

BRONCHITE CHRONIQUE SÈCHE

Sixième leçon.

SOMMAIRE. — La bronchite chronique sèche d'emblée ne débute pas par le nez. — Affection vagabonde. — La loi d'invasion. — Forme à répétition. — Forme rémittente. — Nécessité d'envisager les types extrêmes : *en bien, en mal*. — Impossibilité de délimiter l'étendue de la bronchite par l'auscultation. — Foyers de râles humides coexistant avec les accès de dyspnée. — Analogie avec la coqueluche et le coryza. — Le bronchitique n'étouffe pas à la façon du cardiaque. — Influence du cœur sur les symptômes dyspnéiques ; influence de l'élément nerveux ; la toux n'est alors qu'un chatouillement stérile.

Messieurs,

Je vous ai parlé de la bronchite sèche sous sa forme aiguë et je vous ai montré par quelle transformation elle passe à la chronicité. J'aborde aujourd'hui la bronchite sèche chronique d'emblée.

On dit qu'une maladie est chronique lorsqu'elle a duré ou doit durer un certain temps.

L'état chronique peut s'affirmer dès le début de l'affection. Il est des gens qui s'insinuent lentement et sournoisement dans la maladie, quand d'autres y entrent brusquement en faisant sonner leurs éperons.

Chez ceux-là, la maladie est moins ardente, moins bruyante, mais dure plus longtemps. Elle diminue d'intensité à mesure qu'elle progresse et tend à s'éteindre insensiblement. Ainsi donc se caractérise la chronicité : elle relève autant de l'atténuation des symptômes morbides que de leur longue durée.

La bronchite chronique à son début paraît souvent avoir les

allures d'une affection subaiguë ; mais cependant on pourra déjà affirmer qu'elle va tourner à l'état chronique si l'envahissement ne s'est pas fait par le nez ou par la gorge. Le malade passe doucement de la santé à la maladie. Les symptômes s'associent alors pour un tiers de fièvre, un tiers de toux, un tiers d'oppression. Si, au bout de trois semaines, la bronchite sèche s'est immobilisée, il y a tout lieu de croire qu'elle prendra prochainement la forme chronique ; et, alors, après quelques semaines d'accalmie apparente, sous l'incitation la plus banale, tous les accidents reparaîtront dans une nouvelle poussée aiguë. Car, je le répète, c'est le propre de ces affections d'être essentiellement mobiles et à rechute ou à répétition : tel est le cas de la femme que nous observons actuellement dans la salle Saint-Charles. Comme vous vous le rappelez, à son entrée dans nos salles, elle avait peu de manifestation naso-pharyngienne et une bronchite sèche assez intense. Or, elle semblait aller mieux, quand, sans cause, sans provocation aucune (elle est dans une salle surchauffée), elle fut prise d'une nouvelle poussée pharyngo-laryngée avec perte de la voix. N'avais-je pas raison de vous présenter ce cas comme un type de bronchite sèche anormale ?

Voilà donc un exemple de la grande mobilité de cette affection, mobilité qui pour moi est de la plus grande valeur. Ici, en effet, la maladie, après avoir passé par la trachée et s'être épanouie dans les bronches, réapparaît subitement dans la trachée et le larynx. C'est une chose curieuse à observer que cette existence vagabonde qui est la vie des affections superficielles des bronches et de toutes les muqueuses.

A la suite de la première invasion de cette bronchite, le malade reste bronchitique. Il se plaint que sa respiration est plus gênante ; quelquefois, il tousse beaucoup ; d'autres fois, il tousse peu : la toux subissant de grandes variantes comme la maladie elle-même, et cependant, il n'y a pas de nouveaux signes physiques à observer.

En m'appuyant sur ces faits, j'admets que : tout homme qui, à la quatrième semaine d'une bronchite, se plaint de gêne respi-

ratoire et de toux sèche et quinteuse, est entré dans la bronchite chronique.

Au début de l'affection, cet homme est passé de la santé à la maladie, et passe maintenant de la maladie à l'infirmité et ne guérira plus ; il est définitivement boiteux de ses bronches.

Passons maintenant à la forme rémittente. Au lieu de ces accalmies complètes momentanées qui caractérisent la bronchite à répétition, nous ne trouvons pendant la période de rémission qu'une atténuation des symptômes, un reliquat que la maladie a laissé derrière elle. La variabilité considérable des signes physiques nous en rend la description difficile. Ne pouvant envisager à la fois toutes les modifications de cette affection, nous allons en établir comparativement les deux formes extrêmes : car représenter immobile la bronchite toujours en mouvement, c'est se tromper à l'égal de celui qui dessinerait un cheval au repos croyant représenter un cheval au trot.

