

Bibliothèque numérique

medic@

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Mounier-Kuhn (syndrome
de)**

**MOUNIER-KUHN, P. - Dilatation de la
trachée, constatations
radiographiques et bronchoscopiques**

In : Lyon médical, 1932, Vol. 150, pp. 106-12

ou tout au moins crachats d'odeur putride. Or, jusqu'à la vomique terminale due à l'augmentation très rapide de l'épanchement devenu putride, aucun signe n'indiquait ni une localisation pulmonaire gangréneuse, ni une pleurésie putride aiguë par fistule pleuro-pulmonaire.

Ce cas est instructif pour montrer l'importance de l'isolement entre les tuberculeux, lorsque l'un d'eux est atteint d'une infection pulmonaire associée et surtout lorsqu'il y a un processus gangréneux chez l'un d'eux.

La contagion a eu ici des effets désastreux et a terminé de façon aiguë et déplorable l'évolution d'une cure de Forlanini qui avait amené une guérison clinique.

(A suivre.)

Société d'Oto-Rhino-Laryngologie de Lyon et de la Région.

Séance du 3 février 1932 (suite).

Présidence de M. LANNOIS.

DILATATION DE LA TRACHÉE, CONSTATATIONS RADIOGRAPHIQUES ET BRONCHOSCOPIQUES.

M. MOUNIER-KUHN. — La radioscopie que j'ai l'honneur de vous présenter au nom de mon maître, M. Garin et au mien, est celle d'un homme de 42 ans, dont voici l'histoire, très brièvement résumée :

Dès l'âge de 7 ou 8 ans, à la suite, semble-t-il, d'une coqueluche, c'est un grand toussueur. On ne peut affirmer qu'il ait eu la coqueluche, toujours est-il que chaque hiver, pendant de longs mois, il présentait une toux opiniâtre, à timbre coqueluchoïde. Depuis l'enfance, il a continué à présenter des poussées broncho-pulmonaires fréquentes, mais ce n'est vraiment que depuis 18 mois ou deux ans que les symptômes ont pris le caractère d'acuité qu'ils ont maintenant, à la suite d'ailleurs d'un épisode grippal plus sérieux, compliqué de pneumothorax spontané. Actuellement, ce malade qui est très intelligent et qui s'observe très bien, et qui, par surcroît, n'est pas suspect d'exagération, assure qu'il expectore près d'un demi-litre de pus par jour. Il tousse très souvent, mais surtout il a, chaque jour, plusieurs grandes vomiques, qui surviennent brutalement, de préférence au moment des repas, et s'accompagnent d'une dyspnée intense très pénible. Des poussées thermiques de quelques jours apparaissent fréquemment.

En pratiquant l'injection de lipiodol à la sonde, sous le contrôle de l'écran, le malade étant couché, selon notre technique habituelle, mon ami Beaupère et moi, nous étions surpris de voir l'huile iodée s'accumuler approximativement au niveau de la bifurcation bronchique en une large flaque noire qui finit par atteindre le diamètre d'une paume de main, sans que la moindre quantité pénétrât dans les bronches. Ce n'est qu'en faisant asseoir le malade et en l'inclinant d'un côté, puis de l'autre, que nous pûmes déterminer la pénétration du lipiodol dans les bronches. L'explication de ce fait nous fut donnée par la radiographie qui montre une dilatation considérable de la trachée et des grosses bronches.

Depuis la septième cervicale jusqu'à la bifurcation, la trachée a un diamètre supérieur à la largeur de la colonne vertébrale. Les contours en sont très nettement indiqués et l'appareil cartilagineux est visible sur le cliché avec une précision que l'on rencontre rarement. A son extrémité supérieure, la trachée se rétrécit brusquement pour reprendre un diamètre compatible avec celui du larynx qui est normal. La succession de cette portion étroite et de la portion élargie donne un aspect de bouteille avec son goulot qui est assez caractéristique. A son extrémité inférieure, la trachée se continue avec les bronches qui sont, elles aussi, très dilatées. La bronche droite, notamment, conserve presque le diamètre de la trachée. Un éperon inter-bronchique qui remonte très haut, cloisonne en quelque sorte l'extrémité inférieure de la trachée.

C'est dans ce segment inférieur, dont la paroi postérieure fortement concave, formait cuvette, le malade étant couché, que le lipiodol s'était accumulé au début de l'injection, réalisant un aspect que nous n'avions encore jamais vu. Quant aux bronches intra-pulmonaires, leur aspect était essentiellement différent à droite et à gauche.

