

## QUATRIÈME LEÇON

### DE LA DILATATION DES BRONCHES. DE LA SCLÉROSE PULMONAIRE

Histoire d'un malade atteint de lésions multiples du poumon. — Diagnostic de l'état physique de l'organe. — Difficultés de l'interprétation. — Diagnostic différentiel de la dilatation des bronches et des cavernes tuberculeuses. — Insuffisance des signes physiques. — Importance de l'état général et de la marche de la maladie. — Diagnostic indirect de la bronchectasie par la sclérose du poumon. — Caractères et signes de cette lésion. — Son action pathogénique sur l'œdème des membres inférieurs. — Coexistence de la dilatation bronchique, de la sclérose et des tubercules. — Résultats de l'autopsie.

MESSIEURS,

Je me propose d'étudier aujourd'hui le malade qui est couché au n° 12 de notre salle Saint-Charles. Nous avons là un bel exemple de lésions complexes de l'appareil respiratoire, et ce fait, intéressant déjà en raison des difficultés particulières du diagnostic, nous apporte en outre un enseignement d'une portée plus générale, et qui est trop souvent oublié. Il nous montre que dans certains cas les méthodes les plus rigoureuses de l'exploration physique sont impuissantes à fournir par elles-mêmes le diagnostic de la maladie. Chez l'individu dont je vais vous parler, il est facile, avec un peu d'attention, de constater un

ensemble de signes physiques extrêmement nets; il est encore assez facile de déduire de ces signes l'état physique de l'appareil pulmonaire, mais c'est là tout; et pour aller plus loin, pour substituer le diagnostic de la maladie à celui des lésions, il faut interroger des phénomènes d'un autre ordre, qui n'ont plus rien de la rigueur quasi mathématique des résultats fournis par la percussion et l'auscultation.

L'exposé de notre malade vous prouvera la justesse et l'opportunité de ces réflexions.

C'est un homme de cinquante-cinq ans, qui en porte dix de plus pour le moins; il est pâle et amaigri; tourmenté par des quintes de toux assez fréquentes, il est en proie à une gêne presque continuelle de la respiration, laquelle est surtout marquée le matin au réveil; les extrémités inférieures sont le siège d'une infiltration œdémateuse qui remonte jusqu'aux genoux; la faiblesse est considérable, la voix est éteinte sans être enrouée; du reste, pas de fièvre au moment de la visite, et à côté du lit un crachoir aux deux tiers plein d'une bouillie purulente parfaitement homogène, sans mélange aucun de mucosités. Le diagnostic générique est ainsi posé d'emblée, il s'agit d'une maladie chronique de l'appareil respiratoire.

Le début de cette maladie remonte à trois années. Jusqu'à l'âge de cinquante-deux ans, cet individu a joui d'une excellente santé, c'est un détail sur lequel il revient toujours avec complaisance; mais alors, sans cause appréciable, il s'est mis à tousser, il a craché du sang, il a perdu ses forces, il a maigri; la respiration de plus en plus courte, est devenue habituellement pénible, puis au

bout de deux ans, il a été pris de phénomènes aigus du côté des poumons; il a fait à l'hôpital de la Pitié un séjour de deux mois et demi, et il en est sorti non-seulement guéri de sa maladie aiguë, mais fort amélioré quant à ses accidents plus anciens. Ce ne fut là toutefois qu'une rémission momentanée; à peine a-t-il quitté l'hôpital depuis quelques semaines, que la toux et l'anhélation reparaisent aussi pénibles que par le passé, l'expectoration prend dès lors les caractères que nous lui voyons aujourd'hui, avec cette particularité qu'elle est plus abondante au matin et se présente alors sous la forme d'une véritable vomique; en même temps la faiblesse et l'émaciation font de nouveaux progrès, les jambes sont enflées le soir, et arrivent peu à peu à l'infiltration persistante que nous observons maintenant; bientôt le malade est dans l'impossibilité de quitter son lit plus d'une heure ou deux par jour, ce que voyant il entre dans notre service, où vous avez pu l'étudier depuis deux semaines environ. Aucun phénomène nouveau n'a surgi, mais les accidents ont été s'aggravant: cet homme reste constamment au lit; malgré cela l'œdème des jambes persiste; l'amaigrissement continue bien qu'il n'y ait pas de diarrhée, mais il est suffisamment expliqué par les pertes énormes qui résultent de l'expectoration; l'organisme s'épuise silencieusement pour faire face à cette dépense anormale incessamment renouvelée; enfin il y a de la fièvre le soir, et chacun de ces accès se termine par d'abondantes sueurs qui concourent encore à l'affaiblissement du malade. Ajoutez l'aspect terreux et blafard des téguments de la face, la disparition totale des couches adipeuses sous-cutanées, l'atrophie des masses musculaires, et vous recon-

naitrez d'un coup d'œil le tableau complet et fidèle de cette dessiccation consomptive qui porte le nom de phthisie. Oui, à ne juger que par le sens hippocratique de ce mot, et d'après les symptômes généraux, notre homme est bel et bien phthisique, aucune autre dénomination ne saurait être appliquée à son état.

