

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.

V<sup>e</sup> OBSERVATION.

Bronchite chronique générale. Dilatation d'un seul rameau bronchique. Absence de symptômes caractéristiques de cette dilatation. Cancer de l'estomac.

Un couvreur, âgé de soixante-deux ans, toussait depuis cinq ou six ans lorsqu'il entra à l'hôpital dans le cours du mois d'avril 1822. En outre, depuis deux années environ, il avait commencé à offrir les symptômes d'une maladie organique de l'estomac. Lorsqu'il fut soumis à notre observation, il était déjà dans un degré avancé de marasme, résultat de l'affection gastrique. Il toussait fréquemment, et expectorait des crachats jaunes et épais en assez grande quantité. La poitrine percutée rendait partout un son net. Auscultée, la respiration s'entendait des deux côtés avec mélange des divers râles bronchiques. Cet homme succomba aux progrès de sa maladie d'estomac, trois semaines après son entrée.

## OUVERTURE DU CADAVRE.

Parenchyme pulmonaire sain et crépitant, engoué postérieurement; concrétion calcaire enkystée, du volume d'une noisette, vers le sommet du poumon droit. Les bronches des deux poumons présentaient de nombreuses plaques rouges à leur surface interne. Beaucoup de mucus les remplissait. Dans le lobe moyen du poumon droit nous trouvâmes une bronche qui égalait au moins trois fois le diamètre de celle qui la précédait, tandis que dans l'état sain elle aurait dû lui être inférieure en grosseur. Les conduits qui naissent de cette bronche dilatée avaient leur capacité ordinaire. Cancer ulcéré dans la portion pylorique de l'estomac. Autres organes sains. Cette

dilatation, ainsi limitée à un seul conduit, ne parut exercer aucune influence et ne fut annoncée par aucun symptôme particulier.

VI<sup>e</sup> OBSERVATION.

Bronchite chronique avec anévrysme du cœur. Dilatation générale des bronches d'un lobe pulmonaire. Résonnance particulière de la voix, et respiration comme *soufflante* de ce même lobe.

Un porteur à la halle, âgé de soixante-six ans, entra à la Charité au commencement du mois de janvier 1822. Il présentait alors tous les signes d'une affection organique du cœur: orthopnée, bouffissure de la face, anasarque, battement du cœur s'entendant avec impulsion légère à la région précordiale et au bas du sternum, clairs et bruyants sous les deux clavicules (hypertrophie des ventricules avec dilatation de leur cavité). En auscultant la poitrine dans l'espace compris entre la clavicule du côté droit et le sein du même côté, et en arrière dans la fosse sus-épineuse, nous reconnûmes que dans cette étendue la voix résonnait beaucoup plus que dans aucun autre point du thorax; mais c'était plutôt un retentissement particulier qu'une véritable pectoriloquie. Dans cette même étendue, chaque fois que le malade inspirait, on eût dit qu'un individu soufflait avec force à l'extrémité du cylindre appliqué sur la poitrine; partout ailleurs le bruit de la respiration s'entendait comme de coutume, avec mélange de râle muqueux dans plusieurs points. Le malade ne tarda pas à succomber à la manière des anévrysmatiques.

## OUVERTURE DU CADAVRE.

Poumons fortement engoués d'un liquide séreux incolore, rougeur violacée des bronches. En comparant les lobes supé-

rieurs pulmonaires à droite et à gauche, nous reconnûmes une dilatation manifeste dans toutes les bronches du lobe supérieur droit ; en quelque endroit que l'on incisât le tissu de ce lobe, on rencontrait des orifices bronchiques béants, aussi volumineux à peu près que la bronche principale qui se ramifie dans ce même lobe. Les parois de ces conduits, considérablement épaissies, présentaient d'espace en espace des cerceaux cartilagineux aussi manifestes et aussi durs qu'à la bifurcation de la trachée-artère. En deux ou trois points la membrane muqueuse parut légèrement ulcérée. Hypertrophie des deux ventricules avec dilatation de leurs cavités ; plaques cartilagineuses dans l'aorte. Rougeur générale de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

Chez ce malade, la dilatation des bronches, plus considérable et plus superficielle que chez le précédent, fut annoncée par deux symptômes bien tranchés, savoir, la grande résonance de la voix, et le *souffle* particulier du murmure inspiratoire.