De ce côté, il existe de très grosses dilatations bronchiques en grappe de raisin, occupant tout le lobe inférieur. Les bronches qui n'ont pas cet aspect kystique, paraissent néanmoins très élargies et cela jusque dans le lobe supérieur. Du côté droit, au contraire, le lipiodol a très mal pénétré (et nous savons qu'il en fut déjà ainsi lors d'une première tentative de lipiodolage, il y a un an) et il ne paraît pas exister de dilatation cystoïde, mais seulement une dilatation cylindrique généralisée de tout l'arbre bronchique.

J'ai pratiqué deux bronchoscopies, à une dizaine de jours d'intervalle et chaque fois, j'ai rencontré les mêmes difficultés

pour me repérer. Tout d'abord, l'abondance extrême du pus noyait en quelque sorte le bronchoscope et obligeait à faire une aspiration continuelle, permettant de recueillir près de 100 centimètres cubes de sécrétions bronchiques au cours de l'intervention. Il convient de noter que le poumon droit n'était pas indemne, malgré l'aspect radiographique et donnait une quantité appréciable de pus.

D'autre part, les dimensions inaccoutumées de l'arbre trachéo-bronchique étaient extrêmement gênantes pour apprécier la position du bronchoscope et rendaient l'intervention assez délicate. On était également frappé par la congestion intense de la muqueuse de l'appareil respiratoire, beaucoup plus accentuée que dans un cas banal de dilatation bronchique.

De pareilles ectasies trachéales paraissent extrêmement rares. A. Soulas, à qui j'ai montré ce cliché, m'a dit n'avoir rien rencontré d'analogue. Certes, une légère dilatation de la trachée est de constatation assez banale chez les vieux tousseurs, les bronchectasiques ou peut-être chez certains professionnels de la voix, d'après les traités classiques d'O. R. L. ; une nouvelle catégorie s'est ouverte pour les séquelles respiratoires des gaz toxiques. Rien de pareil ne peut être mis en cause dans notre cas. Ce qui est surtout caractéristique dans l'histoire de notre malade, c'est qu'il a toujours été un grand tousseur, et cela depuis les premières années de sa vie. Au début se place un épisode pseudo-coquelucheux, mais le médecin qui suivit notre malade à cette époque eut, paraît-il, quelque répugnance à affirmer le diagnostic de coqueluche. Depuis, la toux a persisté, se réveillant au moindre coryza, durant des semaines, et elle est restée longtemps l'unique symptôme ; il n'y avait que peu ou pas d'expectoration. Ce n'est, nous le répétons, que tout récemment, il y a moins de deux ans, que l'abondance des sécrétions bronchiques devint anormale, à la suite d'une grippe sérieuse au cours de laquelle se produisit un pneumothorax spontané, sans doute provoqué par la violence de la toux.

Cette évolution clinique en deux temps : toux d'abord, puis expectoration d'emblée très abondante, incite à penser que le malade a vécu de longues années avec ses dilatations, toutes constituées, puis, très tard, presque fortuitement, elles se sont infectées, avec toute l'ampleur que nous avons indiquée. A cette présomption s'ajoute la prédominance à gauche des bronches dilatées qui est admise comme un indice de l'origine congénitale de la bronchectasie.

Nous pensons donc être en présence d'une dilatation idiopathique de la trachée, analogue à toutes les dilatations congéni-

tales des organes tubulés ou cavitaires sur lesquelles Bard avait attiré l'attention, et dont le mécanisme pathogénique reste encore très discuté. Ce cas nous paraît tout à fait exceptionnel. G. Humbert, dans l'important mémoire qu'il consacra aux « malformations pulmonaires » (*Revue de Médecine*, 1904)) ne fait mention de rien d'analogue, et la revue que nous avons pu faire de la littérature ne nous a montré aucun cas comparable.

DISCUSSION.

M. R. GAILLARD. — La radiographie que nous présente notre ami Mounier-Kuhn est très intéressante et nous paraît répondre, sans aucun doute, à un cas de dilatation congénitale de la trachée, et de tout l'arbre trachéo-bronchique d'ailleurs.

