

tionnel désigné sous le nom d'*arthritisme* ou de *neuro-arthritisme*, considéré par quelques auteurs comme la diathèse congestive par excellence (Cazalis), serait capable d'engendrer des congestions pulmonaires de formes particulières (Collin de Saint-Honoré, Potain, Huchard, Le Breton).

On a décrit trois formes de congestions pulmonaires arthritiques.

(a) *Forme hémoptoïque*. — Des sujets jeunes ont, de temps à autre, une hémoptysie abondante après laquelle l'auscultation laisse entendre un foyer de râles crépitants, soit en un point, soit dans un autre. On pense à la phtisie; mais la santé générale du malade, dans l'intervalle des hémoptysies, est parfaite; et de plus on constate que le sujet porte les stigmates de la diathèse et appartient à une famille d'arthritiques.

(b) *Forme rémittente ou dyspnéique*. — Le malade se couche en bonne santé. Mais, la nuit, il est réveillé par une sensation de chatouillement à la gorge; il est pris d'une toux sèche et fatigante et présente une dyspnée très pénible. La crise se termine par une expectoration de crachats filants et spumeux. Pendant la crise, la poitrine est remplie de râles de toute espèce. Ces accès cessent le matin et peuvent se répéter chaque nuit pendant quelques jours.

(c) *Forme latente*. — Dans cette forme, d'après Collin, la congestion ne se manifeste par aucun trouble fonctionnel; elle est appréciable seulement à l'auscultation qui laisse entendre, dans la ligne axillaire, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, un bruit particulier ressemblant au râle crépitant de la pneumonie. Ce froissement arthritique s'entend parfois des deux côtés, tantôt d'un seul, du côté droit de préférence. M. Collin, dans son dernier mémoire, attribue ce bruit à un froissement ou à un frottement pleural. Pour M. Huchard, le froissement arthritique peut s'entendre partout. Lasègue a retrouvé un bruit analogue chez les *diabétiques*; chez ceux-ci, on l'entend, soit à la base, soit au niveau de la crête de l'omoplate.

G. Sée et Talamon interprètent tout différemment les faits que nous venons de décrire. Pour eux, les prétendues hémoptysies arthritiques sont des hémoptysies tuberculeuses; mais comme la tuberculose évolue sur un terrain spécial, sur un terrain arthritique, elle est bénigne et le malade la tolère très bien. La forme rémittente n'est qu'une forme de l'asthme catarrhal. Enfin la forme latente n'a aucun droit à être considérée comme une congestion pulmonaire; c'est une pleurésie sèche de cause inconnue.

Les *goutteux*, étant des arthritiques, sont sujets à l'asthme, à la bronchite et aux congestions que nous venons d'étudier. Mais, en outre, on observerait chez eux, d'après M. E. Barié, des accidents congestifs qui leur appartiennent en propre.

La goutte pourrait remonter au poumon; au moment où le gonflement du gros orteil diminue, le malade est pris de toux, de dyspnée, et présente une congestion pulmonaire qui simule souvent la pleurésie. M. E. Barié décrit aussi, chez les goutteux, des congestions répétées du sommet aboutissant à la tuberculose⁽¹⁾.

5. *Congestion pulmonaire dans les intoxications*. — Les poisons qui agissent sur le système nerveux, particulièrement l'alcool, peuvent engendrer la congestion pulmonaire. Les sujets en état d'ivresse, qui passent la nuit à la belle étoile, peuvent être pris d'une congestion pulmonaire subite et généralisée et succom-

⁽¹⁾ POTAIN, Manifestations pulmonaires de la goutte; *Semaine médicale*, 1890, n° 6. — E. BARIÉ, La goutte du poumon; *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1891, 24 juin, n° 26.

ber rapidement avec des phénomènes asphyxiques. Pour produire cet accident, il semble que l'influence du froid doit s'ajouter à celle de l'alcool.

Le *venin des serpents* détermine ordinairement des congestions œdémateuses très intenses du poumon.

Le *coup de chaleur* et le *coup de froid*, qu'on tend aujourd'hui à attribuer à l'action combinée de l'auto-intoxication de surmenage⁽¹⁾ et du froid ou de la chaleur, peuvent donner naissance à une congestion pulmonaire foudroyante (Lacassagne), comme celle des ivrognes refroidis.

Les congestions des ivrognes, celles du coup de froid ou du coup de chaleur, sont tout ce qui reste de réel de l'ancien *coup de sang pulmonaire*, les autres faits naguère décrits sous ce nom n'étant que des cas de grosses embolies pulmonaires, lésion ignorée des anciens.

