

BRONCHITE SIMPLE

Quatrième leçon.

SOMMAIRE. — Distinction entre l'affection locale, la maladie régionale et la maladie généralisée. — Topographie du catarrhe des voies aériennes. La mobilité est le caractère essentiel du catarrhe du nez, des bronches, etc. — Lois d'envahissement des bronches par le catarrhe. — Distinction entre la bronchite simple et les bronchites complexes. — Tableau succinct de la bronchite simple. — Sa marche ondulatoire. — De la toux. — De l'expectoration. — De la dyspnée. — Conclusion.

Messieurs,

Le coryza a existé, il s'est manifesté sous sa forme la plus rudimentaire; lentement, graduellement il disparaît, ne laissant après lui qu'une sécrétion des fosses nasales postérieures; ou alors il descend et va atteindre successivement le larynx, la trachée et les bronches. Il est donc dans la loi du coryza aussi bien de rester localisé dans un espace restreint que de s'étendre à toute la muqueuse qui est en continuité avec celle des fosses nasales: semblable en cela aux affections croupales qui, elles aussi, peuvent se propager à tout l'arbre aérien, ou se cantonner au pharynx primitivement envahi. Cette notion de topographie a une importance majeure; elle nous montre de la manière la plus nette qu'il y a des affections purement locales et des maladies qui frappent tout un appareil, *maladies régionales* (Ch. Bouchard), ou tous les tissus de même espèce, *maladies généralisées*, lesquelles tiennent souvent à une influence diathésique intime ou à la constitution médicale du moment.

Le coryza a suivi cette route, il est passé du nez au la-

rynx et du larynx à la trachée, témoignant ainsi de son humeur mobile. Étendu aux bronches, il continue à descendre; mais au lieu de suivre une voie régulière il hésite et devient vagabond: ainsi toute bronchite simple, si résidente qu'elle paraisse, est sujette à des déplacements; ainsi encore se justifie l'opinion de Laennec qu'on ne devrait pas donner le nom de bronchites à des affections ayant débuté par le nez.

1° Cette mobilité de l'inflammation caractérise essentiellement le catarrhe; celui-ci doué de cette disposition voyageuse doit presque fatalement commencer par le nez.

2° L'affection catarrhale quitte le larynx et s'enfourne dans un cul-de-sac, c'est-à-dire dans les bronches. Va-t-elle y perdre ses caractères? Non. Mais au lieu de marcher en ligne droite, elle tourne dans la poitrine. C'est, passez-moi le mot, une *bronchite écureuil*. Elle n'est immobilisée en aucun point, à aucun moment.

Que l'on prenne l'auscultation pour mesure, on ne trouvera jamais le même maximum; celui-ci varie de jour en jour, de quart d'heure en quart d'heure.

Résumons nos deux lois:

Première loi. — Toute bronchite qui n'a pas commencé par le nez n'est pas simple.

Deuxième loi. — Toute bronchite qui s'immobilise dans un point et qui garde un foyer fixe maximum pendant 48 et même 24 heures, n'est plus une bronchite simple.

Nous verrons plus tard des bronchites dont le caractère est de s'immobiliser et d'évoluer sur place; ainsi constatés, les foyers ont une importance extrême, qu'il s'agisse d'une localisation au sommet ou à la base. Vous savez déjà que quand la bronchite s'immobilise au sommet, elle donne l'appréhension légitime d'une affection tuberculeuse; que, limitée au milieu de la poitrine, elle fait craindre une broncho-pneumonie; que, si enfin, elle réside à la base, elle fait songer à des manifestations cardiaques. N'y a-t-il pas là déjà un ensemble d'informations qui fasse penser que la bronchite n'est pas simple?

L'inflammation, une fois descendue dans les bronches, donne des signes faciles à apprécier par les moyens ordinaires d'investigation, — par l'auscultation surtout, — signes d'une banalité qui me dispense de vous les exposer en détail.

