

ESSAI
SUR
LES DIVERSES ESPÈCES CLINIQUES
DE BRONCHITES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 23 JANVIER 1874

Par J.-B. BLANC

né à Orhaguet (AVEYRON).

DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

BOHM ET FILS, IMPRIMEURS DE L'ACADÉMIE, PLACE DE L'OBSERVATOIRE

Éditeurs du MONTPELLIER MÉDICAL.

1874

ESSAI

LES DIVERSES ESPÈCES CHIMIQUES

DE BRONZES

THÈSE

PAR J.-B. BLANC

DOCTEUR EN MÉDECINE

1842

1842

A la Mémoire de ma Mère, Hélène MAYNIER

*Le bonheur de vous connaître m'a été refusé;
ce sera le regret de toute ma vie.*

A mon Père, J.-F. BLANC,

DOCTEUR EN MÉDECINE

*Je vous dois plus que la vie, car vous m'avez
entièrement consacré la vôtre. Ma piété filiale
saura-t-elle jamais vous dédommager de tous
les sacrifices que vous avez faits pour moi ?*

A ma Tante, M^{me} FROMENT.

*Vous avez été pour moi une seconde mère, je
vous aimerai toujours comme un fils.*

J.-B. BLANC.

A MON ÉPOUSE CHÉRIE.

*Avec une compagne telle que vous, l'avenir
m'apparaît sous les plus heureux auspices.*

A MES PARENTS.

A MES MAÎTRES.

A MES AMIS.

INTRODUCTION

La bronchite est une des maladies les plus communes. Il y a très-peu de gens qui n'en aient été atteints plusieurs fois dans leur vie. Légère le plus souvent et disparaissant d'elle-même, elle résiste cependant quelquefois aux traitements les plus longs et les plus rationnels.

Mon but n'est pas d'exposer des faits nouveaux sur un sujet aussi connu : ma seule ambition est de grouper, dans ma Dissertation inaugurale, le fruit de mes lectures et les idées que j'ai recueillies de la bouche de mes Maîtres. Dans le pays où je dois exercer, on voit beaucoup de bronchites. J'ai donc cru, en faisant ce travail, suivre le précepte de Stoll, qui dit que ceux qui font des recherches et des expériences sur des maladies rares et peu connues sont sans doute dignes d'éloges, mais que ceux qui étudient les maladies les plus communes à l'espèce humaine font un travail bien plus utile à l'humanité.

INTRODUCTION

La présente est une des maladies les plus communes. Il y a un grand nombre de gens qui ont eu cette maladie plusieurs fois dans leur vie. On trouve souvent et fréquemment à la même époque, dans les mêmes lieux, plusieurs personnes atteintes de cette maladie. Les symptômes les plus fréquents de cette maladie sont : une fièvre, une toux, une expectoration, une douleur dans la gorge, une difficulté à respirer, une douleur dans les muscles, une douleur dans les articulations, une douleur dans les os, une douleur dans les nerfs, une douleur dans les tendons, une douleur dans les ligaments, une douleur dans les cartilages, une douleur dans les membranes, une douleur dans les vaisseaux, une douleur dans les nerfs, une douleur dans les tendons, une douleur dans les ligaments, une douleur dans les cartilages, une douleur dans les membranes, une douleur dans les vaisseaux.

Symptômes



ESSAI

• SUR

LES DIVERSES ESPÈCES CLINIQUES

DE BRONCHITES



DÉFINITION. — NATURE.

La bronchite est définie par la plupart des auteurs: « inflammation des bronches », de même que la pneumonie ou pneumonite, « inflammation du parenchyme pulmonaire ». Cette définition est vraie si l'on entend l'inflammation dans son sens histologique: « la série des phénomènes observés dans les tissus ou dans les organes, analogues à ceux produits artificiellement sur les mêmes parties, par l'action d'un agent irritant, physique ou chimique »¹. La différence d'action des agents dont l'expérimentation dispose fait pressentir la diversité des modes d'inflammation qu'on trouve dans la pathologie humaine. S'il y a plusieurs espèces d'inflammations, il y aura donc plusieurs espèces de bronchites.

