

CHAPITRE II.

RECHERCHES SUR LES ALTÉRATIONS DES SÉCRÉTIONS DE LA
LA MEMBRANE MUQUEUSE DES BRONCHES, ET SUR LES SYMPTÔMES QUI EN RÉSULTENT.

37. La membrane muqueuse des voies aériennes ne peut s'enflammer, sans que le liquide qu'elle sécrète habituellement ne présente des modifications, dont les unes sont relatives à sa quantité, les autres à ses qualités. L'obstruction plus ou moins grande des bronches par ce liquide modifie nécessairement le bruit respiratoire qui existe dans l'état sain. Au lieu d'entendre le bruit net d'expansion pulmonaire, on entend un râle, qui est évidemment dû au déplacement du liquide par la colonne d'air qui pénètre dans les bronches à chaque inspiration. Nous désignons ce bruit particulier sous le terme générique de râle bronchique humide (râle muqueux de Laennec). Il est bien loin d'être aussi caractéristique que le râle bronchique sec dont nous avons précédemment parlé : tantôt il se confond par des nuances insensibles avec le râle de la pneumonie, dont il sera question plus bas ; tantôt ayant surtout son siège dans les bronches les plus volumineuses, il se rapproche plus ou moins complètement du gargouillement qui annonce la présence d'une excavation tuberculeuse. Dans ce cas, le siège du râle, son étendue, la considération des autres symptômes, peuvent éclairer le diagnostic plus sûrement que la nature même du bruit que l'on entend. L'observation suivante justifiera ce que nous venons d'avancer.

X^e OBSERVATION.

Bronchite chronique. Râle bronchique humide (mélange de muqueux et de crépitant) dans toute l'étendue des deux poumons.

Un garçon de chantier, âgé de quarante-huit ans, fortement constitué, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'année 1821; alors il contracta un rhume qui a duré jusqu'à ce moment (mai 1824). Cependant il n'a jamais cessé de travailler; la veille même de son entrée à l'hôpital, il se livrait encore à ses occupations habituelles; il fut pris alors d'une vive douleur pleurétique du côté droit, avec fièvre et dyspnée. Entré à la Charité, il fut immédiatement saigné, et le côté douloureux fut couvert de sangsues. Le lendemain, la douleur avait diminué, la respiration était plus libre, mais le pouls conservait de la fréquence, sans que d'ailleurs la peau fût chaude; les quintes de toux étaient fréquentes, pénibles; l'expectoration était formée par un mucus verdâtre, épais, divisé en plaques arrondies qui surnageaient à une abondante sérosité. La poitrine percutée résonnait bien partout. L'auscultation faisait entendre dans tous les points du thorax un bruit de râle très-manifeste : en un grand nombre d'endroits on entendait comme de grosses bulles d'air crevant à la surface d'un liquide; ailleurs c'était un bruit analogue au râle trachéal des mourants; dans d'autres points enfin les bulles d'air, paraissant plus petites et plus multipliées, semblaient produire, chaque fois qu'elles crevaient, un bruit qui pouvait être assez exactement comparé à la décrépitation d'un sel que l'on projette sur un corps en ignition. — Les battements du cœur s'entendaient avec bruit sans impulsion à la partie inférieure du sternum. La respiration était courte.

accélérée. Depuis long-temps la digestion stomacale ne se faisait pas bien. Le malade avait très-peu d'appétit, de fréquentes douleurs épigastriques; il vomissait de temps en temps ses aliments. La langue avait d'ailleurs son aspect naturel. On observait déjà un commencement de marasme.

M. Lermnier porta le diagnostic suivant : *Bronchite chronique compliquée de pleurésie aiguë, dilatation des cavités droites du cœur sans hypertrophie de leurs parois, gastrite chronique.* Un vésicatoire volant fut appliqué sur le côté de la pleurésie.

Les jours suivants, le point de côté disparut, la fréquence du pouls diminua, les symptômes de bronchite persistèrent. Du 15 mai au 20 juin, les signes de la maladie du cœur se dessinèrent davantage, l'oppression devint de plus en plus considérable; la face prit une teinte violacée; les membres abdominaux s'infiltrèrent d'abord, puis les téguments de l'abdomen et du thorax. On continua toujours à entendre les différentes variétés de râle que nous avons indiquées. Le malade succomba le 21 juin dans un état de dyspnée extrême. Jusqu'à sa mort, il ne prit à l'intérieur que de simples boissons émoullientes. Les diurétiques actifs qu'on essaya de lui donner augmentèrent l'épigastralgie et furent rejetés par le vomissement. Des sangsues furent plusieurs fois appliquées à l'anús, des vésicatoires furent entretenus aux extrémités inférieures.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Poumons engoués d'une grande quantité de sérosité sanguinolente, sains d'ailleurs et bien crépitants. Surface interne des bronches très-rouge dans toutes les ramifications. Dilatation notable du ventricule droit du cœur sans aucune autre lésion de cet organe ni des gros vaisseaux. Épanchement d'un demi-