Premier extrême en bien. — Respiration peu profonde, peu pénétrante ; râles musicaux en quantité variable suivant les points, facilement déplacés et modifiés par la toux ; sonorité exagérée, quelquefois tympanique, et voussures localisées de la paroi thoracique, quand il existe en même temps de l'emphysème.

Il n'y a pas de sélection pour cette forme de bronchite ; elle atteint l'arbre respiratoire en entier et dépasse les cantonnements habituels de l'emphysème. De temps en temps, pendant les périodes de rémission, les râles sibilants sont en plus grande quantité et pourtant le malade respire mieux tout en conservant néanmoins un état poussif qui l'empêche de faire les exercices violents dont il n'a pas l'habitude, mais qui lui permet de continuer son métier quelque fatigant qu'il soit : les crises dyspnéiques sont alors très atténuées.

Deuxième extrême en mal. — Grande crise : coryza, laryngite avec enrouement pénible ; râles sibilants entremêlés de râles ronflants, ceux-ci accompagnant le début et la fin de toute crise.

On a discuté la valeur de ce râle sibilant ; on a supposé qu'il pourrait changer de caractère suivant le calibre de la bronche

atteinte ; ce serait là un fait très important et utile pour établir la topographie de la maladie ; mais la démonstration nous en manque presque complètement ; plus le calibre des bronches obstruées est petit, plus il y aura de chance pour que l'interruption de la colonne d'air se fasse aisément ; mais suivant le point où siège l'obstacle il y aura un rapport constant entre le nombre de vésicules pulmonaires intéressées et la gêne respiratoire. C'est ainsi que l'obstruction d'une petite bronche a des conséquences moins graves que celle d'une grosse bronche. De même pour le vigneron, une maladie qui atteint la grappe est moins désastreuse que celle qui attaque le pied de la vigne.

Dans tous les cas, il est impossible d'après le râle sonore de préciser le degré et le siège exact de la maladie. A peine si la notion de l'état antérieur du poumon et de la puissance respiratoire peut donner quelques présomptions. Mais, lorsqu'on entend à la fois des râles sonores et humides, alors seulement on peut avoir une délimitation topographique vraie.

Que remarquons-nous en effet chez un individu qui, atteint d'une bronchite sèche, est tout à coup pris d'une dyspnée brusque avec toux quinteuse et pénible ? Au moment de crise, il se produit au milieu de rhonchus sonores, diffus, un foyer de râles humides, crépitants ou sous-crépitations qui cessent en même temps que l'attaque. C'est quelque chose d'analogue à l'asthme, mais ce n'est pas l'asthme lui-même, car les caractères de cette névrose font ici complètement défaut. Voyez aussi ce qui se passe chez un coquelucheux : l'auscultation attentive fait prévoir le retour de chaque crise ; les râles humides sont de plus en plus nombreux jusqu'au moment de la quinte ; dès que l'accès a éclaté, ces râles s'évanouissent et il ne reste que de la sibilance. On assiste ainsi à la préparation de la quinte.

Cette analogie peut s'étendre jusqu'au coryza : à l'instant qui précède l'éternuement, il se produit une humidité croissante de la muqueuse nasale qui se projette même avec force au dehors quand on éternue.

Dans ces affections respiratoires, chaque crise ajoute une

pierre à l'édifice; à l'inverse de certaines affections cérébrales, où les attaques se succèdent en s'atténuant. Elles amènent une augmentation de l'emphysème préexistant : sécheresse permanente de la muqueuse, dilatation permanente des alvéoles pulmonaires occasionnant une gêne croissante et presque constante de la respiration.

Le bronchitique étouffe comme s'il respirait dans un nuage de poussière. Son oppression ne se comporte pas comme celle qui survient dans les maladies du cœur. Il reste étendu, couché dans son lit, indifféremment sur le côté ou sur le dos et il n'est pas obligé de se tenir assis; on ne le voit pas, « le tronc soutenu par un entassement d'oreillers, les jambes pendantes hors du lit, accablé par le sommeil, chercher à goûter quelques instants de repos, etc., etc. » et lors même qu'il a une angoisse respiratoire considérable, sa dyspnée n'égale jamais celle de l'accès d'asthme ou d'une attaque d'asystolie. L'étouffement survient dans n'importe quelle position, et peut se prolonger sans jamais amener de manifestations asphyxiques. Sorti de sa crise, le malade reste le même homme que quand il y est entré.