¹ Cornil; Manuel d'histologie pathologique, pag. 71.

Si l'on voulait, au contraire, exprimer par cette définition que la bronchite est la localisation de l'état inflammatoire sur les bronches, on serait entièrement dans l'erreur, car toute bronchite n'est pas la manifestation de l'état inflammatoire. A Montpellier même, les bronchites de nature inflammatoire ne sont que des exceptions. C'est ce qui a poussé certains auteurs à maintenir le nom de catarrhe bronchique, employé par les anciens, au lieu du terme bronchite. Cependant, ces réserves faites, nous conserverons le terme générique de bronchite, qui nous semble préférable à celui de catarrhe bronchique, qui indique un flux muqueux non nécessaire à la bronchite.

HISTORIQUE.

Le terme bronchite est récent. Jusque dans ces derniers temps, son histoire se trouve comprise dans celle du catarrhe.

Catarrhe (*κατά*, en bas; *ρέω*, je coule), désignait chez les médecins grecs toute fluxion se faisant du cerveau vers n'importe quel organe, pour y produire toute espèce de maladies: c'était l'humeur peccante descendant de la tête.

Le mot catarrhe fut restreint ensuite à toute fluxion se faisant du cerveau sur les organes respiratoires. Jean de Milan a dit :

Si fluat ad pectus dicatur rheuma CATARRHUS,

Ad fauces RHANGHUS; ad naves esto CORYZA.

On croyait toujours que le catarrhe avait pour origine le cerveau: on supposait que la lame criblée de l'éthmoïde, percée de trous, donnait passage au liquide.

Il était réservé à Schneider¹ l'honneur d'établir que le catarrhe ne vient pas de la tête; car, dit-il, il est faux que le cerveau communique avec l'extérieur par la selle turcique.

Fodéré, Hoffmann et van Swieten considéraient le catarrhe comme une affection générale appartenant à la même classe de fluxions que le rhuma-

¹ Schneider; *De catarrhīs*. Wittenberg, 1660.

tisme, l'arthrite, et dérivant d'une même cause, les variations atmosphériques.

Sauvages, Cullen, Stoll, distinguent nettement l'affection *catarrhe* de l'inflammation pulmonaire.

C'est Joseph Frank qui a fait connaître avec précision la distinction entre la fièvre catarrhale et le catarrhe du poumon. L'affection catarrhale est une affection générale dépendant des vicissitudes atmosphériques; le catarrhe pulmonaire est une affection apyrétique de la muqueuse des bronches.

Pour ces divers auteurs, l'écoulement muqueux était incapable par lui-même de produire de la fièvre. Lorsque celle-ci s'y joignait, elle devenait l'affection principale, et le catarrhe lui imprimait seulement un caractère spécial.

Broussais et son École ont cherché à montrer que la fièvre était due à l'état local des parties qui donnaient lieu au catarrhe. Le vice des organopathes consiste à exagérer outre mesure le rôle et la nature de l'altération bronchique au détriment de l'état morbide général, dont elle n'est le plus souvent qu'une simple localisation. La clinique a protesté contre les assertions aussi absolues de l'École Broussaisienne. S'il est vrai que l'état local précède quelquefois l'état général, il n'en est pas moins vrai que très-souvent l'état local ne se manifeste qu'après l'état général. C'est ainsi que l'entend l'École de Montpellier, et les médecins localisateurs auront beau faire, ils ne pourront jamais rayer du dictionnaire une affection primitive dont les localisations sont secondaires, l'affection catarrhale, si bien décrite à Montpellier, où elle est très-commune.

DIVISION.

Sauvages¹ n'admet que trois ordres de bronchite. Le premier a pour titre *rheuma catarrhale*, c'est le rhume proprement dit; le second est intitulé *rheuma epidemicum*, c'est la grippe; le troisième est l'*anacatharsis*, il comprend les divers flux bronchiques, parmi lesquels se trouve la bronchorrhée.

