

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.

La broncho-pneumonie a surtout été étudiée chez l'enfant, où elle est extrêmement fréquente, et cette étude a donné naissance à de nombreux travaux : les Legendre, les Rillet et Barthez, etc., lui ont donné les noms d'atélectasie pulmonaire, d'état fétal, de pneumonie lobulaire ou pseudo-lobaire, capillaire, catarrhale. Sous ces diverses dénominations, tout a été confondu. Ce n'est pas impunément que l'on emprunte une maladie à la pathologie infantile pour en faire un type général. La broncho-pneumonie de l'enfance présente des caractères particuliers qui s'adaptent mal à l'affection de l'adulte. On a voulu faire l'histoire de la broncho-pneumonie des adultes par analogie avec la broncho-pneumonie des enfants. On a même été plus loin, et on a voulu construire cette histoire de la broncho-pneumonie en général sur la broncho-pneumonie morbillieuse, parce que cette complication se rencontre fréquemment dans la rougeole ; c'est une grave erreur.

Il faut aller droit à l'homme de 40 à 50 ans et lui demander comment se comporte sa broncho-pneumonie. On verra alors qu'il y a quelques types principaux autour desquels viendront se grouper les types subalternes.

On voit tout de suite, à la vérité, que la description doit être assez vague ; car, si la pneumonie franche est une maladie bien caractérisée, la broncho-pneumonie, en revanche, n'est représentée que par une association de symptômes mal définis.

Dans l'espèce type, la broncho-pneumonie franche, voici comment les choses procèdent : un homme est pris subitement, presque sans phénomènes naso-pharyngiens, d'une bronchite humide : la fièvre est assez intense, la langue est blanche, l'appétit est troublé, etc. L'individu ainsi touché est un vrai malade ; il garde spontanément la chambre, se plaignant beaucoup de tousser et de cracher. Son expectoration, en effet, est claire et filante comme dans la bronchite humide. Du reste l'oreille ne décèle rien de bien particulier en aucun point de la poitrine ; quelques râles sous-crépitaux à grosses bulles se mêlent à des rhonchus sonores irrégulièrement disséminés.

Au bout de trois ou quatre jours, le septième ou le huitième de la maladie, l'expectoration se modifie, les râles se rassemblent et se concentrent, il se refait de la fièvre. Le malade est oppressé, et oppressé d'une manière exagérée, en disproportion des phénomènes stéthoscopiques constatés. La toux persiste quinteuse. Qu'est-il arrivé ? Peut-être une aggravation de la bronchite ? Non, car cela est extrêmement rare.

Le malade est en train de passer insidieusement de la bronchite à la broncho-pneumonie. Cependant on n'entend aucun râle nouveau ; mais il serait ridicule, lorsqu'on voit les symptômes généraux s'aggraver, de persister dans une sécurité placide.

Il y a des circonstances dans lesquelles le médecin doit s'inquiéter à juste raison, c'est surtout quand la poitrine étant prise en totalité, sans foyer distinct, il voit l'expectoration diminuer, sans que les bruits morbides en soient modifiés.

Bientôt cependant les signes physiques varient : les râles n'ont plus le même timbre, et cela dans les deux poumons ; ils deviennent plus fins, plus secs d'un côté, encore qu'on entende partout des râles ronflants ; puis on constate la disparition rapide de la bronchite en plusieurs points, souvent de tout un côté et sa persistance de l'autre. Or toute bronchite unilatérale n'est pas simple, elle a derrière elle un foyer soit de pneumonie, soit de pleurésie. A ce propos nous rappellerons les trois lois suivantes :

1° La pneumonie franche ne laisse pas de bronchite derrière elle.

2° La bronchite peut précéder la pneumonie.

3° La pleurésie peut laisser derrière elle de la bronchite.

Ainsi donc, comme nous venons de le voir, si au cours de la bronchite humide, un côté se dégage, ce n'est pas un bien, c'est au contraire une mauvaise note, car la broncho-pneumonie commence.

Il y a du côté resté malade augmentation dans l'épaisseur, dans le nombre des râles. La bronchite s'exagère en certains points, diminue dans d'autres, et, dès que le foyer est nettement délimité, la broncho-pneumonie est constituée.

Si la bronchite a diminué à mesure qu'apparaissait la pneumonie, si elle cède le pas à cette dernière; c'est qu'il est de loi que toute maladie de muqueuse est éteinte par une maladie d'organe. En auscultant le malade dans la région sous-épineuse, qui est le plus souvent le siège de la broncho-pneumonie, on constate la présence d'un foyer au milieu d'une zone congestive.

Si l'on concentre son attention sur le centre du foyer, on entend à la fois du souffle et des râles muqueux.