Le moment de la crise est pourtant un état insupportable, affreux, que le malheureux patient n'a même pas la ressource d'améliorer; il ne peut, comme le cardiaque, atténuer son oppression ou la faire disparaître en changeant de position; ni comme l'asthmatique calmer sa crise en se cramponnant à sa fenêtre et en donnant un point d'appui suffisant à ses muscles inspirateurs supplémentaires. Pour le bronchitique, c'est une véritable torture morale de savoir qu'il ne peut aucunement modifier sa souffrance.

Les crises vont donc en augmentant et en se rapprochant, et deviennent chaque fois plus pénibles; mais à aucun moment, lorsque l'emphysème ne domine pas, le cœur ne paraît s'en mêler; il assiste à tous les accès sans s'émouvoir, c'est un gros indifférent qui se désintéresse dans la question. Notez bien ce fait, car vous entendrez souvent dire que la bronchite sèche peut déterminer des complications cardiaques.

Il faut savoir pourtant que le cœur peut, du fait de l'âge, subir des altérations sérieuses qui donnent prise à l'influence de la lésion pulmonaire; il en résulte des faits complexes où la clinique reste souvent impuissante à déterminer le rôle exact qui dans cette scène morbide revient à chaque organe.

La nervosité est encore un autre élément qui influe sur l'intensité de la crise; chez certains malades nerveux, la plus médiocre irritation peut quelquefois avoir son influence sur l'explosion de l'accès; cependant on peut dire que les aptitudes nerveuses ne jouent jamais un grand rôle dans les affections pulmonaires; et, ce qui le prouve, c'est que les crises de cette bronchite sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.

Le malade a également fort peu de susceptibilité mentale; il conserve toute l'acuité de son intelligence, pendant l'accès de dyspnée: il n'a pas comme le cardiaque l'appréhension de mourir, car il ne se sent pas défaillant, excepté dans le cas où la violence de la toux peut amener de l'ébranlement général et une tendance syncopale. Cette toux est inutile, c'est un chatouillement stérile nullement proportionné à l'obstacle qui existe dans les bronches. Laennec se réjouit à tort en disant que cette quinte terrible finit par l'expulsion de crachats gros tout au plus comme une tête d'épingle. Dès qu'il a craché, le malade retousse, semblable en cela au joueur de trombone qui s'interrompt un instant pour vider son instrument et se remet aussitôt à jouer.

BRONCHITE HUMIDE.

Septième leçon.

SOMMAIRE. — Résumé général de la bronchite sèche. — Étude de la bronchite humide. — Comparaison avec l'eczéma. — Cette bronchite ne commence pas comme la bronchite sèche, par le catarrhe naso-pharyngien. — Précocité de l'expectoration. — Accès de dyspnée se terminant par le rejet de crachats filants et aérés. — Étude de la sécrétion et des râles humides. — Modifications qu'impriment à la maladie la sénilité et la constitution du malade.

Messieurs,

J'ai beaucoup insisté dans la précédente leçon sur la bronchite sèche, dont l'étude aride est cependant nécessaire pour éclairer le diagnostic du médecin. Celui-ci souvent la rencontre sur son chemin, tantôt isolée et dégagée de toute complication, tantôt seulement prédominante, mais le plus souvent associée à l'emphysème, ou plus ou moins masquée par d'autres manifestations pulmonaires (congestion, œdème, etc.) appartenant à la même cohorte diathésique ou tributaire du même fond constitutionnel.

Récapitulons maintenant les principaux points que nous avons établis. La bronchite sèche aiguë, à son début, tend à devenir chronique en prenant une allure lente, interrompue par des exacerbations fréquentes. La marche peut être figurée par une courbe constituée au début par de grandes oscillations et devenant ensuite simplement onduleuse; de telle sorte que pour juger réellement de l'état d'un malade, il faut l'examiner au sommet, au milieu et au bas de la courbe.

La chronologie et la topographie de la maladie tiennent, pour le pronostic, une plus grande place que l'intensité des symptômes. Lorsque, en effet, la bronchite se cantonne en foyer, elle devient plus aiguë et se complique de lésions pulmonaires. L'un des aboutissants, presque fatal de la bronchite sèche, est l'emphysème pulmonaire, et il arrive un moment où la maladie, étant devenue tout à fait chronique, présente des aventures nombreuses commandées par l'individualité du sujet atteint.