Laënnec reconnaît : 1° un catarrhe muqueux aigu; 2° un catarrhe muqueux chronique; 3° un catarrhe pituiteux qui n'est autre chose que la bronchorrhée; 4° un catarrhe sec; 5° un catarrhe convulsif, nom sous lequel il désigne la coqueluche; 6° un catarrhe symptomatique; 7° un catarrhe suffocant.

Cette division de Laënnec s'appuyant sur la prédominance de tel ou tel symptôme pour faire des espèces particulières, comprend des distinctions inutiles, et, ce qui est plus grave, il réunit sous le même titre la coqueluche et la bronchite.

On peut donner plusieurs divisions de la bronchite : 1° d'après sa marche, on aura la bronchite aiguë et la bronchite chronique; 2° d'après son siège, on a : bronchite de la base, du sommet, des grosses bronches, des petites bronches, unilatérale, bilatérale, partielle, générale.

Mais la meilleure division est la division d'après les causes.

Nous admettrons des bronchites simples, des bronchites symptomatiques et des bronchites sympathiques ou réflexes. Les subdivisions de ces trois grandes classes sont représentées dans le tableau suivant :

¹ Sauvages; *Nosologia methodica*, tom. 1, pag. 686. Amstelodami, 1768.

I. BRONCHITES SIMPLES.....	<ul style="list-style-type: none"> Br. Inflammatoire. Br. Catarrhale. Br. Biliaise. Br. Traumatique. Br. Toxique. 	
	A. Symptomatiques d'un état morbide général.	<ul style="list-style-type: none"> Diathésique <ul style="list-style-type: none"> Br. Contense. Br. Rhumatismale. Br. Herpétique. Br. Scrofuleuse. Br. Tuberculeuse. Br. Syphilitique. Br. Cancéreuse. Non diathésique <ul style="list-style-type: none"> Br. Typhoïde. Br. Intermittente. Br. Morbilleuse. Br. Varioleuse. Br. Scarlatineuse. Br. Érysipélateuse. Br. Diphthéritique. Br. Scorbutique.
II. BRONCHITES SYMPTOMATIQUES..	B. Symptomatiques d'un état morbide local.	<ul style="list-style-type: none"> Br. de Gangrène du poulmon. Br. l'affection Cardiaque. Br. l'engorg' des Ganglions bronch. Br. la Pneumonie. Br. la Pleurésie. Br. la Coqueluche. Br. l'Asthme. Br. l'Emphysème. Br. Collection purulente. Br. l'Anév^{me} de la crosse de l'aorte.
III. BRONCHITES SYMPATHIQUES OU NÉVLEXES.....		<ul style="list-style-type: none"> Br. de la Dentition. Br. Vermineuse. Br. Hystérique. Br. Gastrique. Br. Hépatique.

La bronchite se présente à l'état aigu et à l'état chronique.

BRONCHITE AIGUE.

ÉTILOGIE.

Les causes de la bronchite sont prédisposantes et occasionnelles :

1° LES CAUSES PRÉDISPOSANTES SONT :

La distribution géographique. — On a remarqué que les climats tempérés, les lieux exposés au sud et à l'ouest, les endroits bas et humides, étaient

plus propres au développement de la bronchite. Les saisons du printemps et de l'automne, le passage d'une saison à l'autre, sont des causes prédisposantes. Dans nos climats, ce sont ordinairement les mois de novembre, de mars et d'avril qui fournissent le plus de bronchites. D'après certains auteurs, les premiers froids sont généralement moins meurtriers que les derniers. Les professions de plâtrier, cantonnier, meunier, remouleur, charbonnier, et en général toutes les professions qui produisent l'anthrax, prédisposent à la bronchite. Les riches en sont moins atteints, parce qu'ils se soignent mieux.

