

nom de dilatation cylindrique généralisée, soit justement, comme le soutiennent quelques-uns, d'origine congénitale. MM. Balzer et Grandhomme pensent que la bronchectasie congénitale est presque toujours liée à l'héredo-syphilis pulmonaire (voyez *Syphilis du poumon*).

Dilatation bronchique d'origine atélectasique. — Mais peut-être l'opinion de MM. Balzer et Grandhomme est-elle trop absolue; il n'est pas impossible que ces dilatations congénitales soient du même ordre que celles décrites par Heller sous le nom de *dilatation bronchique d'origine atélectasique*⁽¹⁾. Chez l'adulte, il peut arriver que l'atélectasie pulmonaire persiste après que sa cause a disparu; dans ce cas, les bronches qui précèdent le territoire atélectasié subissent une dilatation. Chez le fœtus qui vient de naître, s'il existe une cause de souffrance, si la respiration est un peu entravée, certains points restent atélectasiés; et il y aurait là, d'après Heller, la source de dilatations bronchiques qui ne se manifestent que plus tard.

Dilatations aiguës et chroniques. — Andral, Rilliet et Barthez admettaient une *dilatation aiguë des bronches*, particulièrement chez les enfants atteints de coqueluche ou de broncho-pneumonie. Avec Legendre, nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de conserver cette distinction. Ou la dilatation aiguë ne persiste pas, elle cesse avec la maladie qui lui a donné naissance, et ne présente qu'un médiocre intérêt; ou elle rentre dans le type chronique.

Pathogénie. — La dilatation bronchique est toujours une affection secondaire; elle succède ordinairement à une lésion chronique des bronches, lésion associée presque toujours à des lésions scléreuses du poumon et de la plèvre. Par quel mécanisme ces lésions bronchiques, pulmonaires ou pleurales, engendrent-elles la dilatation bronchique? Le nombre des auteurs qui se sont occupés de ce problème est considérable. Des opinions très diverses ont été émises. On peut les ramener toutes à trois : 1^o celles qui font jouer le principal rôle aux lésions bronchiques; 2^o celles qui font jouer ce rôle aux lésions du poumon; 3^o celles qui font jouer un rôle aux lésions de la plèvre. Quelques auteurs sont éclectiques et pensent que ces lésions se combinent souvent pour produire la dilatation bronchique.

1^o *Théories bronchiques.* — Laënnec, sans chercher à donner une explication systématique, fournit, en divers passages, des essais de pathogénie. Il subordonne la dilatation à la bronchite; mais, pour expliquer comment la seconde engendre la première, il invoque l'accumulation des mucosités dans les bronches, la pression qu'elle exerce sur les parois sous l'influence de l'air inspiré, l'obstacle qu'elle apporte à la circulation de l'air, la dilatation par la chaleur animale de l'air introduit froid dans la poitrine. Tout cela n'a qu'un intérêt historique.

L'opinion la plus vraisemblable, celle que nous adoptons, fait reposer la genèse de l'ectasie bronchique sur deux facteurs principaux : efforts expiratoires avec occlusion complète ou incomplète de la glotte (toux, chants, cris), défaut de résistance des parois bronchiques.

Beau et Maissiat ont montré d'abord le rôle important des efforts de toux⁽²⁾.

(1) *Deutsch. Arch. f. klin. med.*, 1885.

(2) BEAU et MAISSIAT, Mécanisme des mouvements respiratoires; *Archives gén. de méd.*, 1842 et 1845.

La toux est une expiration spasmodique avec occlusion de la glotte. Nicaise⁽¹⁾ a montré le rôle du chant et du cri qui sont aussi des actes expiratoires avec sténose glottique. Or les expériences de Mendelssohn⁽²⁾ et Hutchinson nous ont appris, contrairement à ce que l'on croyait auparavant avec Laënnec, que les forces expiratrices sont supérieures d'un tiers aux forces inspiratrices. On conçoit donc que, dans la toux, le chant, le cri, l'air exerce une pression considérable sur les parois bronchiques et puisse aider à sa distension. Mais que de touseurs et de chanteurs qui n'ont pas de dilatation bronchique! Il faut donc, pour que les efforts expiratoires puissent agir d'une manière efficace, qu'une cause spéciale ait diminué la résistance des parois bronchiques. Cette cause, elle réside dans les altérations de la paroi bronchique étudiées par Andral, Cruveilhier, Williams, Trojanowski, Charcot, Cornil et Ranvier. La paroi bronchique renferme des fibres musculaires et des fibres élastiques qui lui donnent sa tonicité, là surtout où les cartilages bronchiques ne forment plus des anneaux complets. Or, dans certains cas, le processus phlegmasique de la bronchite peut, par places, envahir la couche profonde, détruire ou raréfier les fibres élastiques et les fibres musculaires; dès lors la pression de l'air, sous l'influence de la toux, va distendre les parois et causer la dilatation bronchique. Les examens histologiques de Trojanowski, de Cornil et Ranvier, de Noica, ne laissent aucun doute sur la disparition de fibres musculaires de la paroi bronchique, au niveau de la dilatation, et à ce niveau seulement.