verre de pus dans la plèvre gauche, circonscrit par de fausses membranes, près de la base du poumon. Ramollissement blanc de la membrane muqueuse de l'estomac dans la plus grande partie du grand cul-de-sac. Ce ramollissement est tel, que la membrane, très-légèrement grattée avec le dos d'un scalpel, s'enlève sous forme liquide.

Cette observation offre un exemple des différentes nuances de râle humide qui peuvent être produites par la seule inflammation des bronches. En plusieurs points, ce râle se rapprochait singulièrement du râle crépitant de la pneumonie; ailleurs il différait à peine du gargouillement des cavernes. Mais d'une part la grande étendue de ce râle, et d'autre part l'absence des signes qui auraient pu indiquer ou une pneumonie ou des tubercules, nous portèrent à penser qu'il n'était que le résultat de la plénitude des bronches par du mucus. Les variétés de ce râle purement bronchique dépendaient sans doute et de la différence du calibre des bronches dans lesquelles se passait le phénomène, et de la différence même de quantité et de qualité du liquide qui obstruait ces conduits, leur calibre étant supposé le même.

Dans ce cas, la maladie du cœur paraît avoir été consécutive à l'affection des bronches, dont l'engorgement habituel pouvait être considéré comme un obstacle permanent au libre afflux du sang dans le poumon. Très-peu de symptômes annonçaient encore l'anévrysme du cœur, lorsque le malade entra à l'hôpital. L'auscultation seule en révéla l'existence. La double phlegmasie des bronches et de l'estomac était seule évidente et causait seule les accidents. Mais bientôt la scène changea: on vit apparaître tout le cortège des symptômes qui caractérisent la dilatation des cavités droites du cœur. L'affec-

tion de cet organe devint dès lors la maladie prédominante, et c'est par elle que le malade succomba.

38. Il arrive quelquefois que pendant le cours d'une bronchite, on cesse tout-à-coup d'entendre dans une certaine étendue du poumon, soit le bruit naturel d'expansion pulmonaire, soit le râle bronchique. Dans cette même portion où l'oreille n'entend plus aucun bruit physiologique ou morbide, la poitrine percutée conserve sa sonorité accoutumée. En même temps les malades sont pris d'une dyspnée plus ou moins considérable. Comme Laennec, nous attribuons cette suspension subite du bruit respiratoire à l'obstruction momentanée d'une bronche dont les ramifications se distribuent à la portion du poumon où la respiration a cessé de s'entendre. Dans ce cas, à la suite d'une forte quinte de toux, dont l'effet est d'expulser ou au moins de déplacer la mucosité plus ou moins tenace qui obstruait la bronche, le bruit respiratoire se rétablit avec autant de promptitude qu'il avait disparu, et la dyspnée cesse. Cependant, dans quelques cas plus rares, le bruit d'expansion pulmonaire ne se rétablit pas, la difficulté de respirer augmente, la suffocation devient imminente, et la mort par asphyxie a bientôt lieu. La bronchite la plus légère peut de la sorte se transformer tout-à-coup en une maladie très-grave et rapidement mortelle. Les deux observations suivantes vont nous offrir des faits de ce genre.

XI. OBSERVATION.

Bronchite chronique. Obstruction d'une bronche par du mucus. Mort par asphyxie.

Un ouvrier sur les ports, âgé de cinquante-trois ans, était entré à la Charité pour se faire soigner d'un rhumatisme arth.