#### VII. OBSERVATION.

Bronchite chronique, compliquée de pneumonie aiguë. Résonance de la voix, et respiration comme *soufflante* du côté opposé à celui de la pneumonie. Soupçon de dilatation des bronches.

Un homme, âgé de quarante ans environ, présentait tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie aiguë lorsqu'il entra à la Charité pendant le cours du mois d'août 1823 : douleur au-dessous du sein gauche, râle crépitant très-prononcé dans toute l'étendue à peu près du lobe inférieur du poumon de ce côté ; son un peu mat, crachats rouillés et visqueux, dyspnée, fièvre.

Écoulée à droite, la respiration était nette et très-forte partout ; mais en arrière, au niveau de la fosse sous-épineuse, chaque fois que l'air pénétrait dans les vésicules pulmonaires, on entendait une sorte de souffle très-intense, et lorsque le malade parlait, sa voix avait dans le même point une résonance toute particulière ; rien de semblable ne s'entendait dans le reste du côté droit. La pneumonie céda à un traitement convenable ; cependant le malade, bien qu'en pleine convalescence, toussait encore, et l'on entendait encore dans la fosse sous-épineuse droite la même résonance de la voix, le même souffle dans l'inspiration. Nous apprîmes alors que cet individu était atteint, depuis quatre ans environ, d'une bronchite chronique qui n'avait d'ailleurs exercé aucune influence fâcheuse sur sa santé. Son embonpoint, l'excellent état de sa nutrition, la rapidité et la plénitude de son rétablissement, ne permettaient pas de penser qu'il y eût chez cet individu une excavation tuberculeuse creusée dans le parenchyme pulmonaire ; mais nous fûmes portés à croire que chez lui plusieurs bronches superficielles du lobe moyen du poumon droit avaient subi une dilatation considérable. Cette dilatation partielle, loin d'être l'effet de la bronchite, était peut-être la cause de la toux habituelle qui le tourmentait, et que paraissait n'accompagner d'ailleurs aucun dérangement notable de la santé.

#### VIII. OBSERVATION.

Bronchite chronique. Dilatation de plusieurs bronches. Pectoriloquie. Ulcération de l'estomac.

Un perruquier, âgé de quarante-six ans, peau brune, cheveux noirs, poitrine bien développée, était sujet depuis plusieurs années à s'enrhumer facilement. Depuis un an, légère oppression habituelle ; vers la fin du mois de décembre 1824,

hémoptysie pour la première fois. A dater du mois de février 1822, époque à laquelle un nouveau rhume fut contracté, une expectoration très-abondante s'établit, les crachats étaient puriformes et semblaient être au malade d'une insupportable fétidité. Enfin, pendant les huit jours qui précédèrent son entrée à la Charité, il ressentit dans la partie latérale gauche du thorax une vive douleur, dont il fut atteint pour la première fois après avoir reçu une pluie abondante. Pendant ces huit derniers jours seulement il s'était alité.

Lorsque ce malade entra à la Charité, dans les derniers jours du mois de mars, il était en orthopnée; sa face exprimait une vive anxiété. Il rendait sans efforts, et à la suite d'une toux légère, des crachats jaunes, épais, nummulaires, surnageant à une sérosité abondante. Une douleur vive existait dans toute la partie latérale gauche du thorax, et ne permettait pas de pratiquer la percussion. Ausculté, le murmure inspiratoire était fort et net à droite, beaucoup plus faible à gauche, tant en avant qu'en arrière. La voix résonnait avec force dans tout le côté gauche; de ce même côté, en avant au niveau du sein, et en arrière un peu au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate, il y avait pectoriloquie évidente. Le pouls était peu fréquent, la peau chaude et sèche. Les fonctions digestives ne paraissaient point notablement troublées.

