

XXVIII. — DILATATION DES BRONCHES ET BRONCHORRÉE.

Difficulté extrême du diagnostic. — La dilatation des bronches peut être prise pour une phthisie tuberculeuse. — Pour une pleurésie avec perforation pulmonaire. — Diagnostic différentiel. — Importance de l'abondance et de la fétidité de l'expectoration. — Causes de cette fétidité. — La dilatation des bronches est une affection sans gravité, à moins qu'elle ne soit considérable. — Traitement de la bronchorrée en blennorrhagie pulmonaire. — Balsamiques. — Inspirations arsenicales.

MESSIEURS,

Les faits que l'on observe pendant les premiers temps de la vie sont ceux qui restent le mieux gravés dans la mémoire, et bien souvent, aujourd'hui que j'approche de la vieillesse, je me rappelle les circonstances les plus minutieuses d'une observation recueillie quand je faisais mes premiers pas dans la carrière médicale.

En 1823, alors que j'étais élève de l'hôpital de Tours, mon excellent maître, Bretonneau, eut à donner des soins à un architecte de Paris, qui, malade depuis longtemps, avait été dirigé sur les Eaux-Bonnes par son médecin. A cette époque il n'y avait pas de chemins de fer; le malade voyageait en poste et à petites journées. La première étape avait eu lieu à Orléans, la seconde à Tours. En arrivant dans cette dernière ville, il était horriblement fatigué, et il lui fut impossible de continuer son voyage. Il fit mander Bretonneau.

L'aspect du malade disait assez de quelle affection il était atteint. Maigre effrayante, teint jaune terreux, fièvre continue, sueurs nocturnes, expectoration mucoso-puriforme extrêmement abondante.

Bretonneau ne douta guère de l'existence d'une phthisie tuberculeuse. Cependant l'auscultation, dont l'usage était assez récent, et que Bretonneau avait tout de suite étudiée avec une extrême ardeur, ne lui donnait pas les signes qu'il constatait ordinairement chez les phthisiques. Il ne trouvait ni la matité prédominante de l'un des sommets, ni les gargouillements qu'il s'attendait à rencontrer dans l'un des lobes supérieurs des poumons. Le malade mourut quelques jours plus tard, et, à l'autopsie, qui fut faite avec le plus grand soin, on ne trouva pas traces de tubercules. Bretonneau reconnaissait une phlegmasie chronique de la membrane muqueuse des bronches. Il ne rechercha pas si les tuyaux bronchiques étaient, en quelques points, plus dilatés que dans l'état normal. Alors, disons-le, l'attention n'avait point encore été appelée sur les symptômes de la dilatation des bronches, autant qu'elle le fut lors-

que, en 1825, Laennec publia la 2^e édition de son immortel *Traité de l'auscultation*.

La description que donne Laennec de la dilatation des bronches est complète, autant que peut l'être un travail fait en quelque sorte de premier jet. Ce que M. Barth a publié depuis, en 1855¹, a ajouté des faits nouveaux, et confirmé, presque de tous points, ce qu'avait dit le célèbre médecin de l'hôpital Necker.

Si vous lisez les observations citées par Laennec, et surtout la quatrième, à laquelle il semble attacher le plus d'importance, vous vous convaincrez de l'immense difficulté du diagnostic entre la phthisie et la dilatation bronchique, en voyant l'illustre auteur de l'auscultation hésiter, rester indécis jusqu'au moment de l'autopsie, et vous comprendrez mieux encore l'erreur de Bretonneau.

La première observation de l'excellente monographie de M. Barth dépose dans le même sens.

MM. Louis et Barth voyaient mourir, en 1835, une femme, dans leur service, et, bien que l'un et l'autre ils eussent cru à l'existence d'une phthisie tuberculeuse au troisième degré, à l'autopsie ils ne trouvaient que des lésions tuberculeuses peu importantes, et sans relation possible avec les très-graves symptômes qui avaient amené la mort; mais ils constataient des dilatations bronchiques énormes. Il est assez probable que, chez notre architecte, des désordres du même genre eussent été rencontrés, si l'attention de Bretonneau avait été éveillée sur ce point.

