

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT DE LA LITHIASE BRONCHIQUE

PAR

L. GALLIARD

Médecin de l'hôpital Tenon.

I

Considérations générales.

On peut trouver dans toutes les portions de l'appareil respiratoire des productions calcaires, osseuses ou cartilagineuses. Je ne m'occuperai que des calculs qui naissent dans les bronches et des concrétions qui, produites en dehors de l'arbre bronchique, passent dans les bronches, soit pour y séjourner, soit pour être rejetées au dehors.

A. — ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Lorsque Bayle décrivait la *phtisie calculeuse*, il s'exprimait de la façon suivante : « Le poumon peut renfermer des concrétions semblables tantôt à de petites pierres, tantôt à de la craie agglomérée, tantôt à de petites ossifications. Il est même quelquefois entièrement farci de ces concrétions qui sont presque toujours placées dans les glandes bronchiques ou dans de petits kystes, et quelquefois entre les bronches ou entre les premières divisions des ramifications bronchiques. »

Il n'est pas rare, en effet, de trouver les ganglions bronchi-

ques transformés en amas crétacés ou calcaires et entourés d'une coque fibreuse épaisse. Une transformation plus avancée sera la pétrification, portant non pas sur la totalité, mais sur une partie du ganglion qui offre ainsi des noyaux durs, irréguliers, mêlés souvent à de la matière caséuse. Becker, qui les décrivait en 1826, signalait la pétrification des ganglions chez un enfant de 8 ans. Andral les a vues à partir de l'âge de 23 ans; il a démontré que leur fréquence, augmentant avec l'âge, devenait grande dans la vieillesse; il les a rencontrées non seulement dans les ganglions bronchiques, mais dans ceux de l'aisselle et du mésentère.

On les recherchera spécialement dans les ganglions tuberculeux. Laënnec a montré comment, à la suite du ramollissement de ces ganglions, elles pouvaient passer dans les bronches et être rejetées par l'expectoration.

Au lieu de provenir des ganglions bronchiques, les concrétions peuvent s'être formées dans le parenchyme pulmonaire, et là encore c'est généralement au centre des amas tuberculeux. Combattant l'opinion de Bayle, qui les considérait comme susceptibles de faire naître la tuberculose, Laënnec établit que les concrétions osseuses et crétacées du poumon « se développent à la suite d'une affection tuberculeuse guérie, et sont le produit des efforts de la nature qui, cherchant à cicatrifier les excavations pulmonaires, a déposé avec trop d'exubérance le phosphate calcaire ».

Cruveilhier s'attache à distinguer la *concrétion* (simple agglomération de la plupart des éléments solidifiables contenus dans les produits de sécrétion) et le *calcul* qui résulte de la cristallisation distincte ou confuse d'un ou de plusieurs sels qui se trouvent normalement ou pathologiquement en dissolution dans un liquide sécrété.

Plus simplement, Gubler réserve le nom de calculs aux concrétions qui présentent des couches concentriques disposées autour d'un noyau. « Cette séparation, dit Besnier, n'est pas seulement satisfaisante en théorie; elle permettra de distinguer facilement s'il s'agit d'une concrétion déve-

loppée dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire ou d'un calcul formé dans les cavités naturelles ou accidentelles (bronches ou caverne). »

Gubler a trouvé un véritable calcul contenu dans une caverne non tuberculeuse du poumon ; il s'agissait là, d'après l'auteur, d'une pneumonie chronique. Le calcul était comparable aux concrétions phosphatiques qui se forment dans la vessie lorsque l'urine reste ammoniacale, ou à la surface des calculs biliaires dans les cas de cholécystite secondaire.

Les *broncholithes* peuvent être, comme les *pneumolithes*, indépendants de la tuberculose. « J'ai trouvé, dit Andral, dans les poumons d'un homme de 60 ans, qui n'avait jamais présenté aucun signe d'affection de poitrine, plusieurs calculs d'une dureté pierreuse offrant plusieurs embranchements comme en offrent souvent les calculs rénaux ; ces calculs avaient, terme moyen, le volume d'une noisette ; le parenchyme pulmonaire était partout très sain. »

Si Barth a cherché vainement les broncholithes dans les bronches dilatées, d'autres ont été plus heureux. Vidal a trouvé un calcul rameux dans une dilatation bronchique ; la muqueuse était ulcérée ; il n'y avait pas de tubercule pulmonaire. Laboulbène et Robin ont analysé des calculs de même provenance : centre ramolli contenant des granulations moléculaires, des globules de pus et de petits cristaux phosphatiques ; écorce calcaire.