Parmi les très nombreux examens au lipiodol des voies respiratoires que nous avons faits à la Croix-Rousse, avec le Dr Badolle et notre maître M. Bonnamour (au moins 400), nous n'avons jamais rencontré de cas comparable. Notre attention s'est cependant portée, dans nos examens, sur l'état et le calibre de la trachée et des bronches souches, et nous pensons que la dilatation de ces troncs souches est assez fréquente, et prédomine même dans certains syndromes de dilatation bronchique sur l'ectasie des bronches de 2^{me} ou 3^{me} division. Il nous semble qu'il en est ainsi dans la plupart des cas de dilatation des conduits aériens que l'on observe à la suite des lésions par gaz vésicant de guerre.

Voici quelques radiographies où il existe, à des degrés variables, une dilatation de la trachée et des grosses bronches, mise en évidence par l'huile iodée. Mais ces ectasies, beaucoup moins prononcées que celle de M. Mounier-Kuhn, représentent des dilatations pathologiques acquises.

(A suivre.)

REVUE DES LIVRES

La vie hygiénique du tuberculeux, par M. F. DUMAREST, Médecin-Chef du Sanatorium Mangini, à Hauteville (Ain), Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

En publiant ce livre, d'une lecture facile et agréable, le Docteur DUMAREST nous donne un véritable *vade mecum* du tuberculeux où nous trouvons tous les éléments d'une sage pratique établie par un phthisiologue universellement connu et dont les idées se traduisent de la façon suivante.

La nature qui, à elle seule, est capable de remédier à bien des maux, mérite d'être aidée et ne doit pas être contrariée. Ce principe, base des prescriptions hygiéniques qui conviennent à tous les malades, a la plus grande importance pour les tuberculeux.

À la suite d'une maladie, les soins de la convalescence ne doivent jamais être négligés pour compléter le traitement et éviter des rechutes. Or, dans la tuberculose, dont la guérison apparente n'est souvent qu'une rémission, il importe de surveiller une convalescence à répétition. C'est pour cela que la *Vie hygiénique* du tuberculeux mérite d'être réglée.

Quels que soient les progrès réalisés dans le traitement de la tuberculose, la cure hygiénique conserve toute sa valeur. Souvent suffisante pour assurer la guérison, elle est toujours nécessaire pour favoriser les résultats des diverses méthodes thérapeutiques, qu'il s'agisse de médications chimiques ou d'interventions chirurgicales. Mais il n'est pas suffisant de prescrire le grand air, le repos et une bonne alimentation, il faut en préciser les détails et les variations qui dépendent de l'âge du sujet, de la forme ou de la période d'évolution de la maladie.

L'aération doit être envisagée depuis la chambre du malade jusqu'aux diverses conditions climatiques.

Le repos ne doit pas être opposé à la cure de travail. Leur application à des degrés différents est une question d'opportunité.

Si une alimentation riche et bien équilibrée est nécessaire aux tuberculeux, il faut se rappeler que le mot de suralimentation, qui avait fait fortune, a conduit à des abus regrettables, dont les conséquences ont été signalées depuis longtemps par l'Ecole lyonnaise.

La montagne, qui convient au plus grand nombre des tuberculeux, a cependant quelques contre-indications, en particulier chez les personnes âgées qui se trouvent mieux dans le Midi, surtout si le début de la maladie est très ancien.

Le rôle du sanatorium, dont le côté médical est social est très bien étudié, réunit les meilleures conditions pour faciliter la cure hygiénique, principalement pendant les périodes évolutives de la maladie.

À côté des données scientifiques, il faut tenir compte de l'hygiène morale. Après avoir reconnu les lésions, le médecin doit étudier la psychologie du malade pour prévoir l'influence bonne ou mauvaise du moral sur le physique. Il ne faut pas que la révélation d'un diagnostic ait pour conséquence brutale le désespoir du malade, la destruction d'un foyer, la perte d'une situation. D'autre part, les intérêts familiaux et sociaux doivent être sauvegardés en même temps que l'intérêt particulier.

La question du mariage est une des plus embarrassantes. Pour la résoudre, le médecin doit tenir compte de conditions multiples qui, à côté du diagnostic et du pronostic, méritent

d'être prises en considération. Les formules établies permettent d'évaluer les autorisations à donner et les risques à courir.