Il en résulte ce premier fait, messieurs, c'est que certains catarrhes bronchiques peuvent donner lieu à tous les symptômes de la phthisie tuberculeuse; je ne parle que des symptômes, car les signes stéthoscopiques manquent le plus souvent, à moins que les dilatations bronchiques n'occupent exclusivement les sommets, comme cela s'observe quelquefois, ou bien à la fois le sommet et le milieu de l'organe, auxquels cas le diagnostic devient presque impossible.

Une autre cause d'erreur vient encore s'ajouter à celles que je viens d'indiquer: les malades, dans le cours de leur affection catarrhale, sont quelquefois pris d'hémoptysies, et nous voyons, pour ne pas citer de plus nombreux exemples, le fameux malade de Laennec (obs. iv) avoir deux crachements de sang, six semaines avant son entrée à l'hôpital de la Charité; et le même accident se produire chez sept des individus qui font le sujet du mémoire de M. Barth; moi-même, comme je vous le dirai tout à l'heure, j'observais récemment un cas tout à fait semblable.

Si maintenant vous considérez que, d'après le témoignage de

1. Barth, *Recherches sur la dilatation des bronches* (Mémoires de la Société médicale d'observation, Paris, 1856, t. III).

M. Barth, la dilatation des bronches existe, dans le plus grand nombre des cas, exclusivement d'un seul côté; qu'elle occupe le sommet du poumon aussi souvent que la base, et que, assez fréquemment, la maladie, lorsqu'elle est assez étendue, est accompagnée de fièvre hectique, d'expectoration mucoso-puriforme, et de presque tous les symptômes de la consommation, vous serez un peu plus indulgents pour les erreurs du diagnostic.

Il est vrai, messieurs, que ces erreurs n'ont pas une importance très-grande dans l'espèce; car, bien que dans la dilatation bronchique, nous puissions intervenir quelquefois fort utilement, cependant le traitement ne diffère pas beaucoup de celui que nous instituons ordinairement contre la phthisie tuberculeuse. Les indications sont en définitive les mêmes: modérer le flux catarrhal, les sueurs et le mouvement fébrile, dans la mesure où il nous est donné de le faire; soutenir les forces défaillantes; lutter en un mot contre les accidents qui menacent le plus immédiatement la vie, en ne tenant qu'un compte secondaire des lésions contre lesquels nous restons impuissants.

Tout ce que je viens de vous dire, messieurs, n'est pas pour vous demander un bill d'indemnité, à propos de la jeune malade que nous venons de perdre au n° 6 de la salle Saint-Bernard, et qui est un des plus remarquables exemples de dilatation bronchique qu'il ait été donné d'observer. Le diagnostic, nettement établi dès le premier jour, a été confirmé par l'autopsie; mais, je l'avouerai, j'ai senti quelquefois ma confiance défaillir, et lorsque les symptômes de l'hectisie se sont prononcés davantage, quand la fétidité des crachats a augmenté, j'ai craint d'avoir commis une erreur; j'ai plusieurs fois hésité entre une dilatation des bronches et un épanchement pleural communiquant avec les bronches par une perforation pulmonaire. Puis je revenais au premier diagnostic, vous donnant l'exemple d'une incertitude qui eût été bien plus grande encore si la lésion principale, au lieu d'occuper la partie moyenne et inférieure du poumon, eût occupé le sommet. Voici d'ailleurs l'histoire sommaire de notre malade.

Une femme de trente ans, petite, maigre, et de chétive apparence, entre, le 2 juin 1863, dans la salle Saint-Bernard, au n° 6. Elle tousse depuis sa plus tendre jeunesse: sans avoir jamais eu d'attaque d'asthme, elle est habituellement essoufflée. Elle a toujours été bien réglée, n'a jamais eu d'hémoptysie; il n'y a aucun antécédent tuberculeux dans sa famille. Elle a eu de fréquentes inflammations de poitrine, avec points de côté assez violents.

Accouchée depuis vingt et un mois, elle a allaité son enfant jusqu'au mois dernier; depuis cette époque, elle tousse davantage; elle a une fièvre continue depuis quinze jours, mais jusqu'à l'invasion de la fièvre elle a pu vaquer aux soins de son ménage.

Cette femme, nous l'avons dit déjà, est maigre; elle a les ongles *hippocratiques*, et cependant son visage n'est pas celui d'une tuberculeuse.

Les fosses sus-épineuses donnent à la percussion une résonnance assez considérable, exagérée à droite, à la partie moyenne et postérieure de la poitrine, qui est manifestement dilatée en ces points. A gauche, au contraire, dans la partie moyenne et inférieure, il y a un aplatissement relatif du thorax, avec notable matité.