Dans tous les cas d'*asphyxie* (auto-intoxication par l'acide carbonique), quelle que soit leur origine, on observe de la congestion pulmonaire avec des foyers hémorragiques (voir *Apoplexie pulmonaire*).

L'auto-intoxication réalisée par le *mal de Bright* engendre aussi des congestions et des œdèmes pulmonaires qui ont été décrits avec les bronchites albuminuriques. Elle peut aussi engendrer un œdème aigu foudroyant semblable à celui que nous décrirons dans les *cardiopathies artérielles*.

4. *Congestion pulmonaire dans les maladies des voies respiratoires*. — Dans presque toutes les maladies des voies respiratoires, la congestion peut s'observer comme un élément surajouté. Nous signalerons les particularités qu'elle présente dans les cas où elle s'observe le plus souvent.

Bronchite aiguë. — Les observations fournies par Woillez comme des cas de congestion associée à la bronchite, et désignées par lui sous le nom d'hémo-bronchites, ne sont autre chose que des cas de bronchite capillaire ou de broncho-pneumonie.

M. Cadet de Gassicourt a beaucoup insisté sur les *phénomènes congestifs* qui, chez les enfants, compliquent parfois la bronchite la plus légère et en modifient l'expression clinique. Brusquement, l'enfant est pris d'une dyspnée extrême; la température s'élève à 39 ou 40 degrés; on perçoit en un point quelconque du poumon, le plus souvent vers les bases, avec un peu de submatité, de l'obscurité du murmure vésiculaire et quelques râles crépitants. On pense aussitôt à une broncho-pneumonie et on porte un pronostic très sérieux. Or, l'évolution vient détruire ce diagnostic et démentir ce pronostic. Tous ces phénomènes disparaissent en effet en un ou deux jours. Dans ces cas, une analyse clinique minutieuse permettra seule d'éviter une erreur d'interprétation et, en général, il faut se garder d'affirmer la broncho-pneumonie avant un examen prolongé de un ou deux jours; cette dernière, toutefois, débute de façon plus insidieuse, la température s'élève moins vite et moins haut, elle se manifeste toujours après une poussée de bronchite capillaire et au niveau même du foyer de celle-ci.

Broncho-pneumonie. — Dans la bronchite capillaire et la broncho-pneumonie, les poussées congestives sont fréquentes et jouent un rôle considérable. Elles sont reconnaissables à leur brièveté et à leur mobilité. Elles sont sujettes à des recrudescences; chaque poussée nouvelle accroît la dyspnée et fait monter la température de 1 ou 2 degrés; au bout de 24 ou 48 heures, cette poussée s'éteint et la température revient au chiffre antérieur (Cadet de Gassicourt). G. Sée et

⁽¹⁾ MARFAN, Le surmenage physique; *Gazette des hôpitaux*, 1891, n° 8.

Talamon pensent que ces congestions de la broncho-pneumonie sont liées à l'atélectasie. Si elles sont mobiles et fugaces, c'est que le siège des bronches oblitérées par le muco-pus varie incessamment.

Embolie pulmonaire. — La congestion et l'œdème jouent un rôle considérable dans l'embolie pulmonaire; nous insistons sur ce point dans le chapitre qui traite de cet accident.

Pneumonie. — L'hyperémie pulmonaire est la règle dans la pneumonie. Au niveau du foyer pneumonique, elle existe constamment, surtout au début, et elle constitue un des éléments du processus phlegmasique. Mais elle peut se produire autour du foyer d'hépatisation et son influence s'accuse alors par une amplification et une exagération des signes stéthoscopiques. Enfin, elle peut se développer assez loin de la zone hépatisée, ou encore dans le poumon du côté opposé. L'irritation directe ou réflexe des vaso-moteurs et l'asthénie cardiaque, telles sont les influences qui la provoquent. D'après Duflocq, lorsqu'on diagnostique la congestion associée à la pneumonie, on doit atténuer la gravité du pronostic; car si l'on rapportait les signes à la pneumonie seule, celle-ci paraîtrait d'autant plus grave que les signes physiques occuperaient une plus grande étendue du poumon. Mais si la gravité est diminuée du fait de la coexistence de la congestion, la durée totale de l'affection est beaucoup plus longue et dépasse de beaucoup le cycle de 7 jours de la pneumonie classique. Tout récemment, Kahane⁽¹⁾ et F. Kornfeld⁽²⁾ ont signalé l'apparition d'un œdème pulmonaire transitoire suraigu au cours de la crise pneumonique.