Le souffle semble apporter les râles dans l'oreille de l'observateur. Il n'a pas les mêmes caractères que celui de la pneumonie franche; mais il ressemble plutôt au bruit cavitairé d'une caverne tuberculeuse.

Les râles qui devraient avoir partout les mêmes dimensions, la même grosseur, sont petits, inégaux, irréguliers, formés de pseudo-gargouillements, de craquements lointains, en somme un vrai désordre dans la poitrine.

L'expectoration devient visqueuse; elle se rapproche de l'expectoration de la pneumonie des vieillards; elle peut être sanguinolente à la manière des crachats pneumoniques.

D'autres fois les mucosités sont visqueuses, jaunâtres, et plus tard franchement purulentes.

Ces foyers peuvent se déplacer, mais ils pivotent toujours autour d'un même centre fixe, et cela pendant quinze jours ou trois semaines.

La maladie se termine par la guérison, par la mort ou par la transformation en tuberculose.

Si elle doit amener la mort par sa seule puissance, avant que les signes physiques dénoncent l'aggravation, les phénomènes généraux s'accusent, les forces vives du malheureux patient s'usent rapidement, on assiste à l'effondrement de l'organisme.

Après un temps quelquefois fort court, mais qui peut être d'un mois et plus, à l'hecticité succède le collapsus final.

Quand au contraire la guérison survient, on constate une nouvelle poussée de bronchite plus sèche que celle du début et la fièvre baisse peu à peu.

La bronchite peut même faire explosion du côté resté sain: le danger est passé, la pneumonie lobulaire ou pseudo-lobaire a été vaincue, elle ne reparaitra plus. Ce qu'il faut savoir aussi, c'est que le foyer broncho-pulmonaire peut persister sans danger avec un peu de souffle, avec des inégalités de râles et cela pendant des mois. En cas semblable cependant, les craintes sont permises, car on sait avec quelle rapidité s'opère quelquefois sous ces allures tranquilles la transformation de cette broncho-pneumonie en affection tuberculeuse. Pour saisir cette grosse complication, c'est encore l'état général du sujet qu'il faut surtout interroger. Cette greffe tuberculeuse sur l'inflammation broncho-pulmonaire a donné lieu à tant de discussions, a fait naître tant de théories que je me garderai d'y toucher.

Qu'il me suffise de vous dire que c'est probablement autour du foyer inflammatoire que se développe la néoplasie.

Ce type de broncho-pneumonie est le plus ordinaire, mais non le seul: en voici un autre. C'est un homme de 35 ans, un bronchitique sec ordinaire, qui n'a jamais eu de bronchite humide aiguë; il tousse continuellement depuis l'âge de 9 ans; il a, comme on dit, « son catarrhe ». En réalité, il est emphysémateux.

La maladie ondule, et il est impossible de savoir quelle a été la cause provocatrice de l'aggravation actuelle. Cependant la toux est fréquente et quinteuse, les crachats devenus visqueux sont assez abondants; le malade semble hésiter pendant quelques jours: va-t-il guérir, ou va-t-il prendre son élan vers la broncho-pneumonie? La menace d'acuité se calme et la maladie revêt une forme torpide. Le tableau clinique est alors en tout semblable à celui que nous avons donné du premier type avec cette différence que la maladie recule plus facilement et rentre dans la bronchite ordinaire.

Ces broncho-pneumonies torpides reparaittent nombre de fois dans le cours de la vie de l'individu, une ou deux fois par hiver. Un beau jour, la pneumonie prend le dessus et le malade meurt.

Un troisième type constitue une forme plus exceptionnelle et plus curieuse. Le malade a pris une bronchite aiguë, qui dès le

début est diffuse; tout à coup, survient un crachement de sang; il y a refroidissement, commotion psychique, collapsus. Le patient se croit perdu. L'effroi se peint sur sa figure; il passe par les mêmes terreurs que ceux qui vomissent du sang. Or c'est là le premier symptôme de la broncho-pneumonie.

A l'auscultation on ne trouve pas de foyer; au contraire, il semble qu'un des poumons soit dégagé. On fait immédiatement deux suppositions: ou c'est un cardiaque et il a droit de cracher le sang, ou c'est un pulmonaire. Le cœur n'a rien; alors c'est une broncho-pneumonie qui débute.

Cette forme hémorrhagique occupe un foyer plus restreint; elle est plus âpre, plus sèche que la broncho-pneumonie ordinaire. Elle est aussi plus menaçante, elle est de celles qui peuvent déterminer la mort à plus courte échéance.

Il faut, en terminant, envisager la broncho-pneumonie sous le rapport de ses transformations. Va-t-elle produire ou non l'affection tuberculeuse? Nous l'avons déjà dit, l'auscultation nous fournira moins de signes que l'état général. Si la fièvre persiste, quoique les signes locaux s'éteignent, le danger est grand; mais si la fièvre cesse, alors même que les signes locaux persistent, il n'y a rien à craindre.