A l'auscultation des fosses sus et sous-épineuses, ainsi que des régions sous-claviculaires, on ne perçoit ni expansion vésiculaire, ni bruit expiratoire, ni souffle. Il y a une expiration légèrement prolongée dans la région [sous-claviculaire droite seulement. Mais aux parties moyenne et inférieure, le long de la gouttière vertébrale gauche, on entend des râles muqueux mêlés à de gros gargouillements et à du souffle bronchique; la voix de la malade est si faible, qu'elle ne retentit point à ce niveau.

Cette femme rejette dans les vingt-quatre heures deux ou trois crachats d'un liquide purulent, demi-opaque, demi-salivaire, peu aéré, d'odeur fade à peine fétide. Le rejet de ces crachats s'effectue par un effort de vomissement plutôt que d'expectoration, à la suite de deux ou trois quintes de toux: et chaque fois la malade en rend la valeur de deux ou trois cuillerées.

Je diagnostique une *bronchite chronique avec bronchorrhée et dilatation bronchique* considérable à la partie moyenne et inférieure du poumon gauche; *absence de tubercules*. Je prescris huit capsules de térébenthine et les fumigations avec le papier arsenical.

Le 7 juin, l'oppression est devenue plus grande, et la fièvre plus vive depuis la veille au soir. On entend des râles de bronchite aiguë à droite, râles sous-crépitanants fins très-étendus. — On prescrit un vomitif à l'ipécacuanha qui produit un soulagement marqué.

Cinq jours plus tard, on remarque une notable fétidité de l'haleine, bien que les crachats ne soient pas fétides au même degré. Le pouls est à 124 et la respiration à 48; orthopnée. Râles muqueux fins, généralisés à droite. Évidemment une bronchite aiguë s'est étendue sur la bronchite chronique.

Le 12, à la visite du soir, le pouls bat 128 fois, la respiration, toujours à 48, est très-anxieuse; la peau est sèche et brûlante. Il y a de la douleur thoracique à droite et à gauche. A l'auscultation, on entend des râles muqueux fins, généralisés dans tout le côté droit, en arrière, presque crépitants et secs à la base. A gauche, au tiers moyen, il y a du gargouillement avec souffle et voix un peu amphorique, tandis qu'il existe des râles muqueux fins à la base. — Huit ventouses sèches, un vomitif à l'ipécacuanha produisent un soulagement remarquable [et presque immédiat.

Le lendemain matin, on n'entend plus les râles fins qu'on percevait si bien la veille au soir. Il n'y a plus que des râles vibrants; mais le soir, les râles muqueux fins sont revenus et la respiration est de nouveau anxieuse. — L'ipécacuanha n'a plus le même succès.

Le 15, la respiration n'a pas augmenté de fréquence, mais le pouls est à 140, et reste désormais à ce chiffre.

Le 17, on perçoit à l'angle externe de l'omoplate gauche, dans la fosse sous-épineuse, des râles presque caverneux, dont quelques-uns ont presque la résonance d'un tintement métallique imparfait. Il n'y a rien de changé dans l'état général, qui est très-mauvais : sueur légère au front et à la partie antérieure de la poitrine.

Le 19, sueur légère; face très-altérée et d'une pâleur bistrée; voix plaintive et faible, mais non pas éteinte. Les crachats sont devenus aussi fétides que l'haleine; la malade les rejette à flots, et en remplit quatre ou cinq crachoirs par jour.

Le lendemain, le pouls est à 148, la respiration à 44 seulement.

Le 22, la face s'altère, les traits s'effilent, le sillon naso-labial se creuse, et tout fait redouter une fin prochaine. La mort a lieu, en effet, le 24.

Il est à remarquer que cette femme, qui était vraiment phthisique dans le sens *grec* du mot, n'a jamais eu l'aspect d'une tuberculeuse, et que jamais elle n'a eu non plus de sueurs ni de diarrhée colliquatives. Nous allons voir que le dépérissement progressif et la mort ont été la conséquence nécessaire de la diminution progressive et continue du champ de l'hématose, ainsi que des pertes énormes que faisait quotidiennement la malade par la suppuration bronchique. On peut se demander si, chez cette femme atteinte de bronchite chronique, la grossesse et l'allaitement prolongé n'ont pas eu la même influence funeste qu'ils ont chez les tuberculeux.