culaire; il avait de plus, depuis deux mois environ, une toux opiniâtre, avec expectoration de crachats épais et tenaces. Percutée plusieurs fois, la poitrine rendit toujours un son clair. Auscultée, la respiration s'entendait très-nette dans tout le côté gauche, et avec mélange de râle muqueux dans les lobes supérieur et moyen du poumon droit. Il n'y avait d'ailleurs aucune dyspnée. Déjà plusieurs émissions sanguines avaient été pratiquées pour combattre la phlegmasie articulaire, lorsqu'un jour, au milieu d'une forte quinte de toux, le malade fut pris tout-à-coup d'une gêne extrême de la respiration. Le reste de la journée et toute la nuit, orthopnée, efforts de toux presque continuels. Le lendemain matin, asphyxie imminente, face gonflée et violette, extrémités livides, pouls misérable. Le malade, prononçant à peine quelques mots d'une voix haletante, suppliait qu'on le débarrassât d'un poids énorme qu'il disait sentir au niveau du sein droit, et qui l'étouffait. La sonorité de la poitrine n'avait pas diminué. Le bruit de la respiration était *puéril* dans tout le côté gauche; à droite, en arrière, l'on entendait du râle muqueux en plusieurs points; mais de ce même côté en avant, depuis la clavicule jusqu'un peu au-dessous du sein, et en arrière dans la fosse sus-épineuse, l'on n'entendait ni respiration ni râle, bien que la poitrine se soulevât avec force; nous crûmes à l'existence d'un *emphysème pulmonaire*. A peine avions-nous quitté le lit du malade, qu'il expira.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les viscères du crâne et de l'abdomen ne présentèrent rien de remarquable, si ce n'est une injection veineuse générale. — Le cœur, bien proportionné, contenait dans ses cavités droites un sang noir à moitié coagulé. Les poumons, engoués comme

dans beaucoup de cadavres, offraient d'ailleurs un tissu qui partout surnageait à l'eau. Rien de notable dans le larynx et la trachée-artère. Nous restions dans une complète ignorance sur la cause des accidents et de la mort; rien surtout ne nous expliquait l'absence du bruit respiratoire reconnue pendant la vie dans la partie supérieure du poumon droit, absence que nous avons rapportée à un emphysème. Mais en incisant les bronches, la pointe mousse de nos ciseaux rencontra, à l'origine d'un large tuyau aérifère, une masse de mucus concret, demi-solide, qui fermait comme un bouchon ce conduit membraneux, et se prolongeait, en s'amincissant, dans son intérieur. C'est de cette bronche ainsi oblitérée que naissaient les rameaux qui allaient porter l'air dans le lobe supérieur du poumon. La muqueuse bronchique était d'ailleurs très-rouge.

On pourrait s'étonner que chez cet individu des symptômes aussi graves aient résulté de l'interception de l'entrée de l'air dans une assez petite portion seulement des poumons, tandis que chez un grand nombre de malades, dont la presque totalité des deux poumons est devenue imperméable à l'air, la vie se soutient pendant long-temps, sans qu'il y ait même souvent beaucoup de dyspnée; mais chez eux la perméabilité des poumons n'a cessé que peu à peu, tandis que chez notre malade l'interception de l'air a été subite.

Remarquons encore que si dans ce cas l'inspection des bronches n'eût point été faite avec soin, l'on aurait pu, à défaut de lésion appréciable, regarder la maladie comme un asthme nerveux; et cette dyspnée, qui dépendait d'une cause toute mécanique, aurait pu être même considérée comme un exemple remarquable du transport métastatique du rhumatisme sur les poumons.

XII. OBSERVATION.

Bronchite chronique avec mélanose. Obstruction d'une bronche par une concrétion muqueuse polypiforme; dyspnée de plus en plus grande, et mort.

Un cocher de fiacre, âgé de cinquante ans, entra plusieurs fois à l'hôpital pour être traité d'un catarrhe pulmonaire invétéré, avec dyspnée légère et expectoration puriforme très-abondante. Chaque fois il sortit soulagé, mais non guéri. Nous constatâmes chez cet individu, dans les deux côtés du thorax, toutes les variétés du râle bronchique. Dans un point, la colonne d'air, en pénétrant dans les bronches, imitait le ronflement d'un homme qui dort profondément; dans un autre point, c'était comme un gémissement sourd et prolongé; ailleurs le bruit d'un soufflet; ailleurs encore le roucoulement de la tourterelle parfaitement imité, etc.; en quelques endroits enfin une sorte de gargouillement semblable au râle trachéal des mourants. La dernière fois que le malade entra à l'hôpital, sa respiration était encore assez libre. Un matin nous le trouvâmes dans un état d'anxiété inaccoutumé; depuis le milieu de la nuit, à la suite d'une violente quinte de toux, sa respiration, disait-il, était devenue subitement très-génée. En auscultant la poitrine, nous reconnûmes que l'air ne pénétrait plus dans toute l'étendue à peu près du lobe supérieur du poumon droit. Là, en effet, le murmure de la respiration n'existait pas, et l'on n'entendait qu'un râle bronchique éloigné. Cependant, dans cette même partie, la poitrine continuait à bien résonner. La sonorité était même plus grande qu'au-dessous de la clavicule gauche, où le son était devenu un peu mat depuis quelques mois. Un vésicatoire fut appliqué sur le thorax.