Dès la première période, nous constatons le râle sonore et ronflant qui couvre plus ou moins complètement les deux temps de la respiration; il marque l'entrée en matière du rhume et ne tarde pas à disparaître, constituant ainsi le prolégomène des différentes étapes du catarrhe dans les bronches. Ce n'est en réalité qu'un bruit de transition qui se retrouve chaque fois que la maladie change d'aspect. A ce rhonchus sonore s'associent les râles sibilants de Laennec; or, tant que durent le ronflement ou la sibilance, le catarrhe est sec. Les râles humides annoncent la formation de l'exsudat. Ces nouveaux bruits sont des signes de transformation qui pourraient faire craindre une affection plus profonde à qui ne sait pas que la bronchite simple prend de ces fantaisies d'avancer ou de reculer. C'est qu'en effet, il est d'observation constante que ces râles humides et que ces râles secs peuvent alterner, se succéder, s'évanouir et reparaitre à de courts intervalles, sans que la bronchite en subisse de grandes modifications; ce sont des variations sur un thème et rien de plus; que si, au contraire, ces râles s'immobilisent dans l'espace et dans l'intensité, il y a tout lieu de prévoir une aggravation de l'inflammation (broncho-pneumonie, broncho-pleurite, etc.).

Ces oscillations de la bronchite, qui en font une maladie essentiellement ondulatoire, la rattachent au type des affections catarrhales.

Pendant le cours de ces modifications du râle, la fièvre continue, la gêne rétro-sternale se maintient ou s'exagère, les phénomènes gastro-intestinaux restent quelque peu effacés; puis tout va s'atténuant, jusqu'à la guérison qui survient au bout de trois semaines environ.

Toute bronchite qui dépasse ce temps n'est pas une bronchite vulgaire: ou bien il y a une maladie antérieurement établie qui commande l'évolution de la bronchite, ou bien l'inflammation a

déterminé sur la muqueuse des bronches des lésions qui dureront.

Reprenons en détail chacun de ces principaux phénomènes.

Toux. — En premier lieu, nous avons la toux qui en est la manifestation la plus saillante: Tout individu qui a une bronchite tousse.

La toux est un symptôme difficile à définir et à étudier. Elle survient, comme phénomène réflexe, à la suite d'une excitation provoquée, en un point quelconque du tube bronchique, ou par les produits de la sécrétion inflammatoire, ou par la simple tuméfaction congestive de la muqueuse.

Il se fait là d'abord un chatouillement de la membrane muqueuse semblable à celui qu'on ressent dans le nez au début du coryza, ou dans l'arrière-gorge quand commence la laryngite.

Tousser est un moyen de se gratter et aussi de débarrasser les bronches, chose utile, nécessaire même; et pourtant nous voyons la thérapeutique constamment dirigée contre la toux. Si celle-ci n'avait le tort de provoquer des secousses pénibles, d'amener l'insomnie, etc., on n'essayerait certainement pas de la calmer ou de la diminuer, attendu qu'elle est le seul mode d'expectoration.

La toux ne donne pas seulement la note exacte de la gravité de la bronchite, mais encore le degré de la susceptibilité qu'a tel individu d'être plus ou moins chatouilleux des bronches. Elle répond du reste à deux types: ou elle dépend surtout de la disposition nerveuse du malade, ou elle est provoquée par une accumulation d'exsudat dans les bronches. La première est au moins inutile, la seconde est efficace. De là on voit que le traitement est variable suivant qu'on a affaire à l'une ou à l'autre de ces formes. Notons en passant que la toux expulsive ne produit aucun travail utile, ni chez l'enfant, ni chez le vieillard: c'est que l'un ne sait pas encore expectorer, et que l'autre ne peut plus.

Il n'est pas toujours possible de déterminer, lorsqu'on entend la toux d'un malade, si elle est catarrhale ou si elle est simplement irritative; c'est qu'en effet, la toux peut par elle-même provoquer une sécrétion muqueuse, et une toux sèche se transformer spontanément en toux grasse.

Sécrétion, expectoration. — Nous n'étudierons pas ici les caractères de la sécrétion des bronches. L'exsudat est analogue à celui du coryza et aboutit comme ce dernier à une phase ultime de coction.

Dyspnée. — L'inflammation, n'amenant qu'une tuméfaction légère de la muqueuse, ne gêne que partiellement la circulation de l'air, partant ne provoque que peu de dyspnée. Celle-ci cependant a les mêmes variantes d'intensité, et dépend des mêmes éléments nerveux que la toux; elle peut exister, à un degré plus ou moins considérable, chez des individus qui n'ont que des signes de bronchite insignifiants.

Dans la plupart des cas, le malade n'accuse qu'une sensation de constriction rétrosternale souvent désagréable, mais à peine douloureuse.

Une remarque importante doit être faite : la bronchite emprunte quelques-uns de ses caractères aux états morbides qu'elle complique souvent : elle se modifie dans ses éléments chez le pleurétique, chez le cardiaque, chez le bossu à gibbosité ou à simple asymétrie thoracique.