Nous sommes arrivés à l'étude de la bronchite humide ou bronchite catarrhale proprement dite. Pour mieux vous faire comprendre quelle différence sépare cette maladie, nouvelle pour nous, de la bronchite sèche que nous connaissons déjà, laissez-moi prendre une comparaison parmi les affections de la peau, une maladie vulgaire dont l'anatomie pathologique soit sous vos yeux : l'eczéma.

L'eczéma peut être sec. Sous cette forme, il s'étend, il augmente ou diminue, devient symétrique, mais ne disparaît pas complètement. On croira le guérir en le faisant passer à l'état aigu. Mais ce n'est là qu'une illusion, car la peau est devenue profondément eczémateuse, et le malade atteint de cette affection est presque un incurable. Sur cet eczéma sec, établi définitivement, il se produit une poussée aiguë, humide, puis la maladie reprend sa forme sèche avec une atténuation apparente. Voilà le mode d'évolution de la bronchite sèche.

A l'autre extrémité de la même affection eczémateuse il se trouve des gens qui prennent la maladie sous sa forme humide. La peau est ardente, suintante, et le médecin en est réduit à chercher la transformation de l'eczéma humide en eczéma sec. Mais ne semblé-je pas me contredire en préconisant à la fois ces deux modes de conduite absolument contradictoires? C'est qu'il y a deux sortes de maladies, la maladie naturelle qui naît et évolue librement et la maladie artificielle que le médecin crée et sur laquelle il a prise. Ce que je cherche à constituer pour lutter contre l'affection cutanée, c'est un faux eczéma sec, c'est aussi un faux eczéma humide. Cette maladie que nous faisons éclore

ressemble peu à son modèle; ce n'est pas une photographie exacte, ce n'est qu'un grossier croquis.

L'eczéma aigu, humide d'emblée, conserve ses caractères alors qu'il entre dans la chronicité: de même, il existe une bronchite humide qui va suivre son évolution jusqu'au bout, sans se modifier dans sa manifestation essentielle.

L'eczéma aigu humide s'accompagne encore de rougeur, de furoncles, de dermite, d'érysipèle. La bronchite humide se complique également d'inflammation pulmonaire pouvant aller jusqu'à la broncho-pneumonie.

Si j'ai choisi cette comparaison parmi tant d'autres que m'offre la pathologie, c'est qu'il n'y a pas seulement là un parallèle établi entre deux maladies à marche similaire, il y a de plus un rapprochement à opérer entre deux affections sorties de la même tare organique et dont les suppléances mutuelles prouvent bien le lien intime qui les unit.

La bronchite humide débute brusquement, par des phénomènes généraux fébriles succédant à un refroidissement qui cependant n'est pas obligatoire. Il est rare que l'envahissement se fasse par le catarrhe naso-pharyngien, comme dans la bronchite sèche ordinaire; ou tout au moins ce mode de début est fugace, difficile à saisir. Elle s'établit d'emblée.

Il n'y a guère que l'auscultation qui puisse nous donner de sérieux renseignements sur l'étendue de l'affection.

On constate qu'il y a peu de râles sibilants, mais qu'en revanche les râles humides sont nombreux, aussi l'expectoration commence-t-elle très vite. Ces râles n'ont pas d'attribution locale déterminée, ils sont irrégulièrement disséminés dans toute la poitrine.

Peut-être *a priori* admettrions-nous l'existence de râles humides gras et fins; mais s'il est possible aux *dilettanti* de l'observation stéthoscopique de distinguer, dans le même territoire pulmonaire, la coexistence de râles secs et de râles humides, il est totalement impossible à l'oreille la plus exercée d'apprécier les différents degrés de finesse de ces râles. Les gros râles étouffent

les petits râles et l'on entend simplement dans la poitrine comme un brassage d'air et de mucosités.

Vingt-quatre heures de cet état mènent le malade à une dyspnée intense: la peau du visage se congestionne, des accès de toux se répètent, amenant chaque fois des menaces de suffocation; l'expectoration est difficile et paraît, lorsqu'elle s'exécute, mettre en mouvement la totalité des bronches et des mucosités qui y sont contenues.

Chaque accès de suffocation se termine par le rejet de matières claires, filantes, gluantes, aérées.

Outre ces grands troubles de l'appareil sécréteur bronchique, on note une fièvre assez intense, un état saburral des premières voies digestives, de l'insomnie: ces accidents durent, en moyenne, trois semaines avec des variantes d'intensité.

Dans ce groupe de symptômes, tout en tenant compte de la réaction produite sur l'organisme, il est deux points principaux que nous devons étudier: les crachats et les phénomènes stéthoscopiques.