Voici maintenant les lésions anatomiques. Les poumons sont volumineux, très-pesants, et ne s'affaissent pas lorsque la poitrine est ouverte. Des adhérences celluleuses extrêmement multipliées les relient intimement à la plèvre pariétale surtout du côté gauche, où la cavité de la plèvre a presque entièrement disparu. Des adhérences de même nature rattachent les deux plèvres à la partie correspondante du péricarde. Il n'y a pas d'épanchement dans les cavités pleurales. Ces adhérences sont évidemment les vestiges des pleurésies multiples que la malade a signalées dans son récit.

Le poumon droit, emphysémateux dans presque toute son étendue, est cependant carnifié dans un assez grand nombre de points, de telle sorte que, malgré l'emphysème dont il est le siège, le tissu pulmonaire présente une circonstance remarquable; à la partie latérale du lobe inférieur droit, à la surface du poumon, on trouve une excavation capable de loger

une petite noisette, dont les parois molles, pultacées, d'un gris jaunâtre, répandent une odeur gangréneuse.

Ainsi peut-être se trouve expliquée la fétidité de l'haleine plus grande que celle des crachats. Autour de cette excavation, il n'existe aucun tubercule, mais le parenchyme ambiant, d'une coloration rouge noirâtre dans une étendue de 5 millimètres environ, offre une consistance presque égale à celle de l'hépatisation. Sur une des parois s'ouvre l'orifice dilaté d'une petite bronche. Évidemment cette petite caverne n'est pas tuberculeuse, elle résulte d'un processus inflammatoire et gangréneux tout à la fois. Il n'y a pas de tubercules au sommet du poumon, qui est très-emphysémateux, peu vasculaire et s'affaisse aussitôt qu'on l'incise, comme il arrive dans l'emphysème vésiculaire. A l'incision du tissu pulmonaire, il s'écoule un liquide analogue à celui que la malade rendait pendant la vie. La partie inférieure du lobe supérieur présente un commencement de carnification. Les secondes et troisièmes divisions des bronches sont notablement dilatées; la membrane muqueuse qui les tapisse est injectée et de couleur un peu ardoisée.

Le poumon gauche est comme solidifié, surtout à sa face postérieure, qui est d'un rouge marbré, cependant çà et là le doigt promené à sa surface rencontre à la partie moyenne, au niveau des points où l'on entendait du gargouillement pendant la vie, des parties très-dépressibles, et qui ne sont rien moins que de véritables cavernes. Ces excavations, au nombre de plus d'une douzaine, dont la capacité varie depuis celle d'une petite amande jusqu'à celle d'une grosse noix, sont pleines d'une matière caséiforme, blanchâtre, et qui paraît être du pus concret. La membrane propre de ces excavations, loin d'avoir cette épaisseur et cette induration qu'on observe dans les cavernes tuberculeuses, est au contraire d'une remarquable minceur. A l'une des parois aboutit une petite bronche dilatée dans presque toute son étendue. Le tissu pulmonaire interposé à cet assemblage de cavernes présente l'apparence de simples lamelles de tissu conjonctif, exsangue, presque transparent et comme privé de contractilité. La coupe du poumon, dans cette région, rappelle l'aspect d'une éponge, ou mieux d'un poumon de batracien. Un certain nombre d'excavations communiquent entre elles et ne sont séparées les unes des autres que par de petites cloisons incomplètes, ressemblant, par leur faible épaisseur et leur forme, aux valvules des veines; altération de texture que Laennec a très-expressément signalée. L'existence de telles excavations, à la partie moyenne du poumon et près de la surface de cet organe, explique les gargouillements perçus à l'auscultation, comme la présence dans leur cavité d'une matière caséiforme si dense et si abondante, rend compte de la matité que la percussion faisait entendre.

Presque toutes les bronches sont dilatées; mais une bronche de deuxième ordre, qui se rend au lobe inférieur, est surtout remarquable,

en ce qu'elle présente à sa partie moyenne une dilatation ampullaire dont le diamètre égale celui de la grosse bronche : au niveau de ce renflement, la membrane muqueuse est d'un rouge violacé. Ce sont surtout les divisions de cette bronche qui aboutissent aux cavernes dont il vient d'être question et qui contiennent la matière purulente demi-concrète.