D'après l'ensemble de ces symptômes, le diagnostic ne semblait pas douteux. Nous regardâmes ce malade comme atteint d'une phthisie pulmonaire dont la marche avait été lente. La nature des crachats, la pectoriloquie, paraissaient indiquer que des cavernes étaient déjà formées. Les symptômes aigus qui avaient apparu depuis huit jours semblaient être le résultat d'une inflammation de la plèvre gauche; l'absence presque complète du bruit de la respiration à gauche pouvait être également considérée, soit comme le résultat de la douleur qui

s'opposait au mouvement des côtes de ce côté, soit comme le produit d'un épanchement. (*Vésicatoire sur le côté gauche du thorax.*)

Dans les premiers jours d'avril l'expectoration changea de caractère. C'était un liquide grisâtre, s'écoulant en nappe, très-fétide, tellement abondant, qu'il remplissait en vingt-quatre heures plus du triple du crachoir ordinaire. Pendant les mois d'avril et de mai le malade s'affaiblit progressivement. La douleur de côté persista; cette douleur ne lui permettait pas de se coucher à gauche, et, dès qu'il se plaçait sur le côté droit, il étouffait. Les crachats, toujours aussi abondants, devenaient de plus en plus fétides. Chaque soir le malade avait du frisson, et une chaleur brûlante toute la nuit; mais il ne *sua*t jamais: circonstance qui nous paraissait remarquable chez un individu que nous regardions comme atteint de tubercules pulmonaires. Le matin, et dans la journée, le pouls était à peine fréquent. — Vers la fin du mois d'avril, le malade commença à éprouver le plus grand dégoût pour toute espèce d'aliment; la langue conservait toutefois son aspect naturel. Il n'y eut jamais ni vomissement ni douleur épigastrique. — Au commencement du mois de mai, la diarrhée survint; elle parut et disparut alternativement pendant tout ce mois et la première quinzaine de juin. Pendant son séjour à l'hôpital, le malade prit des tisanes adoucissantes, du lichen, des pilules balsamiques de Morton. Le dévoisement fut combattu tour à tour par la décoction blanche de Sydenham, la décoction de cachou, des pilules composées d'alun et d'extrait de ratanhia. Des vésicatoires volants furent plusieurs fois appliqués, soit sur les parois thoraciques, soit aux membres inférieurs. Pendant les premiers jours de juin, le malade dépérit rapidement; il tomba dans un état d'assoupissement continu, dont on avait peine à le tirer. Il succomba le 16 juin.

## OUVERTURE DU CADAVRE,

48 heures après la mort.

Degré très-avancé du marasme.

*Crâne.* Quantité notable de sérosité légèrement trouble dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la surface extérieure des hémisphères cérébraux. Très-peu de liquide transparent et incolore dans les ventricules.

*Thorax.* Quelques concrétions albumineuses, membraniformes, tapissaient çà et là la plèvre pulmonaire gauche. Aucune adhérence ne l'unissait à la plèvre costale.

Le poumon gauche crépitait généralement très-peu; cependant, plongé dans l'eau, son tissu surnageait. Dans son lobe supérieur existait une cavité assez large pour admettre une noix de moyenne grosseur, et remplie d'un liquide analogue à la matière de l'expectoration. Un tuyau bronchique, pouvant à peine recevoir une plume à écrire, s'ouvrait dans son intérieur. La dissection nous convainquit bientôt qu'il y avait continuation entre les parois de la bronche et celles de la cavité, et qu'un même tissu les formait l'une et l'autre; on retrouvait dans toutes deux et la membrane muqueuse rouge et épaissie, et la membrane fibreuse, et quelques traces des cerceaux cartilagineux. Il nous parut dès-lors évident que ce que nous avions pris d'abord pour une excavation tuberculeuse n'était autre chose qu'une dilatation considérable d'un rameau bronchique. En plusieurs points des parois de la portion ainsi dilatée, existaient de petits orifices qui conduisaient dans d'autres bronches.

