

## OUVERTURE DU CADAVRE.

Vastes cavernes dans le poumon gauche, avec hépatisation grise du parenchyme autour d'elles. Aucun tubercule n'existait dans le poumon droit, dont le tissu paraissait sain. Les bronches des deux poumons étaient rouges. Celles du lobe supérieur du poumon droit présentaient en outre les particularités suivantes : à peine la bronche principale qui se distribue dans ce lobe s'était-elle divisée deux ou trois fois, que ses parois acquéraient tout-à-coup une épaisseur inaccoutumée, et en même temps le diamètre du conduit subissait une diminution notable. Cette diminution pouvait être surtout bien appréciée, en comparant le diamètre offert par les mêmes bronches dans les deux poumons. Celles du gauche, qui paraissaient avoir conservé leurs dimensions ordinaires, présentaient une capacité trois ou quatre fois aussi grande. Dans quelques-uns des rameaux suivants l'on voyait les bronches reprendre leur calibre accoutumé, puis d'espace en espace s'épaissir et se rétrécir en même temps. Plaques rouges dans l'estomac, ulcérations dans l'intestin grêle.

En envisageant spécialement cette observation sous le rapport du rétrécissement des bronches, nous voyons que ce rétrécissement était plus général, mais moins considérable que chez le sujet de l'observation deuxième. Aussi le bruit respiratoire ne fut-il point ici diminué ; mais l'on entendit seulement un *rhonchus* particulier en différents points du lobe supérieur du poumon droit. La nature de l'altération explique cette modification du bruit respiratoire.

Considérée sous d'autres points de vue, cette observation présente encore quelque intérêt. La sensation de chaleur que

la malade disait éprouver au-dessous de la clavicule droite depuis six années, annonçait que depuis ce temps l'inflammation avait eu surtout son siège dans les bronches du lobe supérieur du poumon droit. Cependant aucun tubercule n'existait dans ce poumon, tandis qu'il y en avait un grand nombre dans le gauche, où la bronchite semblait avoir été moins intense.

Depuis que les observations qu'on vient de lire ont été recueillies, nous avons eu occasion de rencontrer quelques autres cas analogues. Il nous a paru que le rétrécissement des bronches, porté presque jusqu'à l'oblitération, était plus fréquent dans ceux de ces conduits qui distribuent l'air dans les lobes pulmonaires supérieurs.

Avant de quitter ce sujet, signalons un autre cas : c'est celui où les bronches se rétrécissent et s'oblitérent, non pas parce qu'il y a eu maladie de leurs parois, mais parce qu'une tumeur née autour d'elles, dans les tissus qui les environnent, les a comprimées, et a peu à peu diminué ou même effacé leur cavité. L'observation suivante va nous montrer un cas de ce genre.

## IV. OBSERVATION.

Bronchite chronique. Compression des grosses bronches du poumon droit par une masse de mélanose enkystée. Bruit respiratoire plus faible à droite.

Un vieillard entra à la Charité dans un degré déjà avancé de dépérissement ; il toussait, et expectorait une grande quantité de crachats puriformes. Par l'auscultation nous reconnûmes que le bruit respiratoire était très-intense à gauche, *puéril*, tandis qu'à droite il était beaucoup plus faible. Des deux côtés, d'ailleurs, on entendait en différents points un mélange de râle ronflant et muqueux. La sonorité était égale

à droite et à gauche. Une abondante diarrhée existait depuis long-temps. Cet individu succomba peu de jours après son entrée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

La racine du poumon droit était occupée par une masse énorme de mélanose, qui semblait avoir eu son point de départ dans les ganglions bronchiques, dont on ne reconnaissait plus aucune trace. La bronche qui résulte immédiatement de la bifurcation de la trachée-artère, était comprise dans cette masse, et comprimée par elle, au point de ne plus élargir à peine que la moitié du calibre de la bronche principale de l'autre poumon. Rougeur générale de la muqueuse bronchique. Ulcération dans le gros intestin.

Chez cet individu, comme chez le sujet de l'observation deuxième, le rétrécissement des bronches, en empêchant une aussi grande quantité d'air d'entrer à la fois dans le poumon, y diminuait l'intensité du bruit respiratoire, qui, au contraire, était très-fort du côté opposé, comme si une compensation avait été établie entre les deux poumons, sous le rapport de la quantité d'air reçue par chacun dans un temps donné.