Le lobe supérieur du poumon est un type d'emphysème vésiculaire : il est blanc grisâtre, donne la sensation d'un oreiller de duvet, et s'affaisse à la coupe. Comme le lobe supérieur du poumon droit, il ne renferme aucun tubercule. A la partie inférieure du lobe, on trouve sept ou huit excavations semblables à celles qui existent en si grand nombre à la partie moyenne et inférieure du lobe inférieur du même poumon.

Les ganglions bronchiques sont très-volumineux, d'un gris noirâtre à la coupe, sans trace aucune de tubercule.

En résumé, emphysème vésiculaire au sommet des poumons, dilatation bronchique et excavations multiples à la partie moyenne et inférieure du poumon gauche surtout, carnification çà et là, absence complète de tubercules : telle était l'altération de structure des organes de l'hématose chez cette malade, qui ne respirait plus guère que par le sommet de ses poumons ; et ce sommet était emphysémateux !

Vous avez tous été frappés de l'extrême fétidité de l'haleine, elle était presque insupportable quand la malade toussait, à ce point que les voisines de lit en étaient fort incommodées, mais elle ne se communiquait pas aux produits de l'expectoration. Les crachats avaient une abondance extrême (au moins un litre par jour), ils étaient diffluent, mucoso-puriformes ; mais leur odeur fade et un peu nauséabonde n'était pas, à beaucoup près, aussi fétide que celle de l'haleine. Il y avait donc ici dans l'expectoration deux éléments importants : la fétidité, l'abondance. Je veux discuter avec vous la valeur de ses deux éléments, qui tout à l'heure vont acquérir une grande valeur diagnostique.

L'extrême fétidité de l'haleine s'observe dans la gangrène pulmonaire, et quelquefois dans la phthisie tuberculeuse ; mais, en général, dans la phthisie elle est transitoire et dure rarement plus de trois ou quatre jours : dans la gangrène pulmonaire elle dure plus longtemps sans doute, surtout dans cette forme bizarre de gangrène qui frappe successivement un grand nombre de lobules ; mais, dans ce cas, elle est très-forte pendant quelques jours, cesse un peu, revient, cesse encore, et présente enfin ces alternatives qui, à elles seules, suffisent pour mettre sur la voie du diagnostic, à défaut de tout autre signe. Elle a d'ailleurs quelque chose de spécial qui rappelle l'odeur du sphacèle, tandis que, dans la bronchorrhée liée à l'existence d'une dilatation des bronches, elle rappelle plutôt l'odeur des matières animales en putréfaction.

Je sais que, dans la gangrène lobulaire successive du poumon, la durée de la fétidité peut être considérable, et je me rappelle l'avoir vue

durer près de trois mois chez une dame à laquelle mon ami M. Lasègue et moi nous donnions des soins ; mais sa durée est infiniment plus grande dans la bronchorrhée liée à la dilatation bronchique.

En 1848, je voyais, avec M. Louis, un homme de soixante-deux ou soixante-trois ans, qui avait un catarrhe bronchique, avec dilatation des bronches ; quand nous fûmes mandés auprès de lui, il était déjà gravement malade depuis plusieurs mois, et il recourut à d'autres avis, après que, durant deux mois, nous lui eûmes donné des soins infructueux : pendant tout le cours de la maladie, la puanteur de l'haleine était telle que tout l'appartement était empesté, bien que cet appartement fût très-vaste, et dans l'escalier même on était péniblement affecté de l'odeur qui s'y répandait. Je ne savais ce qu'était devenu le malade ; je le croyais mort, quand, en mai 1863, c'est-à-dire quinze ans plus tard, appelé auprès d'une de ses filles, j'apprenais d'elle que son père était encore vivant, et qu'il conservait un catarrhe bronchique qui n'avait plus rien d'extraordinaire que sa ténacité.

La persistance de la fétidité, quand rien d'ailleurs ne permet de croire à la gangrène lobulaire du poumon, est donc à elle seule un signe diagnostique important de la dilatation des bronches.