En suivant d'autres ramifications bronchiques, soit dans le lobe supérieur, soit dans l'inférieur de ce même côté, nous vîmes un grand nombre d'entre elles acquérir tout-à-coup

une largeur triple ou quadruple, puis se rétrécir de nouveau, pour s'agrandir encore. Nous n'en remarquâmes d'ailleurs aucune se terminer en cul-de-sac; toutes, au contraire, dans les points dilatés, offraient à leur surface interne plusieurs petites ouvertures, qui étaient les orifices d'autant de tuyaux bronchiques presque capillaires. Le tissu pulmonaire, situé entre ces bronches ainsi agrandies, paraissait comme comprimé et assez semblable au tissu d'un poumon qu'un épanchement pleurétique a plus ou moins fortement refoulé.

Le poumon droit, beaucoup plus crépitant que l'autre, présentait aussi quelques-unes de ses bronches dilatées, mais à un moindre degré. Ces dilatations étaient partielles et consistaient en de petits renflements pleins d'un liquide puriforme, et ayant, terme moyen, assez de capacité pour admettre une noisette. Pour former ces renflements, des rameaux peu considérables se dilataient d'espace en espace, puis reprenaient leurs premières dimensions. Les plèvres costale et pulmonaire de ce côté étaient unies entre elles par d'anciennes adhérences celluleuses. Le cœur avait un petit volume, ses cavités droites contenaient un caillot blanc, assez dense, et fortement adhérent aux colonnes charnues.

*Abdomen.* La membrane muqueuse de l'estomac présentait le long de la grande courbure cinq à six petites ulcérations superficielles, à bord et à fond rougeâtres. État sain de l'estomac dans le reste de son étendue, vive injection de la membrane muqueuse des colons transverse et descendant.

==

Nous trouvons dans cette observation, 1° une dilatation d'un conduit bronchique assez considérable pour former une véritable cavité au milieu du parenchyme pulmonaire refoulé autour d'elle; 2° une série de petits renflements successifs dans

l'étendue d'un tuyau. Aucun symptôme spécial n'annonça l'existence de cette seconde variété de dilatation; au contraire, la dilatation plus considérable des bronches du poumon gauche fut annoncée, comme dans les cas précédents, par une résonnance particulière de la voix. Enfin, la grande dilatation qui existait dans le lobe supérieur du poumon gauche donna lieu à une véritable pectoriloque. Mais tandis que, dans les cas précédents, l'entrée de l'air dans les bronches dilatées était accompagnée d'une sorte de souffle fort remarquable, ici, au contraire, non-seulement ce souffle n'existait pas, mais encore le murmure inspiratoire était notablement plus faible à gauche qu'à droite. Cette moindre intensité du bruit de la respiration, du côté où la dilatation était la plus grande, dépendait-elle de la compression qu'avaient dû exercer sur le tissu pulmonaire les bronches dilatées? De là, affaissement des cellules et diminution de la quantité d'air qui y pénètre habituellement.

D'ailleurs, tous les symptômes semblaient indiquer l'existence d'une phthisie pulmonaire; l'absence seule des sueurs, phénomène si constant dans cette maladie, aurait pu nous porter à douter un peu de la dégénération tuberculeuse des poumons. C'est uniquement dans la muqueuse bronchique qu'avaient leur source ces crachats nummulaires, purulents, qui annoncent ordinairement d'une manière à peu près certaine l'existence d'une excavation tuberculeuse. Leur extrême fétidité est aussi digne de remarque. Dans l'une des observations de dilatation des bronches, citées par Laennec, l'expectoration du malade était également d'une grande fétidité.