Mais cette qualification est-elle également juste dans le sens restreint que l'anatomie pathologique contemporaine lui a imposé? ce marasme incontestable tient-il à la présence et à l'évolution de tubercules dans les poumons? C'est là ce que nous allons examiner.

Vous vous rappelez avec quelle attention j'ai exploré la poitrine de cet homme, avec quelle insistance j'ai renouvelé mon examen plusieurs jours de suite: c'est que cette recherche avait été loin de répondre à mon attente, et qu'avant de déduire les conséquences des phénomènes physiques, constatés d'abord, j'avais besoin de m'assurer de leur exactitude et de leur constance. Aujourd'hui ma conviction est établie, et je puis, sans crainte d'erreur, vous exposer les résultats que fournissent chez ce malade la percussion et l'auscultation; après quoi nous aborderons la question plus difficile de l'interprétation. Ces résultats sont très-complexes, mais aucun détail n'est inutile, et je vous prie de suivre attentivement cette description, sans vous laisser rebuter par son aridité.

A gauche, rien de plus simple; l'exploration par toutes les méthodes ne révèle que des phénomènes normaux; il est évident que le poumon gauche est hors de cause, il est parfaitement sain. Ce premier résultat, pour le dire en passant, est bien propre à surprendre, eu égard à l'ancienneté et la gravité de la maladie de cet homme.

A droite, la percussion donne en avant une matité absolue depuis la clavicule jusqu'à la limite inférieure du thorax; cette matité, qui se confond avec celle du foie, est d'ailleurs uniforme, c'est-à-dire qu'elle présente dans toute cette région antérieure les mêmes caractères; c'est partout la même absence de son, la même résistance sous le doigt. Les phénomènes sont de tous points semblables dans la région axillaire, et cela du haut en bas. En arrière on retrouve encore la même matité dans les deux tiers inférieurs du thorax; dans le tiers supérieur la sonorité normale est moins complètement perdue, mais elle est beaucoup moindre cependant que du côté sain. En raison de ses caractères et de son étendue, cette matité éveille naturellement l'idée d'un vaste épanchement pleural qui aurait éloigné le poumon des parois thoraciques; mais un nouveau signe vient bientôt redresser ce jugement précipité : les vibrations vocales sont manifestement exagérées dans toutes les régions mates, et, signe accessoire, le foie n'est pas abaissé. Il ne peut donc être question de la présence de liquide dans la plèvre, et ces résultats remarquables de la percussion doivent être tenus pour les signes d'une imperméabilité à peu près complète du poumon; seul le tiers supérieur admet encore assez d'air pour fournir un son légèrement clair.

Interrogeons maintenant l'auscultation. En avant sous la clavicule, ce sont de simples râles sous-crépitants à grosses bulles avec mélange de souffle bronchique; la voix et la toux offrent un retentissement exagéré; mais à mesure qu'on descend, les bulles des râles deviennent de plus en plus grosses, et au niveau du mamelon, ce n'est

pas du râle sous-crépitant, si gros que vous vouliez le supposer, c'est un gargouillement type; le souffle bronchique fait place à un souffle caverneux à timbre métallique, la voix est transmise clairement articulée, il y a de la pectoriloquie. Ces phénomènes si nets existent dans une étendue qui égale à peine la largeur de la paume de la main; plus bas, c'est-à-dire depuis le mamelon jusqu'à la limite inférieure du poumon, on entend un souffle bronchique dur, intense, et une bronchophonie rude qui choque l'oreille; mais dans le centre de cette zone uniformément soufflante, on retrouve de gros râles humides, et sur deux points très-limités reparaisent du gargouillement, du souffle caverneux et de la pectoriloquie comme au niveau du mamelon.