Ces calculs sont solitaires ou multiples. Leur volume ne dépasse guère celui des pois ou des haricots. Leur forme dépend des cavités où ils ont pris naissance ; ils peuvent être munis de prolongements, ramifiés, arborescents. Leur noyau peut être constitué par un corps étranger. Laënnec considérait comme *ridicule* l'opinion de Cullen sur le rôle des « émanations pulvérulentes mêlées dans l'air et que respirent habituellement les hommes voués à certaines professions, comme les amidonniers, les lapidaires, les chaudourniers, les voituriers, etc. ». Il faut admettre cependant que les poussières puissent exister au centre des calculs. Ceux-ci renferment

quelques matières grasses, une faible proportion de cholestérine. Aux stratifications concentriques de phosphate et de carbonate de chaux, on voit s'ajouter, chez les gouteux, de l'urate de soude.

Les sels calcaires qui constituent la charpente des broncholithes sont fournis par le mucus bronchique, et, comme la desquamation épithéliale contribue probablement à la genèse de ces calculs, on admettra ici, de même que dans les voies biliaires, un *catarrhe lithogène*.

Que dire enfin du rôle des microbes ? On les trouvera bien certainement au centre des broncholithes comme au centre des calculs salivaires et biliaires. Mais les matériaux sont rares.

B. — SYMPTÔMES

« En comparant les observations de concrétions crétaées du poumon contenues dans Morgagni, dans le *Sepulchretum* de Bonnet et dans divers recueils, il est facile de voir, écrit Laënnec, que, dans le plus grand nombre des cas, l'existence de ces productions n'était accompagnée d'aucun symptôme grave qu'on pût leur attribuer. »

Les concrétions enkystées ou enchatonnées sont susceptibles de se dérober à l'observation jusqu'à la mort. La broncho-lithiase est moins souvent latente. Après une période de bronchite banale ou de phtisie supposée, il arrive que l'expectoration caractéristique permette de reconnaître la maladie. La colique pulmonaire ou bronchique est comparable aux coliques hépatique et néphrétique (Poulalion). Les malades ont d'abord une violente douleur rétro-sternale, accompagnée de détresse respiratoire, puis une quinte de toux très pénible, suivie d'une sensation de déchirement ; ils crachent un calcul et sont soulagés. Les crises sont parfois fréquemment renouvelées : Boerhaave rapporte que Sébastien Vaillant, célèbre botaniste, rejeta plus de 400 calculs bronchiques.

Dans un cas de Guibout¹ le calcul rameux, très dur, pe-

1. GUIBOUT. — Soc. méd. des hôp. de Paris, 1865.

sant 0st, 47, fut rejeté à la suite de vomiques qui, pendant deux ans, s'étaient reproduites tous les deux ou trois mois; c'est en crachant du sang que le malade entendit un corps dur tomber dans la cuvette; l'examen de la poitrine ne permit de découvrir aucune lésion; six semaines après l'expulsion, l'état du patient était excellent.

Le rejet des calculs est précédé, accompagné ou suivi d'une hémoptysie généralement peu abondante. La fièvre qui se manifeste au moment des crises semble due à l'irritation des bronches et à la résorption des éléments putrides. Lorsqu'on l'observe, il faut rechercher les complications qui ont pu se produire : broncho-pneumonie, abcès du poumon, pleurésie purulente, pyo-pneumo-thorax.

C. — DIAGNOSTIC

Personne ne saurait se vanter jusqu'ici d'avoir diagnostiqué la broncho-lithiase avant le rejet du premier calcul. Il faudrait y songer cependant si l'on découvrait quelque symptôme de ce que Virchow appelle la *diathèse calcaire*. Cette diathèse peut se manifester de bonne heure : Ch. Huter a trouvé dans le lobe supérieur du poumon droit, chez un mort-né, un calcul blanc et dur, occupant une petite cavité; on constatait en même temps des calculs dans le foie, dans l'une des capsules surrénales et dans le placenta.

Même pour l'observateur prévenu, le diagnostic des pierres bronchiques sera bien rarement possible.