Chez les enfants, il n'est pas rare de voir les bronches comprimées et rétrécies à leur origine par des masses de ganglions tuberculeux. Enfin l'on a vu le même effet être produit par des anévrysmes de l'aorte.

37. Que si nous résumons dans leurs principales circonstances les observations qu'on vient de lire, nous arriverons aux résultats suivants.

Considéré d'abord sous le rapport des lésions qui le produi-

sent, le rétrécissement des bronches présente deux espèces. Dans l'une, ce sont les parois mêmes des bronches dont les altérations ont donné naissance au rétrécissement; dans l'autre, le calibre des bronches a diminué sous l'influence d'une compression mécanique qui agit sur elles de dehors en dedans.

Dans la première espèce, les lésions qui produisent le rétrécissement des bronches sont loin d'être toujours les mêmes. Tantôt la membrane muqueuse est seule altérée; elle est plus épaisse que de coutume, et cet épaissement résulte, soit d'une simple hyperémie qui peut se dissiper aussi promptement qu'elle est survenue, soit d'une véritable induration ou hypertrophie de son tissu. Tantôt la cause du rétrécissement réside plus spécialement dans les tissus subjacents à la membrane muqueuse; ces tissus offrent une augmentation notable d'épaisseur, et cet épaissement a lieu aux dépens de la cavité dont ils contribuent à former les parois. Nous avons vu un cas, entre autres, où, en un point de son étendue, une bronche d'un assez petit calibre était occupée par une masse cartilagineuse qui en obstruait en grande partie la cavité. Nous nous assurâmes par la dissection que cette masse appartenait aux parois mêmes de la bronche; qu'elle était développée entre la membrane muqueuse et les autres tissus, et qu'elle était due à une hypertrophie partielle du tissu cartilagineux qui entre dans la composition des parois des bronches.

Dans la seconde espèce de rétrécissement des bronches, on trouve autour d'elles des tumeurs de nature et de volume variables qui les compriment et tendent à en effacer la cavité. Au sein même des poumons, des masses tuberculeuses doivent souvent produire un pareil effet; mais on le suppose plutôt qu'on ne l'a réellement constaté. Cette espèce de rétrécissement a été surtout bien observée dans les bronches qui résultent de la division de la trachée-artère, depuis la terminaison

de celle-ci jusqu'à l'entrée des bronches dans le poumon. Nous en avons précédemment cité des exemples.

Envisagé sous le rapport de son siège, le rétrécissement des bronches doit être divisé en celui qui occupe les conduits les plus gros, les moyens, et les plus petits. Il peut arriver qu'une bronche soit ainsi rétrécie dans toute son étendue, ou seulement dans un seul point. Il peut aussi arriver qu'on ne trouve qu'un seul rétrécissement, ou qu'il en existe un plus ou moins grand nombre.

Quant à son degré, l'altération qui nous occupe en présente deux : dans le premier, il y a simple diminution de la cavité de la bronche; dans le second, cette cavité est complètement effacée. Ainsi les bronches peuvent être ou seulement rétrécies, ou oblitérées.

Dans un certain nombre de cas de rétrécissements, ou même d'oblitérations des bronches, les portions de poumons auxquelles elles se distribuent ne présentent aucune altération appréciable. Dans d'autres cas, ils sont emphysémateux, et nous avons cherché à expliquer plus haut la cause de cet emphysème pulmonaire. On peut aussi trouver le poumon soit tuberculeux, soit hépatisé en rouge ou en gris, soit en induration grise ou noire, etc.; mais ce ne sont plus là que de simples coïncidences, dont il est cependant important de noter la fréquence plus ou moins grande,

Lorsque c'est la bronche principale d'un poumon qui est oblitérée, ou du moins considérablement rétrécie, cet organe peut subir encore un autre genre d'altération : il peut diminuer de volume, s'atrophier, et en même temps on voit les parois de la poitrine du même côté revenir sur elles-mêmes et s'affaisser, comme cela arrive à la suite des épanchements pleurétiques résorbés. Nous n'avons jamais observé rien de semblable dans l'espèce humaine; mais nous avons vu cette

atrophie du poumon, avec rétrécissement du côté correspondant du thorax, chez un singe, dont nous avons fait la dissection avec le docteur Reynaud. Nous constatâmes que chez cet animal la bronche qui entrait dans le poumon atrophié était presque entièrement oblitérée par une tumeur tuberculeuse développée autour d'elle. On comprend facilement comment, sous l'influence d'une pareille cause, le poumon doit tendre à s'atrophier.