Voyons d'abord les crachats. Les maîtres anciens, qui bien plus que nous portaient leur attention sur les produits expectorés, puisque c'était le meilleur signe objectif que leur fournissaient les maladies de poitrine, avaient établi une sorte de progression dans cette sécrétion catarrhale, et avaient emprunté à l'art culinaire (cette source de comparaisons chères aux médecins) les dénominations qu'ils appliquaient aux crachats.

Ainsi le blanc d'œuf, naturellement visqueux et transparent, devient, quand on le chauffe, plus blanc et plus opaque et finit par aboutir à un état spécial de dureté élastique. Ces transformations successives leur représentaient les différents moments de la période de coction.

Cet examen des crachats est une bonne méthode en ce qu'il rend compte de l'évolution de la maladie et qu'il renseigne souvent sur la nature de la cause provocatrice de l'inflammation des bronches. Pour n'en citer qu'un exemple, nous rappellerons la forme nummulaire (comme chez un tuberculeux avancé) des crachats de la bronchite morbilleuse.

L'expectoration suit donc sa marche vers la coction. Après 7 à 8 jours d'acuité, la maladie va en baissant : les râles se disséminent de plus en plus dans la poitrine sans jamais se réunir en foyer.

La localisation des bruits morbides en un seul point, qui peut s'observer quand la maladie est jeune, n'est que de courte durée. Elle tient simplement à une accumulation de mucosités en un département pulmonaire plus ou moins circonscrit ; et il suffit de faire tousser le malade pour constater la disparition des râles accusateurs.

La toux a tous les caractères d'une toux productive ; ce n'est pas un avortement comme dans la bronchite sèche ; l'effort du malade est récompensé.

La dyspnée diminue également et, au bout de trois semaines, l'individu récupère toutes ses fonctions pulmonaires, s'il en est à la première crise ; mais tous les hivers il aura de nouvelles bronchites. Un jour viendra où il toussera et expectorera tous les matins : le catarrhe chronique humide sera constitué et sur cette bronchorrhée viendront se greffer diverses complications qui à elles seules pourront former des affections deutéropathiques graves, bronchite fétide, dilatation des bronches, sclérose pulmonaire, gangrènes limitées, etc.

Il est curieux de voir combien la sénilité vraie ou anticipée modifie les manières d'être de ces bronchites : on peut compter deux types de vieillards catarrheux ; chez l'un, la bronchite à répétition conservera son caractère sec ; chez l'autre la maladie affectera dès le début le caractère humide ; chez tous les deux on observera des alternances avec des diarrhées intermittentes, des coryzas, ou encore avec des manifestations cutanées, etc., etc.

L'homme qui a pris une bronchite sèche et celui qui a contracté une bronchite humide n'ont pas été frappés par hasard de deux maladies différentes ; ils ont chacun une bronchite selon la formule de leur constitution, conformément à leurs aptitudes particulières.

BRONCHO-PNEUMONIE DE L'ADULTE.

Huitième leçon.

SOMMAIRE. — Domaine de la broncho-pneumonie. — Dangers de l'étudier chez l'enfant ou chez le morbilieux. — Broncho-pneumonie type de l'homme de 40 ans ; entrée insidieuse dans la maladie ; gravité de la localisation en un seul poumon ; caractères du foyer broncho-pneumonique. — Terminaisons : mort, guérison, transformation en tuberculose. — Variétés de formes : broncho-pneumonie torpide à répétition ; broncho-pneumonie à forme hémorragique.

Messieurs,

Nous avons précédemment étudié la bronchite sèche et la bronchite humide. Il est important de différencier complètement ces deux affections, parce que, dans chacune d'elles, le processus et les aboutissants ne sont pas les mêmes. Dans la bronchite sèche, tout tend vers l'emphysème ou la sclérose ; — dans la bronchite humide, au contraire, tout incline vers l'inflammation parenchymateuse qui est la broncho-pneumonie.

Le mot de broncho-pneumonie est relativement récent ; il caractérise une maladie mixte, résultat de la cohérence, de la copulation de la bronchite et de la pneumonie. En effet, nous avons désigné sous le nom de bronchite une maladie inflammatoire qui intéresse la muqueuse bronchique, et sous le nom de pneumonie une inflammation du parenchyme même du poumon. Or, comme la bronche perd à la fois son nom et sa structure en arrivant dans le lobule pulmonaire, là aussi se termine la bronchite, pour faire place à la pneumonie.