

Contribution à l'étude de la tuberculose trachéo-bronchique.

Par C. de MONTMOLLIN (Neuchâtel).

L'auteur rappelle les caractéristiques dominantes de la tuberculose trachéo-bronchique :

- I. — Le symptôme cardinal : la toux, incoercible, émétisante, inexplicable par le status pulmonaire.
- II. — L'expectoration constamment bacillifère malgré l'efficacité radiologiquement constatable de la thérapeutique pulmonaire.
- III. — La cyanose, la dyspnée, l'atelectase pulmonaire.

Il relève deux faits importants :

1° La fréquence de la tuberculose bronchique chez la femme et sa rareté chez l'homme. Dans ses cas personnels figurent 17 femmes et 3 hommes.

2° La constance des cas de tuberculose bronchique sous un poumon artificiellement collabé. La collapsothérapie paraît favoriser les processus de fibrose péri-, puis endobronchique.

Le Dr de *Montmollin* insiste ensuite sur les 3 points particuliers suivants :

a) La persistance des phénomènes atelectasiques une fois l'obstacle bronchique levé, persistance explicable par les phénomènes secondaires qui accompagnent la résorption de l'air alvéolaire : exsudation et prolifération du tissu conjonctif. La thérapeutique bronchoscopique poursuit un autre but que l'effacement de l'opacité radiologique. Par la suppression de la sténose bronchique, elle assure le drainage et évite le développement des complications broncheectasiques.

b) Jusqu'à preuve du contraire et selon les données fournies par l'examen endobronchique et par l'observation de certaines pièces anatomiques, la tuberculose bronchique paraît bien procéder d'un envahissement centripète, du dehors en dedans de la bronche par un nodule caséeux ganglionnaire ou parenchymateux juxtabronchique. L'épithélium de la bronche est extraordinairement résistant à l'infection tuberculeuse.

Après avoir démontré 3 cas de tuberculose bronchique, l'auteur précise quelques détails de thérapeutique : traitement des ulcérations par le thermo-cautère et par des caustiques chimiques. Il insiste surtout sur la nécessité de procéder à des dilatations

progressives par un jeu de sondes métalliques, rigides à extrémité très arrondie. Ces sondes spécialement conçues pour ces dilata-tions ont un diamètre allant de 3 à 10 mm.

En règle générale, le lipiodolage bronchique avant ou pendant une bronchoscopie doit être proscrit. Il provoque des réveils pul-monaires incontestables.

Discussion.

Secretan a été fort intéressé par le beau travail du Dr *de Montmollin*, il rapporte quelques-unes des expériences faites à Davos et relève quelques points de technique qui sont évidemment plus ou moins individuels, il pré-fère l'électrode diathermique au thermocautère simple : celui-ci ne se refroidit, en effet, que lentement, et il faut le retirer encore chaud de la région cautérisée si l'on ne veut pas arracher les tissus ; un travail précis semble donc difficile. De plus le thermocautère produit une escarre qui doit être ensuite éliminée et cause de forts accès de toux. Le diathermocautère présente d'autre part des possibilités de contrôle très exactes : une aide peut constamment lire sur l'ampèremètre l'intensité du courant. Si celui-ci s'élève brusque-ment, on est dans le voisinage d'un tissu meilleur conducteur, donc d'un vaisseau. Il s'agit de prendre garde. Cette façon de faire réduit au minimum le danger d'hémorragie. Les lésions trachéales sont traitées à l'azotate d'ar-gent 20 ou 30 %, il s'agit, en effet, d'ulcérations peu profondes et relative-ment étendues, de plus la lumière trachéale est assez large pour permettre l'introduction d'un tampon de coton sans toucher les muqueuses saines avoisinantes. Au contraire, dans les bronches, une cautérisation avec un tam-pou de coton aurait toutes les chances de cautériser non seulement la lésion elle-même, mais la paroi bronchique toute entière, elle provoquerait alors la formation de granulations qui conduisent à la sténose. Comme le Dr *Mont-mollin*, *Secretan* utilise des bougies, les bougirages doivent être fréquents pour être efficaces. *Secretan* a eu l'occasion de traiter jusqu'ici 42 cas de tuberculose de la trachée et des bronches, les résultats paraîtront prochaine-ment dans la Revue Suisse de la Tuberculose.

Au Dr *Secretan*, le Dr *de Montmollin* répond que la bonne technique est celle que l'expérience personnelle a développée et mise au point. Dans toute intervention particulièrement délicate il faut s'en tenir à une méthode basée sur cette expérience. L'outil a moins d'importance que l'ouvrier. La sûreté de la main et la vision parfaite du champ opératoire à l'extrémité du bron-choscope permettent d'éviter toute fausse route du thermo-cautère. La dilata-tion par les sondes métalliques n'a pas qu'une action immédiate et passagère. On constate d'une séance à l'autre que la perméabilité de la bronche s'amé-liore régulièrement. Le Dr *de Montmollin* n'a pas observé d'inconvénients dans l'emploi de l'acide lactique.

Au Dr *de Gunten*, le Dr *de Montmollin* répond qu'il est difficile de pré-ciser dans son cas l'origine tuberculeuse de la sténose. Des tomographies en séries pourront probablement donner la clef de l'infection tuberculeuse bron-chique.