Cependant, messieurs, il peut se faire que, plusieurs mois durant, l'expectoration soit fétide, abondante, sans qu'il y ait autre chose qu'un simple catarrhe pulmonaire ; c'est que, chez certaines personnes, il adient, pour le flux bronchique, ce qui se produit dans certains flux liés à l'inflammation d'une membrane muqueuse. Déjà l'autre jour, en vous parlant de l'ozène, je vous rappelais que le flux blennorrhagique, chez l'homme et chez la femme, prenait quelquefois une fétidité extrême, aussi bien que le flux du coryza aigu ou subaigu, sans qu'il fût possible de dire les causes d'un pareil phénomène, et sans que d'ailleurs la même chose soit toujours observée chez les mêmes personnes et dans des circonstances en apparence identiques. Il peut donc arriver que, dans certaines épidémies de grippe, ou sous l'influence de la diathèse herpétique par exemple, le flux bronchique prenne chez certaines personnes une puanteur extraordinaire qui cessera lorsque cessera la phlegmasie spéciale qui aura déterminé le flux ; c'est peut-être bien le cas du dernier malade dont je viens de vous entretenir, chez lequel M. Louis et moi soupçonnions la dilatation des bronches, et qui, depuis quinze ans, jouit d'une santé assez bonne pour nous faire supposer que nous nous sommes trompés dans notre diagnostic, car il est rare que la dilatation bronchique diminue à mesure que l'on avance en âge.

Messieurs, si la fétidité de l'air expiré qui persiste pendant plusieurs mois est un signe diagnostique d'une grande valeur dans la dilatation des bronches, l'abondance de l'expectoration n'a pas elle-même une valeur moindre. Vous avez vu combien nous avons attaché d'importance à ce

signe, et combien il nous a affermi dans notre diagnostic. La diffuence des crachats et leur extrême abondance ne pouvaient guère se trouver que dans un cas de vomique pleurale, si réellement nous n'avions pas affaire à une dilatation bronchique; et vous m'avez vu hésiter quelquefois, surtout quand, dans les efforts de toux, les gargouillements prenaient le timbre métallique, ainsi qu'il arrivait parfois; néanmoins une considération particulière me ramenait malgré moi à mon premier diagnostic, et cette considération est la suivante. Sans doute, lorsqu'une collection pleurale se fraye une voie jusque dans les bronches, il survient une expectoration diffuente, fort abondante; mais cette abondance a été subite, elle diminue dès le lendemain, et bien que la quantité des crachats rendus reste pendant quelques jours assez considérable, jamais l'abondance n'est, après quelques jours, ce qu'elle a été au moment où s'est faite la perforation; à moins pourtant qu'il n'y ait un hydropneumothorax, auquel cas les malades peuvent, durant plusieurs semaines, rendre des quantités énormes de matière.

Cependant ici, messieurs, la confusion n'est guère possible. Les signes de l'hydropneumothorax, quand la cavité est considérable, ne peuvent être méconnus, même par un médecin peu attentif, et quand la cavité accidentelle est fort limitée, la quantité du flux l'est elle-même. Vous vous rappellerez que lorsque j'hésitais entre une perforation pleuro-pulmonaire et une dilatation des bronches, j'étais toujours invariablement ramené vers celle-ci, par ce fait que je ne pouvais trouver de tintement métallique, de gargouillement hippocratique, de résonnance tympanique en aucun point de la poitrine.

Je sais bien qu'il existait un signe qui ébranlait beaucoup votre confiance: je veux parler de la matité de la poitrine en arrière, du côté malade. Cette matité, — qui vous a été expliquée, non point par la condensation du poumon, comme l'a indiqué Laennec, et comme il arrive habituellement, mais par la présence d'une énorme quantité de matière demi-concrète dans les excavations ampullaires, — cette matité n'était pas, dans le cas qui nous occupe, et n'est jamais aussi absolue que dans la pleurésie; mais je comprends qu'elle induise en erreur, qu'elle fasse croire à une pleurésie, et par suite à une communication de la cavité pleurale avec les bronches.

Je n'avais, messieurs, nullement l'intention de vous faire ici l'histoire complète de la dilatation des bronches que vous trouverez si bien exposée dans Laennec, et si bien confirmée par les recherches ultérieures de M. Barth¹; mais je ne voulais pas laisser passer ce fait sans vous montrer toute son importance clinique, sans vous faire comprendre de combien de difficultés était entouré le diagnostic de cette maladie.

1. Barth, *Mémoires de la Société d'observation*, Paris, 1856, t. III.

L'état du poumon que je vous ai montré sur la table anatomique est celui de la dilatation bronchique portée à ses dernières limites, et je ne crois pas que l'on puisse trouver un fait où la lésion soit plus considérable. Ici la maladie est pour ainsi dire défigurée par l'excès même des altérations, et vous vous feriez une très-mauvaise idée de l'affection qui nous occupe, si vous vouliez regarder comme un type le poumon que je vous fais voir en ce moment.