Que puis-je vous dire sur la thérapeutique de cette bronchite simple? Mon intention est de consacrer une dernière leçon de ce semestre à la thérapeutique générale des bronchites. Je vous dirai alors les divers traitements que je crois bons et utiles. Aujourd'hui laissez-moi seulement vous rappeler ce que Laennec préconisait avant que le catarrhe ne soit descendu dans les bronches : c'est l'alcool mêlé d'eau chaude formulé de la façon suivante :

Eau	250 grammes.
Alcool	50 —
Teinture d'opium	X gouttes.

Cette méthode très simple peut quelquefois réussir à juguler le rhume. Certains médecins aiment aussi à tapisser le thorax du malade d'emplâtres gras ou irritants ou même d'une feuil-

mince de gutta-percha et affirment qu'ils en tirent de bons effets; je n'y contredirai pas.

En somme, ce qu'il importe de retenir et ce qui mérite surtout de fixer votre attention dans la leçon d'aujourd'hui c'est :

1° Le fait de la propagation du catarrhe des fosses nasales à la poitrine et par conséquent sa mobilité dans l'espace.

2° La mobilité de la bronchite dans l'intérieur des bronches.

3° La mobilité au point de vue de l'intensité des phénomènes de la bronchite.

4° Les variations des bronchites chez les individus qui ont eu des accidents ou pulmonaires, ou pleuraux, ou cardiaques antérieurement, et chez les malformés du thorax ou de la colonne vertébrale.

5° La valeur attribuée aux signes stéthoscopiques pour apprécier le degré de la fixité de la bronchite.

BRONCHITE SÈCHE

Cinquième leçon.

SOMMAIRE. — Nécessité d'immobiliser la bronchite quant au temps et quant à l'espace pour l'étudier. — Classification de la maladie d'après la durée, le siège, la nature. — Division meilleure d'après la sécrétion : bronchite sèche et bronchite humide. — Description de la bronchite sèche : elle se présente sous trois formes : aiguë, subaiguë et chronique ; transformations diverses ; mouvement de recul de l'état chronique vers l'acuité. — Début de la forme aiguë. — Toux stérile. — Expectoration perlée de Laennec. — Dyspnée horizontale. — L'auscultation dénote de la sibilance ; plus tard des râles ronflants sonores. — Signification du bruit musical et du bruit de clapet. — Terminaisons. — Passage à l'état chronique.

Messieurs,

Dans ces considérations générales sur le coryza et la bronchite j'ai voulu appeler votre attention sur la mobilité du catarrhe dans l'espace et dans le temps. Je réclame maintenant de votre part un peu de complaisance pour me suivre dans les développements monotones et ardu que vous allez entendre.

Pour arriver à la correction dans cette étude, il nous est un procédé très simple, attendu qu'il est impossible de donner une description fixe d'une affection essentiellement mobile : immobiliser la maladie. Ce mode d'enseignement didactique a de réels inconvénients, puisqu'il ne peut comprendre toutes les éventualités cliniques de la maladie et que toute monographie claire et fixe de la bronchite est absolument fautive ; mais comme je ne puis suivre partout à l'aventure la maladie, et m'arrêter à tous ses caprices, force m'est bien de me façonner un type étalon auquel je puisse rattacher tout coryza, toute bronchite.

Je vais donc immobiliser cette bronchite dans le *temps* et dans l'*espace*, c'est-à-dire dans un moment de son évolution, dans un point de son envahissement, sans jamais cesser de me rappeler que loin d'être une maladie cyclique, elle serpente et a des temps d'arrêt plus ou moins marqués.

Les divisions classiques de la bronchite, acceptées d'une façon à peu près générale, roulent sur des considérations de durée, de siège ou de nature.

On s'est attaché surtout aux troubles de sécrétion qui sont le phénomène prédominant de la maladie, et l'on a admis des bronchites sèches ou catarrhes secs et des bronchites exsudatives ou humides.

Les bronchites ont encore été appelées bronchites dyspnéiques ou bronchites suffocantes.

Aucune de ces deux dénominations ne représente un type absolu, et ces deux caractères ne s'excluent point entre eux. Ce n'est pas là du reste une loi qui leur soit spéciale. Mêmes choses se passent dans les entérites, par exemple : il nous est facile de comparer la bronchite sèche à la constipation et de faire de la bronchite humide l'analogie de la diarrhée. Or s'il y a des individus chez qui la diarrhée ou la constipation peuvent s'établir d'une façon presque exclusive, il y a en revanche des gens chez qui les deux accidents peuvent alterner ou encore exister simultanément. Lorsque une portion de la muqueuse intestinale sécrète en trop, la région voisine peut sécréter d'une manière insuffisante ; la diarrhée n'est donc pas une espèce, pas plus que la constipation.