Dans la région de l'aisselle les signes sont les mêmes en ce qui concerne les râles proprement dits, le souffle bronchique et la bronchophonie; mais il n'y a pas de souffle caverneux, celui que vous y percevez en deux points différents n'est que le retentissement du souffle qui se produit en avant à la hauteur du mamelon, et au niveau de la partie moyenne du lobe inférieur du poumon. En revanche, nous constatons dans cette région un phénomène nouveau : tout à fait en bas, vers le sillon costo-diaphragmatique, éclatent, aux deux temps de la respiration, mais surtout pendant l'inspiration, des bruits isochrones aux mouvements du poumon; ces bruits, qui donnent à l'oreille la sensation d'une crépitation grosse, sèche et rugueuse, ne sont pas modifiés par la toux; par leur caractère de craquement ils se distinguent très-bien des râles humides disséminés dans le poumon, par leur intensité exceptionnelle ils se rapprochent des bruits de

cuir neuf; bref, ce sont des frottements pleuraux, d'une grosseur et d'une force vraiment insolites.

En arrière, l'auscultation révèle dans la fosse sus et sous-épineuse une respiration rude, soufflante, avec expiration soufflante et prolongée; dans les grandes inspirations et mieux encore par les secousses de la toux apparaissent de petits bruits, qui par leur succession brusque imitent assez bien un roulement saccadé: ce sont des craquements humides; au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, vous retrouvez, mais plus éloignés de l'oreille, le souffle caverneux, le gargouillement et la pectoriloquie; au-dessous on ne constate plus que du souffle bronchique et de la bronchophonie, mais ce souffle, sur deux ou trois points disséminés, prend positivement le caractère caverneux; enfin, tout à fait en bas, les frottements pleuraux sont plus nombreux et plus accusés encore que dans la région axillaire.

Voilà les résultats de l'exploration du poumon; ils sont assurément fort complexes, mais néanmoins nous pouvons avec une grande certitude déduire de ces signes l'état physique de l'organe, ce n'est pas là qu'est la difficulté.

Déjà je vous ai indiqué la signification de la matité fournie par la percussion; le parenchyme pulmonaire est imperméable à l'air, excepté à son sommet. Les râles sous-crépitants de volume variable qui sont répandus dans la presque totalité de l'organe dénotent la présence dans les bronches d'une grande quantité de liquide; c'est le passage de l'air à travers ces liquides bronchiques qui produit les bulles du rhonchus. Les craquements humides perçus en arrière et en haut indiquent l'irruption de

l'air dans des éléments plus résistants que du liquide, mais qui se laissent néanmoins traverser; ce sont donc des éléments demi-solides, ou, si vous voulez, en voie de ramollissement. Le gargouillement, le souffle caverneux et la pectoriloquie constituent par leur réunion sur un point limité ce que j'appelle les phénomènes cavitaires; ils révèlent l'existence de cavités anormales creusées dans le poumon et accessibles à l'air, ce sont des signes de cavernes. Or, comme ces phénomènes se montrent en avant sur trois points différents, et en arrière sur d'autres points très-circoscrits, nous sommes certains qu'il existe dans le poumon des cavernes multiples; elles sont toutes de petit volume, sauf la plus élevée, celle qui est au niveau du mamelon, laquelle présente une étendue plus considérable. Le souffle bronchique et la bronchophonie sont les signes positifs de la compression ou de la condensation du tissu pulmonaire; de compression il n'en peut être question, puisqu'il n'y a pas d'épanchement pleural, c'est donc une condensation anormale du tissu qui est en cause. Mais le souffle bronchique est répandu dans la totalité de l'organe, il occupe toutes les zones intermédiaires aux cavernes, on le retrouve même en avant sous la clavicule avec les gros râles sous-crépitants: donc la condensation du tissu pulmonaire est générale; ce n'est qu'en arrière, au niveau des points ramollis, qu'elle n'est pas encore complète. Enfin, les frottements pleuraux à la partie inférieure démontrent l'existence de fausses membranes sur les deux feuillets de la plèvre, mais dans une petite hauteur.

Telle est, messieurs, la traduction fidèle et rigoureuse des phénomènes constatés; jusqu'ici il n'y a place pour

aucun doute, pour aucune incertitude, et c'est merveille en vérité de pouvoir découvrir ainsi avec une précision toute mathématique les conditions physiques d'un organe inaccessible à la vue. C'est là le triomphe de l'auscultation et de la percussion, mais c'est aussi la limite de leur puissance. En résumé, notre malade présente le poumon gauche sain, et dans le poumon droit les lésions suivantes : ramollissement au sommet et en arrière, cavernes multiples disséminées à diverses hauteurs, condensation et induration générales du tissu intermédiaire aux cavités, fausses membranes à la partie inférieure de la plèvre, liquide abondant dans les bronches; l'examen des crachats nous permet d'ajouter que ce liquide est du pus.

Que signifient ces lésions multipliées? à quelle maladie se rapportent-elles? C'est là maintenant ce qu'il s'agit d'établir.