Age. — Les enfants et les vieillards y sont plus exposés que les adultes.

Sexe. — Le sexe féminin offrirait moins de résistance aux causes de la bronchite, d'après certains auteurs.

Le lymphatisme, « ce proche parent de la scrofule, s'il n'en est le père¹ », prédispose à la bronchite. Il faut donc tenir compte aussi d'une idiosyncrasie originelle ou acquise qui fait que certaines personnes s'enrhument sous l'influence de la cause occasionnelle la plus banale.

Constitution médicale. — On doit considérer encore la constitution médicale ou le rapport entre la nature, la forme des maladies et les qualités de l'air, qui doivent être intenses et prolongées. Quelques auteurs, Louis, Mialhe, Bouillaud, ont nié l'influence des constitutions médicales. Hippocrate, dans son traité *De aere, locis et aquis*, a fondé la doctrine irréfutable des constitutions médicales. Après lui, Baillon, Sydenham, Stoll, Trousseau, Graves et tous les professeurs de l'École de Montpellier, ont consacré ces principes en leur donnant de nouveaux développements. « Je tiens pour certain, dit Sydenham dans son *Traité de médecine pratique*, que la connaissance de la constitution médicale sert beaucoup au médecin, tant pour distinguer l'espèce de la maladie, que pour la guérir. »

Épidémie. — Il est des maladies qui à un moment donné, sous l'influence d'une cause que nous ne pouvons apprécier, se communiquent à un grand nombre de personnes à la fois, dans un pays donné. La bronchite peut

¹ Eussagrives; Entretiens sur l'hygiène, pag. 95.

affecter la forme épidémique, sous l'influence d'une constitution médicale régnante. Gendrin¹, dans une clinique à la Pitié, parle d'une épidémie régnante présentant un état bronchique très-accentué. Toutes les maladies tendaient à une complication bronchique.

Les maladies antérieures de l'appareil respiratoire laissent après elles un état de faiblesse, d'infirmité locale plus ou moins marquée: après une première atteinte de bronchite, et surtout après plusieurs, les bronches altérées résistent moins.

L'altération du sang, dans les maladies générales diathésiques et non diathésiques, aiguës et chroniques, peut produire directement une bronchite. Les lésions physiques vitales et organiques du voisinage, telles que pneumonie, laryngite, abcès, gangrène, tumeurs, affections cardiaques, sont encore des causes prédisposantes et même déterminantes. La bronchite est souvent produite par des lésions du parenchyme pulmonaire ou d'un autre point des voies respiratoires, tandis qu'il est très-rare de voir la bronchite amener la pneumonie: c'est que la constitution diffère du tout au tout, et que d'un côté il y a du sang rouge, et de l'autre du sang noir.

Il y a aussi des bronchites par cause sympathique ou réflexe.

2^o CAUSES OCCASIONNELLES. — L'impression du froid, et surtout du froid humide, est la principale cause occasionnelle. Elle doit être prise en considération, surtout aux deux extrêmes de la vie. Dans l'enfance et la vieillesse, l'homme produit moins de chaleur qu'aux autres périodes de l'existence, et par conséquent il doit réagir avec moins d'énergie contre les diverses causes du refroidissement. Le froid peut agir directement sur les bronches par l'inspiration d'un air froid. « Je sais bien, dit Graves, que la nature a pris de grandes précautions pour maintenir à une température toujours égale l'air qui est introduit dans la poitrine à chaque inspiration; cet air traverse la bouche, les fosses nasales et le pharynx; là, il se réchauffe par son contact avec une muqueuse très-étendue. De plus, après une expiration ordinaire, il reste dans le poumon une petite proportion de fluide

¹ Gendrin; Gazette des hôpitaux, pag. 3 et 74. 1858.

aérifère. Ce sont là des conditions qui compensent avantageusement l'abaissement de température de l'air inspiré dans une atmosphère très-froide. Néanmoins, il doit exister sous ce rapport une différence considérable entre l'air inspiré et l'air expiré; conséquemment, les voies aériennes sont exposées, plus que toute autre partie du corps, à des alternatives rapides de chaleur et de froid. Il faut ajouter que la nature a sagement approprié la vitalité de la muqueuse bronchique à ces conditions exceptionnelles, et que l'influence toute-puissante d'une habitude de tous les instants permet aux voies aériennes d'affronter avec impunité les changements brusques de température ».