Ici arrive naturellement une considération importante que je voudrais vous graver dans l'esprit comme une des lois ineffaçables de la pathologie ; une *affection locale* ne devient pas *maladie régionale*, favorisée par une simple continuité de tissus ou conduite par une disposition anatomique naturelle ; ce n'est pas seulement l'arrangement des lymphatiques de la jambe qui commande les migrations capricieuses de l'érysipèle ; il y a plus : il y a une influence générale, rarement occulte, dont il faut avant tout tenir compte.

La solidarité de l'organisme humain dans toutes ses parties nous explique la mobilité du catarrhe. Elle nous montre pourquoi la bronchite emprunte à la constitution, aux antécédents, je dirai plus, à l'avenir de celui qu'elle envahit. Ne voit-on pas des individus qui ont une ou plusieurs manifestations encéphaliques dans le cours même d'une maladie et qui pourtant n'accuseront leur fond cérébral que 4 ou 5 ans plus tard ?

Tous ces faits ont une grande importance dont il faut être pénétré lorsqu'on aborde l'étude d'une maladie mouvante et mobile qui ne peut s'imposer par ses formes et qui n'a pas assez de crédit pour venir de son propre fond.

Pour mieux faire comprendre le jeu de ces maladies, nous prendrons un exemple en dehors de la pathologie du poumon. Il existe une folie délirante qui s'appelle le délire de persécution ; l'individu qui en est atteint se croit persécuté partout et en tout : tel est l'élément essentiel de la maladie. Ailleurs un individu se met à boire et contracte un délire dans lequel la persécution joue un certain rôle : nous avons là un persécuté d'un autre ordre. Si le premier de ces malades se met à boire, son délire se modifiera et empruntera quelques-uns des caractères du délire alcoolique. D'autres fois encore, ce délire survenant chez un vieillard ou chez un sénilité aura la forme démente sénile : la même loi de variations s'applique aux bronchites.

La bronchite sèche, qui est la constipation des bronches, existe à l'état aigu ou à l'état chronique ; elle est associée ou non à la bronchite humide ; enfin elle peut s'immobiliser dans une portion de son trajet. Or comme toute bronchite doit avoir des déviations à droite et à gauche et par conséquent tendre vers la diffusion, elle aura, en se fixant, manqué à sa loi par deux côtés ; partant, elle a cessé d'être mobile, elle a cessé d'être diffuse.

Entrons maintenant dans la description de la bronchite sèche. On désigne sous ce nom une inflammation aiguë ou chronique des bronches, caractérisée par des signes ordinaires de bronchite simple ou par une expectoration rare, conséquence d'une sécrétion peu abondante ou tarie.

Elle se présente à nous sous trois formes : *aiguë, subaiguë, chronique* ; variable en cela même, car elle peut passer d'une forme à l'autre, ou rester aiguë jusqu'à sa terminaison.

Sa mobilité peut s'exercer en avant comme en arrière. D'aiguë, elle peut devenir subaiguë ou passer de suite à l'état chronique. De subaiguë, elle peut reprendre son acuité première ou entrer définitivement dans la chronicité. Si enfin elle a été chronique d'emblée, elle peut avoir des poussées aiguës.

C'est là une des particularités des inflammations catarrhales que ces mouvements de recul de l'état chronique vers l'acuité : cela change les conditions de pronostic et de traitement. Lorsque la maladie chronique a repassé à l'état aigu, elle présente plus de chances de curabilité ; et de là est né un système de médication, barbare en apparence, qui consiste à réveiller l'inflammation dans les organes où elle sommeille, afin de la démasquer plus sûrement et de lui donner une évolution nouvelle plus facilement attaquable.