La phlegmasie ulcérate, comme disait Hunter, dont l'estomac était le siège, ne fut annoncée chez ce malade ni par la douleur, ni par les vomissements, ni par la soif, ni par la rougeur de la langue; l'on observa seulement une anorexie com-

plète, un dégoût extrême pour les aliments. Combien, dans ces cas, une médication tonique n'eût-elle pas été fâcheuse! elle aurait pu momentanément réveiller l'appétit; mais une surexcitation funeste en aurait résulté. Concluons-nous de ce fait qu'une anorexie complète indéfiniment prolongée peut suffire dans tous les cas pour annoncer une inflammation latente de l'estomac? Non, sans doute; car chez des individus qui depuis long-temps avaient perdu l'appétit, et particulièrement chez des phthisiques, nous avons trouvé l'estomac entièrement exempt de phlegmasie. Je ne doute pas que, dans ce dernier cas, des toniques amers, sagement administrés, tels que la rhubarbe, le colombo, le quinquina, etc., ne puissent être aussi utiles qu'ils eussent été nuisibles dans le cas actuel. Mais revenons à notre sujet.

#### IX<sup>e</sup> OBSERVATION.

Bronchite chronique partielle. Dilatation de quelques rameaux bronchiques.  
Râle muqueux dans les points correspondants. Cancer du foie.

Un homme de cinquante ans environ succomba à une affection cancéreuse du foie. Il avait été long-temps tourmenté par une toux opiniâtre avec expectoration très-abondante et puriforme. Nous avons souvent ausculté la poitrine, et chaque fois nous avons reconnu un râle muqueux très-prononcé dans le côté gauche du thorax, soit en arrière au niveau de la fosse sous-épineuse, soit en avant, au niveau et en dedans de la mamelle. D'ailleurs, dans ces différents points, la résonnance de la voix n'était pas plus grande, la percussion donnait un son clair. Cet homme n'avait aucun des signes de la dégénération tuberculeuse des poumons, et le râle dont plusieurs points du poumon gauche était le siège nous parut dépendre unique-

ment de l'accumulation du mucus dans les bronches. L'autopsie cadavérique justifia cette partie de notre diagnostic. La plupart des bronches du lobe inférieur du poumon gauche étaient rouges à leur surface interne, et remplies d'un mucus puriforme. Mais, de plus, quelques rameaux présentaient d'espace en espace de petits renflements, la plupart fusiformes, à parois extrêmement minces, et s'affaissant dès que par l'incision ou par une pression légère on les vidait du mucus qui les remplissait. Les bronches du lobe supérieur de ce poumon et de la totalité du poumon droit étaient pâles et vides.

L'auscultation annonça dans ce cas, avec une grande précision, le siège et l'étendue de la bronchite; mais elle ne fournit aucun signe qui pût porter à soupçonner l'existence de la dilatation des bronches.

36. D'après les observations précédentes et celles qui sont consignées dans l'ouvrage de Laennec, on peut, je crois, établir trois variétés principales de dilatation des bronches, tant sous le rapport de la nature de la lésion, que sous celui des symptômes qui l'annoncent.

Dans une première variété une ou plusieurs bronches présentent dans toute leur étendue une augmentation plus ou moins considérable de capacité. Quelquefois alors les conduits qui résultent de la quatrième, cinquième ou sixième division de la bronche principale de chaque poumon, ont un diamètre égal, ou même supérieur au diamètre de celle-ci. Tantôt cette dilatation n'affecte qu'un seul rameau; tantôt elle existe dans plusieurs; elle s'étend même quelquefois aux rameaux bronchiques de tout un lobe. Ce genre de dilatation ne saurait être considéré dans tous les cas comme le résultat

d'une simple distension passive des parois bronchiques. Souvent, en effet, ces parois présentent une épaisseur évidemment plus grande que dans leur état physiologique; la membrane muqueuse est plus consistante, plus dense que de coutume, quelquefois ulcérée; la membrane fibreuse, ordinairement si mince dans les petites bronches, est dure, résistante, et le tissu cartilagineux qui, dans l'état sain, n'y existe plus ou ne s'y montre que sous forme de grains isolés, y est beaucoup plus apparent. Ce premier genre de dilatation des bronches n'est donc pas, au moins dans tous les cas, le résultat purement mécanique des efforts de toux ou de l'accumulation du mucus; c'est une sorte d'hypertrophie du tissu des parois bronchiques.