Le froid agit indirectement en impressionnant la peau, surtout quand elle est en sueur; c'est ce qu'on a appelé les sueurs rentrées. Le froid aux pieds, à la tête, la suppression trop prompte des vêtements d'hiver, le passage du chaud au froid, les boissons froides, sont autant de causes occasionnelles de la bronchite. Laënnec a soutenu que le passage du froid au chaud occasionnait beaucoup de rhumes; d'autres n'ont vu là qu'une simple coïncidence.

PATHOGÉNIE.

La pathogénie est très-obscur. Pourquoi, après une impression périphérique, la répercussion ou la sympathie agit-elle sur les bronches plutôt que sur le poumon et l'intestin? Ni la théorie nerveuse, ni la théorie humorale, ne peuvent nous l'expliquer.

SYMPTOMATOLOGIE.

Quelle que soit la cause de la bronchite, il y a dans l'ensemble de ses symptômes des traits communs que nous allons étudier d'abord. Nous verrons ensuite ce qui caractérise chacune des espèces que nous avons admises.

La bronchite peut être légère, apyrétique, ou intense et fébrile.

La BRONCHITE LÉGÈRE, qui n'est autre que le simple rhume, survient d'emblée ou suit un coryza, et s'annonce par une légère irritation des bronches, une toux sèche s'exaspérant après le repas et surtout après l'inges-

tion des boissons froides (période de crudité). Il y a excrétion difficile de sérosité salée et filante ; le malade sent un peu de constriction derrière le sternum. Quelquefois il y a un peu de céphalalgie ; mais le malade vaque à ses occupations, l'appétit est bon, et au bout de deux ou trois jours, la toux devient plus facile, les crachats deviennent muqueux, sont rejetés avec facilité (période de coction) ; la toux disparaît bientôt tout à fait, et le malade est guéri. On peut considérer à la bronchite légère trois périodes : la crudité, la coction et la terminaison.

BRONCHITE FÉBRILE. — On peut diviser les symptômes fonctionnels de la bronchite intense en trois périodes :

1° Dans la première, la chaleur est vive, la toux fréquente et sèche, la matière expectorée est claire, sans viscosité. On constate quelquefois une douleur de poitrine et une oppression considérable ; la peau est sèche, le pouls souvent plein et dur : c'est la période de crudité, souvent précédée par une quatrième période, la période d'invasion, caractérisée par des frissons de nature diverse, dont nous nous occuperons à propos de la bronchite inflammatoire et catarrhale.

2° Dans la seconde période, la toux devient plus humide et les crachats plus consistants : c'est la période de coction.

3° Dans la troisième, la chaleur de poitrine et la dyspnée cessent ; la toux devient plus rare, les crachats deviennent opaques, quelquefois même puriformes ; l'urine est plus abondante ou sédimenteuse. Quelquefois une diarrhée légère sert de crise. La fièvre tombe, et le malade est guéri.

Examinons maintenant les symptômes physiques. L'inspection du malade ne nous apprend rien de spécial. Dans son lit, il peut prendre toute sorte de positions, mais le plus souvent il se tient sur le décubitus dorsal, la tête relevée, surtout quand l'oppression est forte.

On a remarqué, chez les malades qui s'enrhument l'hiver, que la poitrine présentait des voussures partielles disparaissant avec le printemps : sans doute de l'air est resté emprisonné dans quelques divisions bronchiques par les mucosités visqueuses et tenaces du catarrhe, ou peut-être même y a-t-il eu rupture de quelques vésicules pulmonaires et de l'air

s'est-il infiltré dans le parenchyme du poumon. Il se peut aussi que le poumon, pressé excentriquement par l'air pendant la toux, ait cédé et perdu de son ressort. Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait a été observé.