En résumé, disparition, sous l'influence de la bronchite chronique, de la couche de fibres musculaires et élastiques, disparition amenant un défaut de résistance de la paroi aux efforts de toux : telle est vraisemblablement la pathogénie la plus ordinaire des dilatations bronchiques.

Nous rapprocherons de la théorie bronchique, telle que nous venons de l'exposer, la manière de voir de Stokes⁽³⁾, qui invoque la paralysie des muscles de Reissessen, sous l'influence de l'inflammation; c'est une application de la loi générale que Stokes avait formulée : l'inflammation d'une membrane séreuse ou muqueuse paralyse les couches musculaires sous-jacentes. Nous citerons aussi l'opinion de Rilliet et Barthez. Pour eux, trois conditions agissent nécessairement dans la production de l'ectasie bronchique : la phlegmasie de la muqueuse, l'abondance de la sécrétion, l'imperméabilité du tissu environnant.

Rokitanski, Virchow, Dittrich, Lancereaux, ont rapporté des cas de dilatations bronchiques situées au-dessus et au-dessous d'un rétrécissement; il est vraisemblable qu'ici c'est surtout la pression de l'air expiré (dilatation inférieure) ou inspiré (dilatation supérieure) qui engendre l'ectasie. Mais il y a sans doute des altérations de la paroi qui facilitent la distension.

2^o *Théories pulmonaires.* — En 1858, Corigan⁽⁴⁾ décrit l'inflammation chronique du poumon sous le nom de *cirrhose du poumon* et la considère comme la cause de la dilatation bronchique; le tissu nodulaire nouvellement formé a des propriétés rétractiles; la rétraction de ce tissu force les rameaux bronchiques à se dilater; car cette rétraction ne peut avoir d'effet dans aucun autre sens, en raison de la rigidité de la cage thoracique, du vide pleural ou des

(1) *Revue de méd.*, sept. 1895.

(2) MENDELSSOHN, *Der Mechanismus der Circulation und Respiration*, Berlin, 1845.

(3) STOKES, *A Treatise on the Diagn. and Treatm. of the dis. of the chest*, Dublin, 1841.

(4) CORIGAN, *Cirrhosis of the Lung*; *Dublin Jour. of med. sciences*, t. XIII, 1858.

adhérences pleurales. Cette théorie a été soutenue par Luys⁽¹⁾ et Niemeyer, mais elle est ruinée par une remarque de M. Charcot : dans la sclérose lobaire, malgré la transformation du parenchyme en tissu fibroïde doué de rétractilité, on ne rencontre jamais de dilatation bronchique. Celle-ci est le propre des broncho-pneumonies chroniques, et dépend directement de la bronchite avec destruction des tuniques musculaires et élastiques de la paroi.

3° *Théories pleurales.* — Barth remarque que la pleurésie chronique, fibreuse, avec adhérences épaisses, est en quelque sorte la règle dans la dilatation bronchique; et il conclut que la sclérose pleurale doit ajouter ses effets à ceux de la bronchite et de la sclérose pulmonaire. Mais il est bien loin d'accorder à la pleurésie chronique un rôle exclusif. En fait, le rôle de la sclérose pleurale doit être accessoire, car on observe des dilatations bronchiques sans lésions pleurales et des scléroses pleurales sans dilatation bronchique.

Gombaut⁽²⁾ et Gintrac, adoptant les idées de Barth, ne soutiennent aucune théorie à l'exclusion de telle ou telle autre; ils sont éclectiques, et, d'après eux, les trois causes, bronchite, pneumonie et pleurésie bronchique s'unissent le plus souvent pour engendrer l'ectasie. Il est probable que, si les lésions bronchiques sont nécessaires pour que la dilatation puisse se développer, les lésions pulmonaires et pleurales, lorsqu'elles coexistent, les aident puissamment. C'est ce que semble prouver une observation de Déjerine et Sottas⁽³⁾.

Anatomie pathologique. — Lorsqu'on ouvre le thorax d'un sujet qui a succombé à une dilatation bronchique, on remarque que les poumons ne s'affaissent pas, car il y a d'ordinaire des adhérences pleurales épaisses et résistantes, et, de plus, le tissu pulmonaire lui-même est induré. Par places, on constate de l'emphysème.

Si la dilatation est légère, si elle ne forme pas des cavités considérables, elle passera aisément inaperçue. Dans les cas où l'on peut la méconnaître, on sera mis sur la voie par un peu de pus qu'on voit sourdre à la coupe. Alors, on fera régulièrement la section longitudinale des bronches en commençant par le hile. Cela est indispensable pour bien étudier la forme et l'aspect des dilatations.