Peu considérable ou peu étendue, cette première variété de la dilatation des bronches ne peut être que difficilement reconnue pendant la vie. Portée à un plus haut degré, elle s'annonce par des symptômes assez caractéristiques. Ainsi, dans un des cas que nous avons cités, où la plupart des bronches du lobe supérieur du poumon droit étaient considérablement dilatées, la voix résonnait tellement, soit au-dessous de la clavicule, soit dans la fosse sus-épineuse, que l'on aurait pu croire à l'existence d'une excavation tuberculeuse. Souvent l'on entend en même temps, là où existe la dilatation, tantôt un râle muqueux très-prononcé, un véritable gargouillement analogue au gargouillement des cavernes pleines; tantôt ce gargouillement est remplacé par une sorte de *souffle* très-fort, tel qu'il n'est pas rare de l'entendre dans des excavations tuberculeuses vides de liquides.

Dans une seconde variété on n'observe plus la dilatation uniforme d'une ou plusieurs bronches dans toute son étendue; mais un de ces conduits présente, en un point seulement de son étendue, un ronflement plus ou moins considérable; il

en résulte une véritable cavité accidentelle qui refoule autour d'elle le parenchyme pulmonaire. Ainsi, l'une de nos observations nous a montré dans l'un des lobes pulmonaires une cavité assez vaste pour contenir une noix : sa surface interne présentait un assez grand nombre d'orifices qui menaient chacun dans une bronche d'un diamètre presque capillaire. On pouvait reconnaître facilement, dans les parois de cette cavité, la texture des parois bronchiques, soit la membrane muqueuse qui se continuait des petits conduits dans son intérieur, soit la membrane fibreuse, qui, dans toute l'étendue de la dilatation, était beaucoup plus apparente et plus dense que dans les rameaux bronchiques du voisinage. Il semblait qu'ici encore la cavité de la bronche s'était agrandie à mesure que ses parois s'étaient épaissies, ainsi qu'on l'observe dans certaines dilatations de l'aorte coïncidant avec une hypertrophie de ses membranes. Plus haut nous avons vu que d'autres fois, au contraire, l'épaississement des parois de la bronche co-existe avec le rétrécissement de sa cavité.

Le diagnostic de cette seconde variété doit être plus ou moins facile, selon la situation et la grandeur de la dilatation. Elle peut être annoncée soit par une véritable pectoriloquie, soit par un souffle caractéristique qui se fait entendre chaque fois que l'air pénètre dans les poumons.

Enfin, dans une troisième variété, un même tuyau bronchique, dilaté par intervalles, présente dans sa longueur une suite de renflements et de rétrécissements successifs. En incisant le parenchyme pulmonaire, on le trouve comme parsemé d'une grande quantité de petites tumeurs arrondies, remarquables par leur couleur blanche, qu'elles doivent au liquide puriforme qui les remplit. En pénétrant dans leur cavité avec la pointe d'un scalpel, on s'assure facilement que ces tumeurs se continuent avec de petites bronches, qui, pour les

former, se renflent d'espace en espace. Dans les cas de ce genre soumis à notre observation, les bronches ne nous ont pas paru, comme dans les deux premières variétés, avoir augmenté d'épaisseur dans les endroits dilatés; leurs parois étaient au contraire très-minces. On serait donc porté à admettre que dans cette dernière variété les petits renflements partiels des bronches ne sont que le résultat mécanique de leur distension par le mucus dans les points où leurs parois offrent le moins de résistance, soit par diminution de leur élasticité, soit par un véritable amincissement. Ce genre de dilatation semble être d'ailleurs moins rare chez les enfants que chez les adultes. J'en ai plusieurs fois constaté l'existence avec M. le docteur Guersent, à l'hôpital des enfants malades.

On conçoit d'ailleurs que le diagnostic de cette troisième variété est à peu près impossible à établir. On ne peut tout au plus que la soupçonner d'après l'ancienneté de la bronchite, les caractères de la toux, l'abondance et la nature des crachats, les différents râles qui se font entendre, etc.