La percussion est ici d'ordinaire un phénomène négatif, à la vérité, mais qui devient un signe important dans une affection accompagnée de toux et d'oppression. Dans la bronchite où les râles sibilants dominent, Racle dit que le son est exagéré et presque tympanique, ce qui peut se concevoir par l'emprisonnement de l'air dans des groupes de vésicules et même dans une grande étendue de poumon.

La palpation nous donne les vibrations thoraciques normales ; quelquefois on perçoit en outre un frémissement dû aux vibrations des râles bronchiques.

L'auscultation doit s'attacher à reconnaître la sécheresse ou l'humidité, le siège dans les grosses ou les petites bronches. Dans la sécheresse, période de crudité, il y a râle sonore dans les grosses bronches, râle sibilant dans les moyennes et les petites bronches. Dans l'humidité, période de coction, on entend des râles sous-crépitants plus ou moins gros, consistant en des bulles qui éclatent avec bruit et qui s'entendent à l'inspiration et à l'expiration, de préférence à la base et en arrière, soit en raison des congestions, plus faciles dans ces régions déclives, soit parce que le séjour prolongé des produits morbides y entretient le mal. Ces râles peuvent d'ailleurs se disséminer dans toute la poitrine. La grosseur des râles et leur nombre sous l'oreille indiqueront le siège de la bronchite. Dans les petites bronches, les râles sont fins et très-nombreux. Les râles sont plus nombreux quand les bronches sont pleines, le matin par exemple, avant que le malade ait craché. Quand les bronches sont vidées, les râles diminuent, et on ne doit pas s'étonner de trouver une grande différence dans leur nombre et leur volume quand on ausculte à plusieurs reprises dans la journée. Quelquefois on constate une diminution de la respiration par obstruction des bronches.

M. Sabatier, savant agrégé de cette École, a distingué chez les enfants les bulles en : 1° bulles non éclatantes, à timbre sourd et sec, lentes dans leur production ; elles sont peu nombreuses, quelquefois continues ; elles

sont liées à la présence d'un mucus épais, visqueux, adhérent, tel qu'il se produit dans les premières périodes du catarrhe; 2° bulles éclatantes à timbre clair, humide, très-nombreuses, très-distinctes, très-rapides, ayant quelque chose de cassant; elles sont en rapport direct avec l'existence d'un liquide purulent, crémeux, tel que dans les dernières périodes du catarrhe, surtout quand celui-ci doit avoir une terminaison fâcheuse.

Dans la bronchite intense, on observe des symptômes généraux plus ou moins marqués: il y a le plus souvent de la fièvre, de l'inappétence, de la soif, des nausées et même des vomissements.

DURÉE. — TERMINAISON.

Après une durée de deux à six semaines, la bronchite aiguë a une issue heureuse. La mort ne s'observe guère qu'aux deux extrêmes de la vie, ou quand l'adynamie ne permet plus l'excrétion des mucosités qui peuvent asphyxier le malade. Quand la terminaison est fâcheuse, il y a le plus souvent une complication du côté du poumon ou du cœur.

BRONCHITES SIMPLES.

Maintenant que nous connaissons les symptômes communs à toutes les bronchites, étudions séparément chacune de ces espèces avec des détails en rapport avec leur importance pathologique.

J'entends par bronchites simples celles qui se présentent souvent et sont d'ordinaire peu graves.

