement de celles signalées par M. Grancher, l'évolution de la maladie chez la malade de M. Chantemesse était différente de celle qui caractérise la maladie de Grancher. De fait, il s'agit d'états pulmonaires dissemblables, qui n'ont de commun que les signes physiques: ceux d'une pseudo-pleurésie. Ce serait une erreur que de décrire sous le nom de spléno-pneumonie tous les états pulmonaires qui se traduisent par des signes de pleurésie sans épanchement. Ce n'est pas ainsi que M. Grancher a décrit la spléno-pneumonie.

Les *recherches bactériologiques* ont montré la présence du pneumocoque dans la plupart des cas (Alfaro, Carrière, Caussade, Chantemesse), plus rarement du pneumo-bacille de Friedlander (Alfaro).

Au point de vue *pathogénique*, nous pouvons dire que la spléno-pneumonie est, comme la congestion pneumonique, une affection d'origine parasitaire.

4<sup>e</sup> *Formes intermédiaires*. — A côté des formes typiques que nous venons d'étudier, on pourrait en décrire beaucoup d'autres. Rappelons seulement qu'il existe des *formes atténuées* dans lesquelles tous les symptômes de la congestion à forme pneumonique sont à peine marqués: point de côté peu intense, diminution légère de la sonorité à la percussion, affaiblissement léger du murmure vésiculaire et quelques râles fins; évolution rapide presque sans fièvre; — qu'il y a des *formes prolongées* qui durent des mois (cas de Caussade et Laubry, Soc. méd. des hôpitaux, 10 mars 1899) et peuvent faire penser à la tuberculose; — des *formes sans expectoration* (Rénon, Soc. méd. des hôpitaux, 17 mars 1899); — des *formes avec expectoration abondante*, au contraire (Hirtz).

Des *rappports de la congestion pulmonaire (types pneumonique, pleuro-pneumonique, spléno-pneumonique) avec la fluxion de poitrine catarrhale de l'École de Montpellier*. — Pour s'assurer s'il existe des rapports entre la congestion pulmonaire et la fluxion de poitrine catarrhale, il convient, tout d'abord, de définir ce que l'École de Montpellier entend par ce nom.

Le terme de « fluxion de poitrine » a été employé surtout par Dupré (de Montpellier)<sup>(1)</sup>; nous ne pouvons mieux faire que de reproduire l'opinion du professeur Grasset, qui a accepté pleinement les idées de Dupré. « L'élément fluxionnaire est une modalité pathologique, élémentaire, de l'unité vivante, en

(1) DUPRÉ, Considérations cliniques sur les fluxions de poitrine de nature catarrhale; *Montpellier médical*, t. IV, p. 1, 1860.

vertu de laquelle l'équilibre habituel de distribution des liquides dans l'économie est rompu au profit d'un organe donné ou d'une série d'organes.... Il y a fluxion pathologique quand la maladie, primitivement générale, se localise sur une région où elle fait affluer le sang et l'action nerveuse<sup>(1)</sup>. » En somme, le mot fluxion appliqué à la fluxion de poitrine veut essentiellement dire : maladie générale qui détermine une localisation sur le thorax, sans préjuger si l'aboutissant de cette fluxion sera une congestion ou une inflammation. C'est là le premier caractère clinique de la fluxion de poitrine. Pour qu'il y ait fluxion de poitrine, il n'est pas nécessaire qu'il existe de la congestion seule ou de l'inflammation seule. Suivant les cas, les régions et les périodes, il y aura congestion ou inflammation. Le second caractère de cette affection qui justifie le mot « poitrine », c'est que la maladie n'est pas limitée à tel ou tel organe, bronches, poumons, plèvres, paroi musculaire ; tout peut être pris, de telle sorte que les mots de bronchite, pneumonie n'expriment pas exactement la même chose. Qu'est-ce qui faisait donc, pour les vieux anciens médecins de Montpellier, l'unité de ces maladies, puisqu'il n'y avait ni unité de lésion ni unité de siège ? C'était surtout l'état général, initial, fondamental dont la fluxion thoracique était la localisation. Cet état général, cette maladie générale, c'est l'état catarrhal. Si nous appliquons les idées modernes à la dénomination de l'état catarrhal, nous dirons que c'est une maladie due à une infection dans la production de laquelle les conditions météorologiques jouent un grand rôle, en exaltant soit la vertu du microbe générateur, soit la réceptivité des individus exposés.

M. Grasset groupait les caractères anatomiques de la maladie autour des trois chefs suivants : 1° étendue des lésions en surface et non en profondeur ; 2° rapidité du développement et de l'évolution du processus ; 3° facilité de propagation par continuité de tissu. Les éléments anatomiques sont donc des éléments vulgaires : la congestion, l'œdème, l'inflammation. Ce qui les caractérise, c'est leur localisation, leur groupement, leur mode d'évolution.