Quand la lésion est très marquée, l'aspect du poumon malade, étudié sur des coupes, est caractéristique; tantôt c'est celui d'une éponge, ou mieux d'un poumon de batracien (Trousseau); tantôt une tranche pulmonaire ressemble au tissu utérin gravide sillonné par les sinus veineux dilatés (Legendre), ou à du fromage troué (Rilliet et Barthez), ou à une pierre vermoulue (Corrigan); tantôt un certain nombre d'excavations communiquent entre elles et ne sont séparées que par de petites cloisons incomplètes, ressemblant par leur faible épaisseur et leur forme aux valvules des veines (Laënnec, Trousseau); tantôt, enfin, le poumon présente de grosses cavités qui rappellent l'aspect des cavernes tuberculeuses.

Forme des dilatations. — Avec Andral et Cruveilhier⁽⁴⁾, nous décrirons trois formes de dilatations bronchiques : la *dilatation cylindrique*, la *dilatation ampullaire*, la *dilatation en chapelet* ou *moniliforme*.

(1) LUYS, *Archives de médecine*, 1862.

(2) GOMBAULT, *Thèse de doctorat*, Paris, 1858.

(3) *Revue de médecine*, 1895, p. 921.

(4) *Traité d'anatomie path. génér.*, 1852; t. II, p. 455 et 874.

1° Dans la *dilatation cylindrique*, les bronches conservent leur forme, mais leur diamètre est considérablement augmenté; les rameaux dilatés naissent souvent d'un tronc dont le diamètre est beaucoup moindre. Tandis que la dilatation ampullaire et la dilatation moniliforme sont généralement partielles, on peut décrire une dilatation cylindrique générale et une dilatation cylindrique partielle. La dilatation cylindrique générale, fort rare, est unilatérale, mais elle frappe tout un poumon dont le tissu est remplacé par des cavités allongées. Il y a peu d'exemples de cette lésion; Barth et Barlow en ont rapporté chacun un cas; et l'on a supposé qu'il s'agissait là d'une lésion congénitale⁽¹⁾. La dilatation cylindrique partielle peut être limitée à une seule bronche : le rameau bronchique se renfle tout à coup et son calibre augmente à mesure qu'il s'avance vers la périphérie, de telle sorte que la cavité a plutôt la forme conique que la forme cylindrique; ces dilatations cylindriques partielles siègent surtout au sommet du poumon.

Une variété de la dilatation cylindrique partielle est celle que Laënnec avait déjà signalée sous le nom de *dilatation des extrémités bronchiques*, que Biermer⁽²⁾ a appelée *bronchectasie capillaire*, et qui a été étudiée par Rilliet et Barthez; l'ectasie porte sur les petites bronches et se développe dans les régions superficielles du poumon; il y a, à la surface de l'organe, une sorte de tissu aréolaire formé par de petites cavités allongées et remplies de muco-pus.

2° La *dilatation ampullaire* est souvent confondue avec une cavité tuberculeuse. C'est la plus commune de toutes les formes de dilatation bronchique. Elle est circonscrite ou diffuse; elle atteint surtout les parties superficielles du poumon et paraît se développer de préférence sur les bronches de moyen calibre. Le volume des dilatations ampullaires est variable; il peut atteindre celui d'un œuf de pigeon ou d'une orange. Leur nombre varie aussi; celles qui siègent à la profondeur sont généralement peu nombreuses; celles qui siègent à la surface sont nombreuses et rapprochées.

Cruveilhier en décrit deux variétés : la *dilatation circonférentielle*, qui occupe toute la circonférence de la bronche; la *dilatation ampullaire latérale* ou *sacciforme*, qui n'occupe qu'une partie de la circonférence. La dilatation ampullaire sacciforme est en général formée par toutes les parties constituantes de la bronche; mais, dans quelques cas très rares, on a vu la muqueuse bronchique faire hernie à travers une éraillure des autres tuniques, de telle sorte qu'il se forme une poche qui communique avec la cavité de la bronche par un canal plus ou moins étroit et qui peut même s'oblitérer.

Les *orifices de communication* de la cavité avec la portion de la bronche qui précède et la portion de la bronche qui suit sont parfois difficiles à trouver; on doit les chercher avec soin. Souvent la bronche qui précède l'ampoule est rétrécie, et parfois l'orifice de communication est oblitéré; l'air ne pénètre plus dans la cavité, qui devient un véritable kyste. La bronche qui suit l'ampoule tend en général à s'atrophier; quelquefois elle se dilate en forme de kyste jusqu'à la surface du poumon, et la communication entre ce pseudo-kyste et la dilatation peut être oblitérée par la sclérose. Enfin, le territoire qui dépend de la bronche dilatée est parfois emphysémateux.

(1) MONGOUR et LAFARELLE, *Dil. br. cylindrique généralisée. Soc. d'an. et de phys. de Bordeaux*, 15 nov. 1897.

(2) BIERMER, *Virchow's Archiv.*, 1860.