BRONCHITE INFLAMMATOIRE. — La bronchite inflammatoire peut être primitive, c'est-à-dire indépendante de la fièvre ou état général; elle peut être secondaire ou sous la dépendance de la fièvre; elle n'est alors que la localisation sur les bronches de l'état inflammatoire. L'une et l'autre espèces sont fébriles, mais dans la première l'état local amène l'état général; dans la seconde, l'état général précède l'état local, qu'il détermine. On doit admettre cette double pathogénie pour être dans le vrai. La bronchite inflammatoire s'observe chez les sujets jeunes et vigoureux, sous une con-

stitution médicale froide et sèche. Assez rare à Montpellier, elle est très-commune dans les montagnes de l'Aveyron, où je l'ai observée très-souvent avec mon père, chez des gens à bonne constitution et à forte complexion.

L'invasion est brusque, avec ou sans frisson ; si le frisson existe, il est unique, vif et court, suivi d'une chaleur ardente. La face est animée, les conjonctives rosées, ainsi que les muqueuses du nez, des lèvres, de la bouche. Intumescence et expansion de tout le corps ; pouls fréquent et fort, céphalalgie, insomnie, anorexie, soif vive, langue rouge sur les bords ; constipation, oppression assez considérable ; fièvre et toux continues, mais pouvant augmenter un peu le soir : tels sont les symptômes principaux de la bronchite inflammatoire, qui au bout d'une à quatre semaines se termine par la guérison. Il n'est pas rare de voir une hémorrhagie servir de crise à la maladie ; cette hémorrhagie survient brusquement ou après un travail spécial, le *molimen hemorrhagicum*. C'est une preuve que cette bronchite est dominée par l'orgasme sanguin.

BRONCHITE CATARRHALE. — C'est la localisation sur les bronches de l'affection catarrhale, endémique dans la zone tempérée. Comme l'affection catarrhale, elle a pour cause toutes les vicissitudes brusques et intenses des saisons, alternatives de froid et de chaud ; le froid humide produit la bronchite catarrhale, alors que le froid sec produit la bronchite inflammatoire. « L'affection catarrhale, dit M. le professeur Dupré¹, ne dépend ni du chaud ni du froid, ni du sec ni de l'humide, ni des causes qui élèvent le baromètre, ni de celles qui l'abaissent ; elle est produite par les alternatives de toutes ces conditions de l'air, par toutes les causes capables de modifier plus ou moins profondément la sécrétion, l'exhalation, la sensibilité de la peau. » M. le professeur Fuster² avait aussi insisté sur les causes spéciales de cette affection qu'on ne peut nier, du moins quand on a suivi les hôpitaux de Montpellier. C'est donc à tort que M. Béhier

¹ Dupré ; Fluxions de poitrine de nature catarrhale.

² Fuster ; Monographie clinique de l'affection catarrhale, pag. 46.

repousse les mots catarrhe, inflammation catarrhale, comme l'expression d'une affection particulière créée par l'application [d'une cause distincte et spécifique. Pour lui, il n'y a que des phlegmasies différant selon les tissus attaqués, la constitution, le tempérament, l'habitude.

La bronchite catarrhale attaque de préférence les individus affaiblis; mais, sous l'influence de constitutions médicales régnantes, un grand nombre de personnes vigoureuses peuvent en être atteintes.

On observe, au début, des frissons légers et fugitifs, mais multiples, entre cuir et chair, comme disaient les anciens. Ils viennent du dos et s'irradient dans les membres; ils alternent avec des bouffées de chaleur très-considérable. Le malade se plaint de céphalalgie sus-orbitaire, d'éternuements répétés, de brisement général dans les membres, agacement nerveux pénible. La langue est sale et blanchâtre, le pouls plein et tendu; le thermomètre n'accuse pas une grande élévation de température. La fièvre, au lieu d'être continue comme dans la bronchite inflammatoire, présente des exacerbations vespertines. Les yeux sont rouges et larmoyants, la membrane pituitaire est gonflée et obstrue les voies nasales, le malade respire par la bouche, ce qui fait qu'il a la langue sèche. On voit les deux périodes: 1^o de concentration jointe à un état de spasme (crudité); 2^o d'irradiation jointe à un état de détente (coction).