Quelle sera l'influence de cette broncho-pneumonie sur la tuberculose? Elle variera suivant la durée de la maladie. Que si la broncho-pneumonie a duré longtemps, on verra la phthisie tuberculeuse marcher vite. Que si elle dure peu de temps, elle n'a constitué, en réalité, qu'un mode de début de la phthisie et ne pourra avoir aucune influence sur la marche ultérieure de la diathèse.

## BRONCHITES SECONDAIRES.

### Neuvième leçon.

SOMMAIRE. — Étude de la bronchite, envisagée comme complication de maladies générales ou d'affections organiques locales. — Bronchites cardiaques: la bronchite des mitraux ne ressemble aucunement à la bronchite des aortiques; il existe un type mixte entre ces deux extrêmes. — Bronchites toxiques comprenant la bronchite diabétique et la bronchite albuminurique.

Messieurs,

Je me suis longuement appesanti sur la bronchite primitive; je vous l'ai d'abord montrée simple, débutant fatalement par le catarrhe naso-pharyngien, descendant dans les bronches sans qu'il lui soit jamais permis de revenir sur ses pas, puis oscillant dans la poitrine, restant diffuse et se localisant parfois pour constituer une forme grave, type mixte où le poumon et la bronche souffrent ensemble, et qu'on a récemment nommé broncho-pneumonie. J'ai tour à tour étudié la forme sèche et la forme humide dans leurs différentes périodes d'acuité. J'ai insisté sur le passage à l'état chronique et je vous ai dépeint le malade devenu bronchitique pour le reste de son existence.

J'ai voulu poser la bronchite comme maladie primitive, se modifiant à vrai dire dans ses éléments, suivant le terrain constitutionnel sur lequel elle se développe, puisant sa loi d'évolution dans la tare organique de l'individu qu'elle frappe. Mais, ce que j'ai surtout voulu établir, c'est que la bronchite crée à son tour après elle un tempérament nouveau, une défloration pulmonaire, qui non seulement constitue pour l'arbre aérien

une opportunité, mais peut même réagir sur les organes voisins et entraîner presque à coup sûr une lésion du cœur. Maintenant, je vais entrer dans un ordre d'idées tout inverse. A ces affections organiques voisines ou générales, tout à l'heure secondaires, maintenant dominantes, je vais subordonner l'évolution de la bronchite. Je veux vous la montrer soumise aux lois de l'affection principale qui l'engendre; en un mot, je veux vous décrire les principales variétés de ce que nous appellerons les bronchites secondaires.

D'emblée, je veux les rattacher à deux chefs principaux, et cela, sans m'occuper à présent, ni de l'influence de la tuberculose dont il serait trop long de vous faire ici l'histoire, ni du rôle de la déformation thoracique qui crée cette bronchite des bossus dont vous m'entendrez souvent vous parler, ni enfin des influences extérieures zymotiques (v. Grippe) ou traumatiques. Du reste, le grand tableau de classification que je vous ai donné vous montre toute la série pathologique où chaque maladie vient imprimer son cachet à la bronchite; constituant ainsi une foule d'affections respiratoires deutéro-pathologiques représentant à elles seules une grande partie de la clinique médicale.

Les deux catégories de bronchites secondaires que je veux établir sont les bronchites cardiaques, les bronchites toxiques. Gardez-vous bien de m'attribuer le désir de vous présenter une étude savante de ces deux classes de bronchites; il me plaira seulement de faire miroiter à vos yeux quelques facettes de ces affections vulgaires. Ainsi, dans les bronchites cardiaques, j'opposerai d'une façon absolue la bronchite des mitraux et la bronchite des aortiques. Dans les bronchites toxiques, je décrirai séparément ce qui se passe dans le diabète et ce qu'on observe chez l'albuminurique.

L'étude de la bronchite cardiaque doit, à mon avis, pour être instructive, et mon avis va bientôt devenir le vôtre, serrer de près la clinique. Vous verrez alors qu'un mitral ne fait pas sa bronchite comme la fait un aortique, et qu'en matière de complications cardiaques, j'ai le droit de dire: tant vaut le terrain,

tant vaut la graine. J'établis deux et même trois types bien distincts de bronchites cardiaques:

La *forme mitrale*, la *forme aortique* ou sigmoïde, enfin une forme mixte, bâtarde, qui tient à la fois de l'une et de l'autre.