Il se trouve en ce moment un très bel échantillon de bronchite sèche un peu anormale au n° 35 de la salle Saint-Charles. La maladie s'est annoncée par un malaise plus ou moins grand, un état fébrile vague, quelque chose qui rappelle les prolégomènes du grand coryza ; seulement, elle ne débute pas par le nez, elle escalade cette première étape et passe immédiatement dans la trachée et dans les bronches : c'est un type incorrect. La maladie a désobéi à sa loi de propagation ; il semble qu'elle soit née sur place, qu'elle se soit développée spontanément chez cette femme, en un mot qu'elle lui soit propre ; tandis que si l'affection avait débuté par le coryza, on aurait pu accuser des influences extérieures. La malade a des frissons qui lui donnent la chair de poule et un malaise général qui la force à garder le lit ; elle a une sensation d'encliffement et de sécheresse des bronches qui n'est pas une hallucination respiratoire et qui peut se produire expérimentalement par l'administration du *datura stramonium*.

La malade se plaint d'une certaine difficulté de déglutition et

d'une toux stérile qui est une toux de chatouillement et de démangeaison analogue à la toux pleurétique. Laennec a dit quelque part que ces malades rendaient de petits crachats perlés ressemblant à du frai de grenouille, parsemés de stries noirâtres et gros comme des têtes d'épingles. Cette expectoration que Laennec a du reste très bien décrite n'existe que dans les formes chroniques. Dans la forme aiguë le malade ne crache pas du tout.

La fièvre continue; la langue, aussi fidèle interprète des états pulmonaires qu'elle traduit bien les états digestifs, est blanche et épaisse; la sensation de sécheresse de la gorge persiste ou augmente, la dyspnée est considérable; mais, détail curieux, l'individu, quoique très dyspnéique, n'est pas condamné à la situation verticale dans son lit, ainsi que cela s'observe dans les affections du cœur; ce fait peut nous servir à reconnaître les bronchites dans lesquelles il y a un minimum de manifestation cardiaque. La respiration est très accélérée, mais le malade n'en a pas conscience: il n'a pas besoin de s'étudier et de se préparer pour respirer.

A l'auscultation, rien de bien significatif; on n'entend pas de vrais râles; l'inspiration est peu pénétrante, l'expiration est au contraire plus profonde. Quand l'expiration devient rugueuse, elle paraît extrêmement forte, et lorsqu'elle est aussi longue que l'inspiration, elle semble beaucoup plus longue que cette dernière; elle est dite prolongée. Cette expiration rugueuse n'est autre chose qu'un bruit de sibilance et il n'est pas rare de voir ce dernier disparaître complètement au bout de quelques jours.

Cependant la maladie ne diminue pas; et alors de deux choses l'une elle persiste en restant diffuse ou en s'immobilisant. Si elle se localise, elle demeure dans les conditions où elle se trouvait précédemment et tandis qu'un des côtés, le gauche par exemple, se débarrasse, le droit continue à présenter les mêmes signes, ce qui est certainement de mauvais augure pour l'avenir: c'est qu'en effet la maladie gagne en profondeur et atteint le

tissu pulmonaire proprement dit. Il sera ordinairement facile de suivre pas à pas son évolution sur place par les signes physiques qu'elle détermine.

La bronchite sèche se généralise; la maladie entre dans sa deuxième phase: fièvre, dyspnée, malaise persistant; la dyspnée même peut affecter le type intermittent, asthmatiforme. Au petit susurrus sibilant du début succèdent des râles sonores ou ronflants occupant les deux temps de la respiration. En auscultant attentivement, on entend une respiration musicale qui a la propriété de persister pendant toute la durée de l'inspiration; tandis qu'au début la sibilance était intermittente et produisait le bruit de cliquetis de Laennec analogue à un bruit de clapet.

Ces symptômes ont leur valeur: la prolongation du bruit musical indique la vitalité de l'arbre aérien; au contraire, le bruit de clapet annonce que la bronche est morte quant à son élasticité. La maladie semble guérie au bout de trois ou quatre mois (la respiration est en effet devenue plus facile), mais elle n'est que dans une simple rémission; elle reprendra bientôt, à la moindre incitation, sous une forme subaiguë. Elle pourra se transformer en affection chronique tout en restant cantonnée à la muqueuse des bronches. Pour éviter cette évolution fâcheuse, c'est surtout pendant la convalescence qu'il faudra redoubler d'attention, et l'on n'admettra la guérison que quand il sera impossible de faire autrement. *Le vrai médecin est celui qui soigne la maladie quand l'affection est guérie.*

L'individu qui a une bronchite sèche a perdu la virginité de ses bronches; il n'a plus la poitrine d'un homme sain, et au bout de quelques années il sera de nouveau repris par la maladie. Ces retours offensifs n'accusent-ils pas l'influence nocive que le malade emprunte à sa constitution?