Cette dernière étape du diagnostic pourrait être franchie de prime saut, si nous avions affaire à un homme encore jeune. Supposez que vous trouviez ce complexe symptomatique chez un individu de vingt à trente-cinq ans, et vous n'hésitez pas, vous ne devez pas hésiter à rapporter tous ces phénomènes à une tuberculisation pulmonaire, parvenue sur quelques points à la période de ramollissement, sur d'autres à la période d'élimination et d'excavation consécutive. Dans de telles conditions d'âge, le diagnostic nosologique pourrait être formulé, je le répète, sans plus d'hésitation que le diagnostic anatomique de tout à l'heure; mais il aurait cependant contre lui deux circonstances tout à fait insolites sur lesquelles j'appelle expressément votre attention, car je les invo-

querai bientôt comme éléments d'appréciation : ces deux circonstances sont l'intégrité absolue de l'un des poumons, et, du côté malade, la condensation et l'imperméabilité complètes du parenchyme dans l'intervalle des cavités.

Mais dans les conditions réelles que nous offre ici l'observation, nous ne pouvons pas aller aussi vite, il s'en faut; non-seulement cet homme est âgé (cinquante-cinq ans), mais sa maladie est une maladie de vieillesse; son début que nous pouvons parfaitement préciser ne remonte pas au delà de trois ans; jusqu'alors, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de cinquante-deux ans, cet individu a toujours eu une bonne santé, il n'était pas sujet à tousser habituellement; lorsqu'il contractait un rhume, cette indisposition n'était point sérieuse et n'avait pas une persistance anormale, en un mot nous sommes bien certains que cet homme n'a jamais souffert de la poitrine, jusqu'au moment où il a été pris d'hémoptysies répétées, et d'une toux qui, petite et sèche d'abord, a revêtu peu à peu les caractères que vous lui voyez aujourd'hui. Réfléchissez mûrement, je vous en prie, à cette distinction; elle est capitale : il ne s'agit pas, dans le cas présent, d'une maladie développée dans la jeunesse ou l'âge adulte, et dont l'évolution, exceptionnellement lente, a permis une santé prolongée jusqu'à cinquante-cinq ans; il s'agit d'une maladie relativement récente, dont les premières manifestations ont apparu à l'âge de cinquante-deux ans.

Or ces considérations, dont la valeur est la même dans tous les faits du même ordre, troublent la netteté du diagnostic parce qu'elles élargissent le cadre des possibilités; il n'est plus permis de se prononcer d'emblée,

une discussion sérieuse et approfondie devient nécessaire.

En fait, trois choses sont possibles, savoir, une tuberculisation du poumon, ou une dilatation des bronches, ou bien enfin la réunion de ces deux lésions.

La dilatation bronchique, vous le savez, présente une fréquence qui croît avec l'âge; et sans méconnaître les faits qui en démontrent l'existence chez l'enfant au-dessous de cinq ans, et chez l'adulte avant quarante ans, il est permis d'avancer que cette lésion est surtout observée de cinquante à soixante-dix ans. Barth, à qui la science est redevable d'un excellent travail sur ce sujet (1), a vu vingt-six cas de dilatation bronchique pendant un séjour de six années à l'hospice de la Salpêtrière, où ne sont admis que des vieillards, tandis que, durant une période de quatorze années, il n'en a rencontré que dix-huit exemples dans les hôpitaux généraux. La fréquence de la lésion après cinquante ans est donc hors de doute, c'est un premier motif pour en admettre la possibilité chez notre malade. D'un autre côté, parmi les types anatomiques que présente cette altération des bronches, il en est un qui cadre merveilleusement avec les désordres physiques que nous constatons dans le poumon. La dilatation en effet peut être uniforme, soit partielle, soit générale; Barlow (de Londres) a publié un remarquable exemple de cette dernière variété, et Barth en a montré un à la Société anatomique (2). La dilatation intéressant plusieurs points successifs de la même bronche peut être en cha-

(1) Barth, *Recherches sur la dilatation des bronches* (Mémoires de la Société médicale d'observation, 1856).

(2) Barlow, *Guy's Hospital Reports*, 1847.

Barth, *Bulletins de la Société anatomique*, 1852.

pelet ou moniliforme, type rare qui a été signalé par Elliotson; enfin, et c'est de beaucoup le cas le plus commun, la dilatation revêt la forme d'une ampoule ou d'un sac; si ces ampoules sont multiples, le poumon est criblé de cavités qui, contenant du liquide et communiquant largement avec l'arbre bronchique, fournissent tous les signes physiques des cavernes tuberculeuses. C'est ce dernier type qui peut être mis en cause chez l'homme de la salle Saint-Charles.