Pleurésie. — Méconnu par Woillez, le rôle de la congestion pulmonaire dans la pleurésie est pourtant considérable; c'est ce que M. Potain a bien montré, ainsi que ses élèves Serrand et Duflocq.

Dans certains cas, la congestion pulmonaire annonce l'épanchement pleural; on en perçoit les signes à la base dès le début du mal. Puis, peu à peu, la collection liquide se produit, et les signes se modifient: aux signes de la congestion succèdent ceux de l'épanchement pleural.

Quand l'épanchement se forme, la congestion peut ne pas disparaître. « L'épanchement, dit M. Potain⁽³⁾, à mesure qu'il se forme, comprime le poumon comme un bandage comprime un membre fluxionné (Laënnec). C'est là le bon côté de la compression pleurale qui contribue ainsi à modérer la fluxion pulmonaire; mais parfois aussi le poumon résiste, ne se laisse pas comprimer et demeure congestionné et volumineux. C'est alors que l'on trouve ces souffles étalés qui occupent souvent les deux tiers inférieurs de la poitrine, dépassant par en haut le niveau de la matité complète, et descendant, d'autre part, bien loin au-dessous de lui. C'est alors enfin que l'on croit aisément à la pleurésie simple et à un épanchement abondant, encore que la quantité du liquide soit tellement faible qu'on ne tire rien ou presque rien si l'on tente une ponction. Or il ne faut pas croire que cette ponction soit alors chose indifférente. Elle peut être nuisible, car lorsque l'on a extrait les 200 à 500 grammes de liquide que contenait la plèvre, le poumon se dilatant, les capillaires se distendent et la congestion de nouveau s'exagère qui peut-être allait disparaître, comme revient l'œdème d'un membre, quand on a enlevé trop tôt la bande à l'aide de laquelle on l'avait effacé par la compression. »

⁽¹⁾ *Centralblatt f. klin. Med.*, 7 mars 1891.

⁽²⁾ *Centralblatt f. klin. Med.*, 17 sept. 1892.

⁽³⁾ Cité par Duflocq.

En résumé, toutes les fois qu'on trouve des signes d'épanchement abondant et que la ponction ne retire rien ou presque rien, c'est que le poumon est congestionné, plonge et fait monter le niveau du liquide. Il est, en effet, transformé en une masse incompressible, incapable de flotter à la surface du liquide. Il plonge plus ou moins au milieu de l'épanchement qui s'étale en nappe autour de lui. Le niveau du liquide s'élève et la plèvre semble contenir une vaste collection alors que l'épanchement est modéré. Si la congestion s'accuse, le niveau du liquide s'élève; il s'abaisse si elle diminue.

La congestion pulmonaire se reconnaît aux signes suivants: au-dessus de la zone de l'épanchement qui se caractérise par de la matité absolue, une absence complète de vibrations, du murmure vésiculaire, de l'égophonie, un souffle doux, voilé, lointain, il y a une zone caractérisée par de la submatité, de la broncho-pneumonie, un souffle large, étalé, de tonalité basse.

Quelquefois l'épanchement masque complètement la congestion pulmonaire sous-jacente. Elle se reconnaît alors par les modifications qu'elle apporte aux signes de la pleurésie. Le souffle acquiert un timbre bronchique et une tonalité plus basse, il s'entend presque jusqu'en bas. Les vibrations thoraciques et le murmure vésiculaire sont affaiblis, mais s'entendent aussi presque jusqu'en bas. Enfin bien que les signes physiques semblent indiquer un épanchement considérable, le cœur n'est pas déplacé, l'espace de Traube reste sonore; le foie n'est pas abaissé.

Parfois la congestion pulmonaire amène le refoulement du liquide en avant et le liquide revient en arrière quand la congestion guérit. (Épanchement à bascule.)

La congestion pulmonaire concomitante des épanchements pleuraux fournit d'utiles indications thérapeutiques. La thoracentèse et les émissions sanguines sont inutiles.

M. Grancher a spécialement étudié les signes de la *congestion du sommet* dans la pleurésie. Dans les épanchements pleuraux, on perçoit, au niveau de la région sous-claviculaire, un son tympanique (Skoda); lorsque, dans cette même région, au son tympanique se joignent une augmentation des vibrations vocales et une diminution du murmure vésiculaire, on peut affirmer qu'il existe de la congestion du sommet. C'est ce que M. Grancher exprime par la notation suivante: S +; V +; R —.