La conséquence de la bronchite chronique est de causer un emphysème vésiculaire, c'est là l'effet le plus ordinaire, et en quelque sorte nécessaire. Mais, suivant les dispositions individuelles, les vésicules ou les bronches cèdent avec plus de facilité: chez le plus grand nombre des malades ce sont les vésicules qui se dilatent, et le tissu intervésiculaire se condense; la dilatation des vésicules peut aller jusqu'à la rupture, de là parfois cette disposition en larges vésicules qui donne aux poumons de l'homme une certaine ressemblance avec celui des batraciens, et dont notre malade nous a offert un remarquable exemple. Mais il suffit de quelque attention, quand on compare des poumons atteints d'emphysème vésiculaire très-prononcé avec des poumons sains, pour reconnaître que, en même temps que les vésicules, la trachée-artère et les bronches ont subi une ampliation qui ne se reconnaît pas au premier aspect, parce quelle est uniforme. Il en est ainsi lorsque la dilatation vésiculaire est partout au même degré; il faut alors une certaine attention pour la découvrir, bien que l'ampliation générale du poumon et le défaut d'affaissement de l'organe nous avertissent de l'existence de la lésion. Or on peut et l'on doit considérer la dilatation des bronches comme un emphysème des tuyaux bronchiques; emphysème également réparti dans le plus grand nombre des cas, et lié alors à l'emphysème vésiculaire; inégalement réparti dans d'autres cas, et constituant ce que nous connaissons plus particulièrement sous le nom de *dilatation bronchique*, auquel cas les bronches dilatées forment tantôt des tuyaux à renflements moniformes exactement comme des chapelet; tantôt, et le plus ordinairement, des renflements allongés et fusiformes, quelquefois ampullaires, comme dans le cas que vous avez en ce moment sous les yeux. Beaucoup de cavités bronchiques peuvent communiquer les unes avec les autres, et le poumon ressemble à ces vastes foyers d'abcès à loges multiples, ou plutôt à certains kystes multiloculaires de l'ovaire, après qu'ils ont été incisés, et que le liquide contenu dans les vacuoles a été enlevé. En même temps on remarque que le tissu pulmonaire est condensé entre les grandes cavités, ce qui rend habituellement compte de la matité, signe ordinaire de la dilatation bronchique portée à un haut degré.

Je me suis souvent demandé, en voyant cette induration du poumon, en constatant si fréquemment, à l'autopsie, des traces de pleurésie chronique, si ces grandes cavités creusées dans le tissu pulmonaire n'étaient

pas de véritables vomiques, c'est-à-dire des foyers formés par la fonte des lobules pulmonaires enflammés et suppurés. Quand nous nous occuperons de la pneumonie lobulaire des enfants, nous verrons que bien souvent on trouve de petits foyers purulents, les uns de la grosseur d'un grain de millet, les autres du volume d'une lentille, et même, très-exceptionnellement, du volume d'une petite cerise. Dans ces cas, on admet ordinairement, et pour mon compte j'admets formellement, la fonte inflammatoire d'une réunion de lobules, et l'ouverture de ces petits foyers dans les bronches. On suppose que le lobule pulmonaire enflammé a pu passer par tous les degrés de l'hépatisation jusqu'à la troisième période, jusqu'à la fonte purulente, et l'on se demande si quelque chose d'analogue ne s'effectuerait pas dans certains catarrhes bronchiques de l'adulte. Le fait que vous avez sous les yeux semblerait donner créance à cette idée; en effet, vous avez pu voir, dans certains points du poumon, de petites portions d'un vert noirâtre et évidemment sphacélées; de sorte que dans la dilatation bronchique on pourrait admettre plusieurs degrés: celui de la dilatation des tuyaux conducteurs de l'air, dilatation bronchique proprement dite; celui de la destruction des lobules et des masses de lobules par suite de la compression, ou par le fait seul du processus inflammatoire, ce qui produirait ces cavités ampullaires qui, à vrai dire, ne ressemblent guère à des dilatations bronchiques, et qui ont bien plus d'analogie avec des foyers purulents.