La bronchite mitrale se caractérise par un état hypostatique du poumon avec râles humides sous-crépitanants, allant en décroissant graduellement de bas en haut; en même temps, existe d'ordinaire à la base un léger épanchement pleurétique. C'est là une bronchite à marche lente, progressive, sans accès, torpide pour ainsi dire, et produisant une suffocation graduelle qu'exagère le mouvement. Et c'est là le symptôme capital de la bronchite mitrale, que cette dyspnée diurne, subite, succédant au moindre effort, alors que nous avons vu l'emphysémateux dont les nuits se passent dans l'angoisse respiratoire, exécuter pendant le jour les travaux les plus divers, sans que ses poumons semblent s'en apercevoir. Ce qui fait cette différence, nous le comprenons de suite, c'est le rôle primordial que joue le cœur dans la scène de suffocation.

Tout autre est la bronchite aortique. Ici vous ne trouvez plus cette gamme de râles humides allant crescendo du sommet à la base; l'épanchement pleural fait complètement défaut; ce qui domine, ce sont de petits foyers de râles sous-crépitanants puis presque crépitanants disséminés de ci de là dans les poumons, et s'accompagnant subitement, lorsqu'ils paraissent, d'accès de suffocation parfois terribles sans qu'on puisse accuser les causes ordinaires (infarctus) de ces dyspnées subites. Heureusement, tandis que la bronchite mitrale prend droit de cité dans les poumons et s'y étend à son aise, la bronchite aortique disparaît avec la brusquerie de son entrée. En poussant plus loin le parallèle, je pourrais vous dire que la première affection est une bronchite veineuse, passive, indolente; la seconde une bronchite à forme artérielle, active, à crises.

Entre ces deux antithèses, je place comme trait d'union la forme mixte qu'on observe lorsqu'il y a coexistence de lésion mitrale et de lésion aortique. Celle-ci se caractérise par une

oppression continue, interrompue de loin en loin par quelques crises suffocantes. Dans l'intervalle, le poumon est totalement envahi par de gros râles humides ayant leur maximum à la base. Lorsque surviennent ces accès suffocants, on entend se former quelques foyers de râles plus ou moins fins; puis après un temps fort court, ces foyers disparaissent avec la dyspnée qui les a produits, et il ne reste plus que de l'hypostase engorgeant le poumon jusqu'à l'apparition d'une nouvelle crise.

L'expectoration reste dans les limites banales de ce qu'on observe dans les bronchites humides tant que la bronchite mitrale est seule en jeu. Mais, dès que l'accès aortique éclate, les crachats deviennent plus rares. Dans tous les cas, ils peuvent affecter un aspect rouillé, sans jamais aller cependant jusqu'à l'hémoptysie fractionnée si particulière de l'infarctus.

Restent les bronchites toxiques.

Pour ce qui est de la bronchite diabétique, je me contente de vous renvoyer à l'étude du diabète que je ferai plus tard. Seulement, afin de satisfaire provisoirement votre juste curiosité, j'aurai tracé les grandes lignes de cette affection en vous montrant ses analogies avec les bronchites cardiaques, ses poussées aiguës, sa ténacité rebelle après la crise, sa localisation au sommet, ce qui explique sa transformation si aisée en tuberculose. Puis, la bronchite albuminurique va me fournir le sujet de quelques développements intéressants que nous commencerons dans la prochaine séance.

## BRONCHITES ALBUMINURIQUES.

### Dixième leçon.

SOMMAIRE. — La localisation pulmonaire peut être le premier symptôme perçu d'une albuminurie latente. — Mobilité extrême de cette localisation. — Forme commune nommée à tort œdème pulmonaire, caractérisée par des foyers de râles fins très mobiles, par l'absence d'expectoration, par de la dyspnée nocturne. — Forme plus sérieuse, caractérisée par une expectoration sanglante dans les crises, et par une fixité plus grande des foyers. — Forme grave, s'élevant aux proportions de la broncho-pneumonie.

Messieurs,

Bright, qui a sinon tout vu, au moins tout entrevu dans l'histoire pathologique de l'albuminurie, mentionne les complications pulmonaires. Depuis lors, les médecins qui se sont attachés à l'étude de la maladie ont parlé avec plus ou moins de détails de ces complications. Deux de mes élèves, MM. Deckherr et Deroye, ont pris pour sujet de leurs thèses, sur mon conseil, ces accidents thoraciques secondaires et leur ont consacré d'intéressantes monographies.

Cette leçon a pour but de vous exposer, avec plus de développements et peut-être avec quelques données nouvelles, les diverses formes sous lesquelles peuvent se présenter les états broncho-pulmonaires survenant chez les albuminuriques.

Il ne m'a pas semblé à propos d'établir une distinction entre les espèces anatomiques, l'affection pulmonaire n'étant exclusivement afférente ni à une des espèces ni à une des périodes de la maladie.