Il ne faut pas se contenter de reconnaître l'origine ganglionnaire, pulmonaire ou bronchique des concrétions et des calculs expulsés. On doit rechercher si les sujets sont tuberculeux ou s'il y a seulement pseudo-phtisie broncho-lithiasique. C'est par l'auscultation attentive de la poitrine et par l'examen histologique des crachats qu'on arrivera au diagnostic. On se rappellera d'ailleurs que la tuberculose peut toujours survenir à titre de complication.

II

Traitement.

Voici les indications thérapeutiques :

- 1° Favoriser l'expulsion des calculs;
- 2° Calmer les souffrances de la colique bronchique;
- 3° Remédier aux complications de la broncho-lithiase;
- 4° S'opposer à la formation des calculs.

Il faut se demander tout d'abord si les deux premières indications sont susceptibles de se concilier. En calmant la douleur et en modérant les pénibles quintes de toux, ne risquera-t-on pas de compromettre la migration des calculs ?

Si l'on avait le droit d'assimiler la colique bronchique à la colique hépatique, il faudrait tenir compte, là comme dans cette dernière, du spasme expulsif et de l'antispasme rétenteur. Mais la progression des calculs dans l'arbre bronchique diffère absolument de la migration dans les voies biliaires. Si la mobilisation du broncholithe, exigeant non pas seulement quelques contractions musculaires, mais une dilatation progressive ou une destruction partielle de canaux résistants, est nécessairement lente, on comprend que l'expulsion du corps mobilisé soit, au contraire, soudaine et inopinée : quelques secousses de toux, quelques efforts, voilà le calcul chassé des voies aériennes.

Comment obtiendrons-nous cette mobilisation? Sera-ce en stimulant les sécrétions glandulaires et en déchaînant le flux bronchorrhéique? Devrons-nous prescrire les *antimonioux* à titre de propulseurs comme nous prescrivons les cholagogues lorsque nous voulons organiser la chasse biliaire? Assurément les *expectorants* pourraient être indiqués par la multiplicité des calculs ou par la généralisation du catarrhe bronchique accompagnant la broncho-lithiase; mais instituer une médication perturbatrice pour atteindre un calcul unique, ce serait

imiter l'ours de la fable qui lançait un pavé sur la tête de son compagnon pour le débarrasser d'une mouche.

Que si nous assistons à une colique bronchique (encore ne serons-nous maître du diagnostic qu'après le rejet d'un premier calcul), nous n'aurons qu'une chose à faire : prescrire de l'*ipéca* à dose vomitive. L'expulsion n'est-elle pas obtenue, nous nous garderons de soumettre à une trop rude épreuve la résistance du malade. Notre devoir sera dès lors de calmer la souffrance et de modérer la toux quinteuse : *opium, morphine, belladone, bromure de potassium, inhalations d'éther.*

Parmi les complications de la broncho-lithiase, la plus fréquente est l'*hémoptysie* : encore une indication de l'*ipéca*. On surveillera attentivement le malade au point de vue de la bronchite et de la tuberculose pulmonaire.

Pour instituer la *prophylaxie* de la broncho-lithiase, il faut combattre le catarrhe aigu des bronches, combattre la bronchite chronique, la pneumonie chronique et la dilatation des bronches, combattre la tuberculose adéno-pulmonaire.

TABLE DES MATIÈRES

DU FASCICULE VII

TRAITEMENT DES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

PREMIÈRE PARTIE

NEZ — LARYNX — TRACHÉE — BRONCHES

INTRODUCTION

Notions pathologiques et indications thérapeutiques générales sur les maladies des organes de la respiration, par L. FAISANS.

	Pages.
I. Notions d'étiologie générale	1
II. Application des notions d'étiologie à la thérapeutique	5
III. Thérapeutique prophylactique	6
IV. Thérapeutique curative	8
A. Indications tirées de l'étiologie, p. 8.	
B. Indications thérapeutiques fournies par la lésion, p. 13.	
C. Indications fournies par les troubles fonctionnels immédiats, p. 14.	
— 1° Douleur, p. 15. — 2° Toux, p. 15. — 3° Expectoration, p. 16.	
— 4° Dyspnée, p. 16.	
D. Indications fournies par les troubles fonctionnels médiats, p. 18.	
E. Indications fournies par les autres localisations morbides et par l'état général, p. 19.	
F. Indications fournies par l'étude du malade lui-même, p. 21.	