La congestion du sommet, constatée au cours d'une pleurésie, doit faire penser que la maladie est d'origine tuberculeuse.

Woillez, qui avait méconnu la congestion du poumon du côté de l'épanchement, avait au contraire noté la fréquence de la congestion du côté opposé. Le fait a été confirmé par E. Vidal, Traube et Oulmont, à propos de cas où la pleurésie s'était terminée brusquement avec des accidents asphyxiques.

Tuberculose pulmonaire. — La fréquence et le rôle de la congestion dans la tuberculose pulmonaire sont considérables.

Dès le début, la scène s'ouvre souvent par une poussée congestive du sommet se traduisant par une hémoptysie. Plus tard, des mouvements fluxionnaires, variables comme intensité ou comme siège, peuvent se produire et donner naissance aux hémoptysies de la période d'état. Ces mouvements fluxionnaires doivent être distingués des poussées broncho-pneumoniques ou des changements dus à une généralisation du processus tuberculeux.

La congestion épisodique de la phtisie facilite l'extension du processus tuber-

culeux; aussi M. Peter a-t-il pu dire : « La congestion, voilà l'ennemi ». On connaît la marche rapide de certaines phtisies hémoptoïques: et, d'autre part, les effets néfastes de la tuberculine de Koch semblent tenir en partie aux énormes congestions qu'elle provoque.

5. *Congestion pulmonaire dans les affections des centres nerveux.* — La congestion pulmonaire s'observe à la suite de lésions des centres nerveux. Schroeder van der Kolk, Engel, Schiff, Andral, Piorry, Charcot, l'ont signalée dans l'hémorragie cérébrale, dans le ramollissement cérébral (elle siège du même côté que l'hémiplégie); Navarre (Th. de Paris, 1876), Dumesnil et Houël dans les traumatismes du cerveau où elle peut affecter une marche rapide et mortelle; de Smeth, Foville, Seppili et Riva, Bianchi, Klippel (*Arch. de méd. expérimentale*, 1892) dans la paralysie générale; Charcot et Trousseau dans la sclérose en plaques; Barthez et Sanné dans les affections cérébrales infantiles; Gull, Fabre, Vulpian dans les lésions de la moelle.

Expérimentalement, Schiff et Brown-Séguard ont remarqué les premiers que les lésions portant sur la couche optique et le corps strié retentissent d'une façon presque constante sur les viscères, en particulier sur le poumon. Nothnagel est arrivé au même résultat. La congestion pulmonaire résulte d'un trouble vaso-moteur sous la dépendance de la perturbation nerveuse. Fr. Franck a démontré que le centre vaso-moteur du poumon était placé au niveau de la moelle cervicale; on comprend ainsi pourquoi les lésions de la moelle, et de la région cervicale en particulier, sont susceptibles de déterminer des troubles de l'innervation pulmonaire.

La congestion pulmonaire produite ainsi par voie réflexe prédispose à l'infection. M. Duflocq a démontré qu'à la faveur des troubles vasculaires développés dans le poumon, sous l'influence d'une lésion cérébrale, il pouvait se développer une infection à pneumocoques, capable d'emporter rapidement le malade⁽¹⁾.

La congestion pulmonaire peut également se rencontrer dans les psychoses et les névroses, c'est-à-dire dans des affections où il n'existe pas de lésion matérielle, au moins appréciable, du système nerveux, — dans le goitre exophtalmique, la paralysie agitante, l'épilepsie. Trousseau, Axenfeld, Debove (*Soc. méd. des hôpitaux*, 1882) ont signalé des congestions suivies d'hémoptysies chez les hystériques. MM. Hallion et Comte⁽²⁾ ont étudié d'une façon toute spéciale les phénomènes vaso-moteurs variés qui se manifestent dans l'hystérie et le goitre exophtalmique. Ils ont démontré que ces troubles vaso-moteurs, véritables réflexes bulbo-médullaires, se manifestent à la suite d'une excitation directe ou d'un phénomène psychique émotif, non seulement dans la région excitée, mais encore dans une vaste étendue du corps, dans les organes les plus divers; le poumon en est parfois le siège ainsi qu'en témoignent les congestions actives, les hémoptysies, les poussées catarrhales que l'on observe dans ces affections.

6. *Congestion pulmonaire dans les maladies du tube digestif et des annexes.* — La congestion pulmonaire a été signalée au cours des affections gastro-intestinales (E. Barié), de l'entérite chez les enfants (Sevestre), de l'étranglement herniaire (Verneuil et ses élèves), de la colique hépatique (Guéneau de Mussy, Potain).