Le diagnostic de la fonte tuberculeuse et de la bronchectasie sacciforme est, sans contredit, l'un des plus difficiles de la pathologie des organes respiratoires; des erreurs ont été commises par les hommes les plus considérables, et quand je vous aurai rappelé que Laennec, Louis, Lherminier et Andral s'y sont trompés, je serai sans doute excusé à l'avance si je commets ici une faute d'interprétation. Les difficultés de ce diagnostic se sont d'ailleurs singulièrement accrues depuis quelques années; voici pourquoi: on a invoqué longtemps comme signes différentiels trois circonstances auxquelles des observations plus nombreuses ont enlevé toute valeur. Se fondant sur les rapports presque constants qui unissent la dilatation des bronches au catarrhe bronchique, on avait conclu que la bronchectasie doit toujours être bilatérale; or, déjà Stokes avait fait connaître un cas dans lequel il avait trouvé à l'autopsie le poumon gauche criblé de dilatations sacciformes semblables à des abcès, tandis que le poumon droit était simplement emphysémateux; de nombreuses adhérences pleurales existaient des deux côtés (1). Plus

(1) W. Stokes, *Treatise on the Diagnosis and Treatment of the Diseases of the Chest*. Dublin, 1837.

tard, Barth a fait définitivement justice de cette erreur en montrant que, sur quarante-trois cas, la dilatation avait été vingt-six fois unilatérale. — On avait cru en outre pouvoir tirer un signe distinctif du siège de la dilatation; elle occupe, disait-on, la partie inférieure des poumons, tandis que les cavernes tuberculeuses siègent presque toujours au sommet, assertion prématurée contraire à celle de Laennec et qui n'a pu tenir devant l'observation; sur trente-sept cas, Barth a trouvé la dilatation bronchique aussisouvent au sommet qu'à la base. — Enfin l'hémoptysie, dont on prétendait faire le symptôme caractéristique des tubercules, est très-fréquente dans la bronchectasie, surtout dans la forme ampullaire, et la rutilance du sang expectoré, plus commune en effet dans la tuberculisation que dans la dilatation des bronches, n'est pas un signe sur lequel on puisse compter, parce qu'il n'est pas constant.

Voilà donc, tout compte fait, trois éléments de diagnostic qu'il faut laisser totalement de côté sous peine d'erreur. A quoi donc vous adresserez-vous pour éclairer votre appréciation? Est-ce aux signes physiques fournis par l'auscultation et la percussion? Non, cent fois non : ils n'ont dans l'espèce aucune valeur différentielle, et les raisons de cette impuissance vous montreront nettement les limites naturelles de ces précieuses méthodes d'exploration. Les résultats qu'elles vous fournissent sont des phénomènes physiques; ils vous révèlent, avec une certitude voisine de l'infailibilité, les conditions physiques des organes; mais c'est là tout ce qu'ils peuvent faire, et ils sont absolument muets quant aux causes pathologiques de ces désordres matériels. Ces phénomènes que j'ai ap-

pelés cavitaires, vous indiquent bien, lorsqu'ils sont réunis, la présence de cavités anormales communiquant avec les bronches; mais que la cavité résulte d'une fonte tuberculeuse, d'une dilatation bronchique, de l'évacuation d'un abcès, d'un foyer sanguin, ou de l'élimination d'une eschare, ces signes sont toujours les mêmes, et partant ils ne peuvent vous renseigner sur la cause de la lésion qu'ils vous ont dévoilée avec une si remarquable précision. Ainsi vous échappent successivement la plupart des moyens de diagnostic, et il ne vous reste plus pour fixer votre jugement que la connaissance exacte des périodes initiales de la maladie et la considération de l'état général du patient.

Lorsqu'on a suivi le malade dès le début de son affection, ou bien lorsque les renseignements qu'il donne sont assez précis pour permettre la reconstitution rétrospective de son histoire, on arrive à des notions d'une réelle importance. Dans la majorité des cas, en effet, la dilatation bronchique survient chez un individu qui est depuis des années sous le coup d'une bronchite chronique avec exaspérations plus ou moins fréquentes; la toux n'est pas petite et sèche comme au début de la tuberculisation, elle est d'emblée grasse et humide; un peu plus tard, à un moment où les crachats des tuberculeux n'ont encore rien de caractéristique, l'expectoration est déjà fort abondante, chaque effort de toux est suivi de l'expulsion facile d'une grande quantité de liquide muco-purulent ou purulent; réunis dans un vase, ces crachats forment une masse verdâtre, semblable à une purée parfaitement homogène, et je ne leur ai jamais vu l'apparence déchiquetée et nummulaire que présentent