Quoi qu'il en soit de cette opinion, que je n'oserais soutenir ouvertement, et qui naît de l'examen même des pièces pathologiques, j'aurais encore à vous indiquer une particularité sur laquelle je veux un instant insister.

Quand on lit les observations diverses publiées sur ce sujet, on est frappé de l'apparente innocuité de la maladie jusqu'à sa période en quelque sorte ultime. La jeune femme dont nous faisons en ce moment l'autopsie, n'a été réellement très-malade qu'un mois avant sa mort; jusque-là elle vaquait à ses occupations, dans un état de santé assez précaire; mais non pas tel qu'on fût en droit de prévoir une fin si prochaine. L'aggravation des accidents a été quelque peu subite, et la même observation peut être faite pour beaucoup de malades dont l'histoire a été rapportée par Laennec et par M. Barth. — Le fameux malade de Laennec (obs. iv) *n'avait cessé de travailler que quelques jours avant son entrée à l'hôpital*. La dilatation bronchique n'a donc en elle-même qu'une valeur assez secondaire comme danger. En effet, si l'on réfléchit que souvent la lésion locale est tellement minime qu'elle peut ne s'étendre qu'à un rameau bronchique, quelquefois à un nombre de bronches qui ne constitue pas la centième partie de l'arbre aérien, on admettra que la dilatation ne se révélera quelquefois que par des signes difficiles à constater, toute espèce de phénomènes généraux faisant défaut.

Le 2 juillet 1863, je recevais dans mon cabinet un malade âgé de près de soixante ans. Il venait me consulter pour un rhume accompagné d'oppression qui le tourmentait depuis plus de deux ans: Il avait attendu son tour de consultation pendant plus d'une heure, et durant ce temps il avait rempli un mouchoir entier de crachats diffluents d'une grande abondance. Il avait eu souvent de petites hémoptysies, et quelquefois l'expectoration prenait une remarquable fétidité. Il n'y avait pas de fièvre, et l'état général n'était pas mauvais. Je soupçonnai une dilatation bronchique, et en effet l'examen de la poitrine me donna les résultats suivants: Il y avait des signes d'emphysème vésiculaire du côté droit; à gauche, la poitrine était un peu affaissée dans sa moitié inférieure, et la résonnance était bien moindre que dans l'état normal. A l'auscultation, j'entendais des gargouillements énormes, avec bruit de succion, en même temps que la voix retentissait, comme cela s'observe si souvent au sommet de la poitrine chez les tuberculeux. Ce malade marchait, vaquait à ses occupations, n'avait pas de fièvre; quoiqu'il fût atteint d'une dilatation bronchique considérable, il n'était pas fort souffrant, et sa situation était tolérable, à cela près de l'oppression habituelle et de l'abondance considérable de l'expectoration.

Mais si la lésion dont nous nous occupons en ce moment est peu étendue, elle ne rend pas la bronchite plus dangereuse, et elle est à peine une complication. Lorsque la dilatation bronchique occupe la presque totalité d'un poumon, à plus forte raison quand elle s'étend aux deux côtés, il y a un danger réel, danger dont il est facile de comprendre les causes. Tout d'abord le malade n'a plus, à son service, pour les besoins de l'hématose, que les trois quarts, la moitié, les deux cinquièmes du parenchyme pulmonaire. Si donc une bronchite ou une pneumonie survient, la respiration n'a plus d'instruments, et les malades périssent. D'un autre côté, lorsque l'on a vu un poumon arrivé à un degré fort avancé de la dilatation bronchique, on ne peut s'empêcher d'accepter que tout autour des bronches dilatées, le parenchyme est le siège d'une phlegmasie chronique évidente qui, sous l'influence de causes irritatives même légères, passe à l'état subaigu.

Il est encore une autre cause de danger que je ne puis passer sous silence, et qui était évidente chez la jeune femme dont nous examinons en ce moment les poumons. Vous avez vu ces énormes vacuoles dans lesquelles s'était accumulé un pus à demi concret, ressemblant presque à du mastic de vitrier et exhalant une affreuse puanteur. Je ne voudrais pas affirmer que l'ichor putride, en contact avec les surfaces malades, charrié dans les bronches, porté par les inspirations successives dans les tuyaux aériens qui aboutissent aux parties demeurées saines, ne va pas être une source d'infection pour l'économie, source d'autant plus puissante que les surfaces respiratoires sont, de toutes les parties, celles qui absorbent le