Lorsque le tuberculeux, guéri d'une poussée aiguë n'a plus besoin de soins médicaux particuliers, il doit avoir une hygiène spéciale pour régler sa façon de vivre, avoir les habitudes de prudence nécessaires à la conservation de sa santé. Pour cela, le médecin a le devoir de lui donner des conseils concernant le choix d'une résidence, les modifications du travail, parfois même le changement de sa profession. Il importe également de se préoccuper de la prophylaxie familiale et sociale, sans tomber dans les exagérations d'une phobie ridicule.

Ces différents points de vue sont admirablement exposés dans le nouveau livre du Docteur DUMAREST. L'auteur, en affirmant ses idées personnelles, a su résumer les connaissances acquises par sa longue expérience et son sens critique lui a permis de mettre en garde contre les théories excessives en demandant aux méthodes nouvelles d'être toujours contrôlées par la clinique. Ce livre, qui doit être lu par tous les tuberculeux, mérite également d'être consulté par les médecins qui y trouveront des notions précises et des indications utiles pour les conseils à donner aux malades.

F. MOUISSET.

VARIÉTÉS

XIX^{me} CONGRÈS ANNUEL D'HYGIÈNE.

Ce congrès tiendra séance les lundi 24, mardi 25, mercredi 26 et jeudi 27 octobre 1932, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. A.-A. Rey.

Les personnes qui désirent assister au Congrès sont priées de s'inscrire dès que possible en écrivant à M. Dufaure, agent de la Société, Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (XV^{me}).

L'inscription est gratuite, mais seuls MM. les membres de la Société de Médecine publique recevront le numéro que le « Mouvement Sanitaire » consacrera spécialement aux comptes rendus du Congrès.

Rapports. — Ce Congrès sera consacré à un examen général de la situation actuelle de l'hygiène en France.

I. — Formation technique des hygiénistes (médecins-hygiénistes, ingénieurs sanitaires, urbanistes, etc.).

II. — Œuvre réalisée, en France, par les hygiénistes professionnels (Inspecteurs départementaux d'hygiène, Directeur de bureaux d'hygiène, Ingénieurs, Architectes et Techniciens municipaux, etc.), depuis la mise en application de la loi de 1902.

III. — Réalisations en hygiène dues à l'initiative et à l'action des œuvres publiques et privées.

IV. — Groupements, Sociétés (Associations, Syndicats) d'hygiénistes. Projet de fédération de ces groupements.

• Les demandes de communications seront reçues jusqu'au 1^{er} juillet 1932, et devront être adressées au Secrétaire général de la Société, M. R. Dujarric de la Rivière, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (15^{me}).

Les communications dont le titre ne nous sera pas parvenu avant cette date ne figureront pas au programme et ne pourront être présentées en séance qu'après épuisement de l'ordre du jour.

CONCOURS POUR CINQ PLACES DE MÉDECIN DU BUREAU DE BIENFAISANCE.

L'Administration du Bureau de Bienfaisance donne avis qu'un concours pour la nomination à cinq emplois de médecin du Bureau de Bienfaisance, s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu, le 21 novembre, à 9 heures du matin.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LITHIASÉ BILIAIRE.

VICHY — 19-22 septembre 1932.

Le Bureau du Congrès international de la lithiasé biliaire, qui doit se tenir à Vichy du 19 au 22 septembre prochain, nous informe que les grands réseaux français ont accordé aux adhérents au Congrès une réduction de 50 % sous forme de bons individuels.

La validité de ces bons, qui devait être de quinze jours, vient d'être prolongée et ils pourront être utilisés du 1^{er} au 30 septembre, ceci dans le but de permettre en particulier aux médecins étrangers, qui assisteront au Congrès, de séjourner plus longtemps en France s'ils le désirent.

Les bons seront valables du lieu de résidence (ou de la gare d'entrée en France) à Vichy et de Vichy au lieu de résidence (ou à la gare de sortie de France), avec passage facultatif par Paris.

Le droit d'inscription est de 50 francs pour les membres titulaires, donnant droit aux publications du Congrès, et de 25 francs pour les membres associés.

La limite des inscriptions est fixée au 1^{er} août.

Toutes les demandes de renseignements, adhésions, cotisations, doivent être adressées au Dr J. Aimard, secrétaire général du Congrès international de la lithiasé biliaire, 24, boulevard des Capucines, Paris (IX^{me}).

LÉGION D'HONNEUR.

Nous apprenons avec plaisir la nomination comme officier de la Légion d'honneur de M. le Dr Paviot, professeur de clinique médicale.

Le Gérant,

E. ARGER.