M. le professeur Dieulafoy a accepté l'opinion des maîtres de Montpellier. A côté des phlegmasies franches de l'appareil respiratoire, M. Dieulafoy estime qu'il y a d'autres états morbides dans lesquels les éléments hyperémique et phlegmasique sont diversement combinés. Tandis que les phlegmasies se fixent volontiers sur telle ou telle partie de l'appareil respiratoire, les fluxions sont, de leur nature, diffuses et multiples. La fluxion de poitrine effleure en même temps les bronches, le poumon, la plèvre et même les couches musculaires du thorax, en un mot tous les plans superposés qui forment la poitrine.

Pouvons-nous accepter aujourd'hui la conception des maîtres de Montpellier ? Pas dans tous les cas, car les fluxions de poitrine ne sont pas toujours l'indice d'une maladie générale à détermination pulmonaire secondaire. La localisation pulmonaire peut être primitive. De même nous n'acceptons plus aujourd'hui l'idée de la pneumonie, manifestation locale d'une infection générale. Certes, dans la pneumonie l'infection peut se généraliser, mais secondairement : la pneumococcie est primitivement pulmonaire avant d'être générale. Ce qu'il faut retenir, par contre, des descriptions anciennes, c'est que dans certains cas tous les plans superposés de la poitrine sont pris, et, en ces cas, le mot de fluxion de poitrine rend bien compte des choses. Voici un exemple que nous avons souvent rencontré. Un jeune homme, à la suite d'un refroidissement, est pris brusque-

(1) GRASSET, Étude clinique sur les fluxions de poitrine de nature catarrhale; *Montpellier médical*, 1874. — *Cliniques médicales*, 1894, etc.

ment d'une douleur qui occupe tout le côté de la poitrine et lui rend les mouvements respiratoires intolérables. Il a une température de 38 à 39 degrés. Il tousse et expectore des crachats sanglants, parfois du sang pur. Au point où la douleur est le plus intense, on perçoit des frottements pleuraux, des crépitations pleurales, et une respiration très affaiblie, parfois un souffle doux, léger et quelques râles crépitants ou sous-crépitaux. Les choses rentrent dans l'ordre en 3 ou 4 jours. La fièvre tombe, mais la douleur persiste longtemps et les signes physiques se perçoivent pendant quelque temps encore. L'expectoration a cessé d'être sanglante, elle est gommeuse comme dans la congestion pulmonaire. Il s'agit bien, en effet, d'une congestion pulmonaire. Mais le mot de fluxion de poitrine exprime bien les choses également, puisque toute la poitrine a été prise : muscles, plèvres, poumons et même bronches, et prise d'une façon légère, puisqu'en 3 ou 4 jours la période aiguë a disparu.

Il y a donc des rapports étroits entre la congestion pulmonaire et la fluxion de poitrine ; sous ce nom, l'École de Montpellier comprend les types cliniques que nous avons décrits : congestion à forme pneumonique, pleuro-pulmonaire, spléno-pneumonique ; mais il comprenait bien autre chose encore : des bronchites et des pneumonies ; d'autre part, l'idée que les médecins de Montpellier se faisaient de la fluxion de poitrine ne nous semble pas acceptable dans tous les cas.

*Conclusions.* — Au terme de cette étude un peu longue, il convient de la résumer et de conclure. Il existe des maladies aiguës du poumon dont voici les caractères : 1° *au point de vue anatomique*, on trouve des lésions d'hyperémie et de phlegmasie : c'est de la congestion avec splénisation ; il n'y a pas d'hépatisation, il n'y a que de l'engouement du poumon. Il ne s'agit pas d'une pneumonie abortive, mais d'une pneumonie anormale. La plèvre peut être touchée en même temps que le poumon ; 2° *au point de vue bactériologique*, on trouve des pneumocoques dans la majorité des cas ; 3° *au point de vue clinique*, la congestion pulmonaire se présente sous trois formes principales : pneumonique, pleuro-pulmonaire, spléno-pneumonique, qui représentent une partie de l'ancienne fluxion de poitrine catarrhale. Nous dénommons ces états morbides *congestions pulmonaires idiopathiques*. M. Grasset les décrit sous le nom de *pneumococcie atténuée*. Nous ne pensons pas que ce terme puisse être accepté, parce que la maladie n'est pas toujours atténuée (il y a des cas graves, prolongés et même mortels). Les termes de pneumococcie pulmonaire congestive, splénisante seraient peut-être meilleurs s'il s'agissait toujours du pneumocoque, mais certaines congestions pulmonaires relèvent de micro-organismes autres que le pneumocoque. Pour le moment, il convient donc de conserver à ces états la dénomination de congestion pulmonaire, tout en les rapprochant des pneumonies, particulièrement des pneumonies épithéliales ou catarrhales.

**B. — Congestions pulmonaires secondaires.** — Nous étudierons maintenant les congestions pulmonaires qui se montrent au cours des maladies infectieuses ou des maladies des différents organes.

1. *Congestion pulmonaire dans les maladies infectieuses.* — Il faut distinguer, avec G. Sée et Talamon : 1° l'état congestif habituel qui s'observe à la période initiale des fièvres ; cette congestion, étudiée par Woillez, se localise aux parties postérieures de la poitrine et se traduit par une diminution du son de percussion, une obscurité considérable du murmure vésiculaire et une ampliation cyrtométrique dans la cage thoracique ; 2° les accidents pulmonaires qui sur-