⁽¹⁾ DUFLOCOQ, De la splénisation à pneumocoques dans les états cérébraux; *Arch. générales de médecine*, nov. 1894.

⁽²⁾ HALLION et COMTE, Sur les réflexes vaso-moteurs bulbo-médullaires dans quelques maladies nerveuses; *Archives de physiologie*, 1895, p. 90.

Ces congestions pulmonaires ont été considérées longtemps comme d'ordre purement réflexe; il semble cependant que certaines d'entre elles ont une origine microbienne. Mais l'infection n'est peut-être pas primitive; elle succède fréquemment à un trouble vasculaire d'origine nerveuse. Des expériences bien précises, en effet, ont montré à Arloing et Morel que les excitations parties de l'estomac, de l'intestin ou des voies biliaires augmentent considérablement la tension dans l'artère pulmonaire; cette hypertension résulte d'un trouble vaso-moteur d'origine réflexe.

Demarquay⁽¹⁾ et Carville⁽²⁾ ont obtenu chez le chien des congestions pulmonaires intenses après étranglement intestinal artificiel. Roux⁽³⁾ a constamment observé des lésions graves du poumon après l'étranglement intestinal. Ledoux et Roux attribuent les lésions pulmonaires à un réflexe provoqué par l'irritation douloureuse de l'intestin; ce réflexe gagnerait par les nerfs splanchniques les centres nerveux et retentirait par une voie centrifuge sur la circulation vaso-motrice du poumon. La destruction du sympathique intestinal, c'est-à-dire de la voie centripète du réflexe, ou du vago-sympathique, c'est-à-dire de la voie centrifuge, empêche les lésions pulmonaires de se produire après l'étranglement intestinal.

Le trouble vaso-moteur consécutif au réflexe parti soit de l'intestin, soit d'un autre organe, n'est pas toujours suffisant pour produire une congestion pulmonaire appréciable, mais il met l'organe en état de réceptivité, et les micro-organismes s'y développent plus aisément. C'est ainsi qu'on pourrait expliquer la congestion pulmonaire qui se développe au cours de l'étranglement herniaire; cette congestion paraît être sous la dépendance du *bacterium coli* (Clado), mais celui-ci ne s'est sans doute développé que sous l'influence de l'hyperémie pulmonaire réflexe produite par l'excitation de l'intestin étranglé.

Les congestions pulmonaires observées chez les enfants atteints d'entérites graves (Sevestre, Lesage, Renard, Marfan) relèvent soit du coli-bacille, soit des micro-organismes divers venus de l'extérieur. Là encore le développement de coli-bacille peut s'expliquer par un trouble vasculaire préalable développé par voie réflexe à la faveur de l'irritation de l'intestin lésé. Peut-être les produits toxiques sécrétés dans l'intestin et passés dans la circulation sont-ils capables d'amener un certain degré d'hyperémie pulmonaire qui faciliterait le développement des parasites. Cette hypothèse est vraisemblable, si on s'en rapporte aux observations de congestions pulmonaires de la base chez certaines chlorotiques constipées (Duclos, de Tours, dans le *Journal des Praticiens*, oct. 1887). C'est en s'appuyant sur ces observations que cet auteur a proposé la théorie de la chlorose par auto-intoxication intestinale. On sait, d'ailleurs, que, parmi les poisons de l'intestin, il en est un, la muscarine, qui inoculé aux animaux, comme l'a fait Grossmann, produit de la congestion des viscères thoraciques

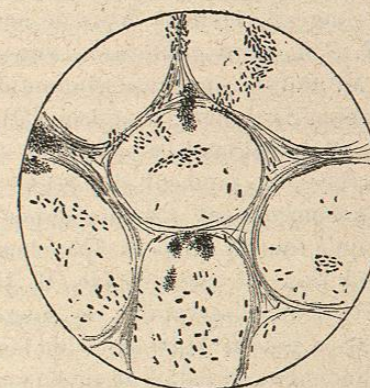


FIG. 9. — Coupe du poumon dans la hernie étranglée. — *Bacterium coli* dans les alvéoles (d'après Clado).

⁽¹⁾ DEMARQUAY, Communication à l'Acad. des sciences, 1870.

⁽²⁾ CARVILLE, *Bull. Soc. anatomique*, 5^e série, vol. VIII, p. 18.

⁽³⁾ ROUX, Des complications de la hernie étranglée; *Thèse de Montpellier*, 1886.