Les symptômes produits par le rétrécissement des bronches varient suivant le degré de rétrécissement, son siège, son étendue; ils varient aussi suivant que la maladie qui le produit est aiguë ou chronique. Lié à une hyperémie aiguë de la membrane muqueuse, le rétrécissement des bronches donne naissance à une dyspnée qui augmente et décroît avec l'hyperémie qui la cause. Tant que cette dyspnée persiste, on entend, en divers points de la poitrine, les diverses variétés des râles sibilant et ronflant. L'hyperémie bronchique peut se reproduire à plusieurs reprises, et alors la dyspnée revient elle-même d'une manière périodique sous forme d'accès d'asthme.

Lié à une lésion chronique des bronches, le rétrécissement de ces conduits donne encore lieu à une dyspnée habituelle, mais beaucoup moins forte que dans le cas précédent; de temps en temps seulement on voit la respiration devenir plus gênée que de coutume; cela arrive le plus souvent à l'occasion d'une exaspération de la bronchite qui existe ordinairement. Dans ce cas encore, l'auscultation fait entendre du râle sibilant, soit pur, soit mêlé à d'autres râles, et qui, d'un jour à l'autre, varie beaucoup en intensité et en étendue. De plus, lorsque le rétrécissement a pour siège la bronche principale d'un poumon, ou celle dont les rameaux se distribuent à tout un lobe, il peut arriver, comme nous en avons donné des

exemples, que le seul signe que fournisse l'auscultation soit une diminution notable du bruit respiratoire dans une certaine étendue du poumon. Nous avons insisté plus haut sur les causes de ce phénomène et sur les méprises qu'il peut entraîner dans le diagnostic.

Nous ne parlerons point ici d'une autre cause d'oblitération des bronches, qui ne réside plus dans les parois de ces conduits, mais dans la matière même que secrète la membrane muqueuse. Plus bas nous aurons occasion de citer des cas de ce genre.

Enfin admettrons-nous que, dans leurs petites ramifications, les bronches peuvent encore se rétrécir d'une autre manière, savoir : par la contraction spasmodique des fibres musculaires dont on a admis l'existence dans les parois des bronches ? expliquerons-nous ainsi ces dyspnées passagères qui saisissent certains individus au milieu d'un excellent état de santé, qui se dissipent très-rapidement sans laisser aucune trace, qui naissent souvent sous l'influence d'impressions morales, qui souvent aussi se reproduisent par cela seul qu'on y pense, et qui enfin disparaissent parfois aussi rapidement qu'elles se sont montrées, sous l'empire d'une distraction plus ou moins forte ?

L'existence de cette espèce de dyspnée spasmodique ne saurait être matériellement démontrée, mais la nature des symptômes porterait parfois à l'admettre. Nous aurons occasion de revenir encore plus bas sur ce sujet.

## ARTICLE III.

RECHERCHES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA DILATATION  
DES BRONCHES.

38. Les bronches atteintes de phlegmasie chronique subissent quelquefois un genre d'altération opposé au précédent : elles se dilatent dans une partie plus ou moins grande de leur étendue.

La dilatation des bronches n'a été signalée d'une manière spéciale que dans ces derniers temps par le professeur Laennec. Son ouvrage sur l'auscultation médiate contient sur ce sujet de précieux détails d'anatomie pathologique. Mais à l'époque où Laennec publia ses recherches, il ne possédait encore que peu de faits sur cette matière ; et c'est encore en quelque sorte *à priori* qu'il a tracé les symptômes de la dilatation des bronches, laissant aux observateurs qui le suivaient la tâche aisée de vérifier ses idées. Depuis que les travaux de Laennec ont appelé l'attention des médecins sur la dilatation des bronches, nous avons eu plusieurs fois occasion de l'observer, et nos propres recherches ont pleinement confirmé l'exactitude de tout ce que Laennec avait avancé. Toutes les fois que la dilatation des bronches était considérable, elle nous a été annoncée par une résonnance de la voix, plus ou moins semblable à la pectoriloquie ; à un moindre degré, des signes assez caractéristiques nous ont également conduit à en soupçonner l'existence. Enfin, à un degré encore plus faible, elle n'a été annoncée par aucun symptôme particulier. On trouvera dans les observations suivantes des exemples de ces diverses nuances.