La bronchite catarrhale dure de quatre à vingt jours. Les crises existent et sont très-diverses, mais la crise sudorale est la plus ordinaire. Ce sont des sueurs abondantes, profuses, onctueuses. Il peut y avoir quelques selles diarrhéiques, une éruption miliaire labiale (*herpes labialis*), l'urine critique est trouble, sédimenteuse, briquetée.

Nous ne pouvons pas terminer la bronchite catarrhale sans dire un mot du catarrhe épidémique, de la *grippe*, qui a sévi plusieurs fois dans notre siècle, en 1803, 1830, 1833, 1837. La grippe se présente sous les conditions favorables à la production de l'affection catarrhale, mais il y a en outre un *quid ignotum, quid divinum*, que nous appelons, pour constater notre ignorance, le *génie épidémique*. La durée de cette épidémie est courte, relativement aux autres épidémies. En 1830, à Berlin elle dura deux semaines, à Saint-Petersbourg deux mois, à Vienne et à Londres quarante

jours, à Paris près d'un an. L'épidémie de 1837, à Montpellier, si bien décrite par le professeur Caizergues, dura du 20 février au 15 avril; l'été précédent avait été très-chaud.

Au point de vue de l'intensité des symptômes, on peut distinguer trois variétés de grippe:

1° Plusieurs malades sont légèrement atteints : malaise général, vague, toux, raucité;

2° Retentissement général sur l'économie, état fébrile peu prononcé ;

3° Fièvre plus considérable, laryngite, bronchite intenses.

Les symptômes sont les mêmes que ceux de la bronchite catarrhale, sauf que l'élément nerveux est ici dominateur. Aussi M. Caizergues a-t-il, avec raison, nommé la grippe : « une affection catarrho-nerveuse ».

BRONCHITE BILIEUSE. — Il est d'observation que les maladies de chaque saison attaquent un organe plutôt qu'un autre. Ainsi, en été c'est le tube digestif avec ses annexes qui est le plus souvent atteint ; cependant l'affection bilieuse, propre à l'été, peut aussi se localiser sur les bronches et produire une bronchite bilieuse, de même que, localisée sur l'intestin, elle produirait une diarrhée bilieuse. La bronchite bilieuse est toutefois très-rare. Riedlin (*Linea medicin.*, ann. 1669), cité par J. Frank, parle d'une jeune femme qui s'enrhumait habituellement pendant les chaleurs de l'été et ne voyait sa toux cesser que quand l'hiver arrivait. Cette bronchite n'a pas d'ailleurs de caractères spéciaux, sinon qu'elle coïncide souvent avec un embarras gastro-intestinal.

BRONCHITE TRAUMATIQUE. — TOXIQUE. — Les poussières, les vapeurs, la fumée, les gaz irritants font tousser quand on les respire. Si leur action sur les voies respiratoires est continue, comme dans certaines professions, il se produit une bronchite avec tendance à passer à l'état chronique. Il y a des bronchites se produisant après que certaines substances ont été ingérées : ainsi, la belladone, l'iodure de potassium, les mercuriaux, longtemps prolongés, occasionnent une bronchite. L'Observation n° en est un exemple.

Bronchites symptomatiques d'une diathèse.

Avant de passer en revue les diverses bronchites diathésiques, il faut établir une distinction, capitale à notre avis. Il y a trois diathèses principales : la goutte, le rhumatisme, l'herpétisme, qui sont susceptibles de présenter des bronchites par métastase. La métastase est la réalisation d'un travail dans un point où il n'existait pas avant, et la suppression de la manifestation ancienne du travail là où il existait. Ordinairement on se sert de cette expression pour indiquer qu'un travail interne a remplacé un travail externe. Les métastases ont été niées par certains auteurs, de parti pris, ou parce que leurs vues ont été trop superficielles et trop théoriques. Mais la clinique, qui est le creuset où viennent s'épurer toutes les théories, parle en faveur de l'admission des métastases. Nous pourrions donc avoir des bronchites gouteuse, rhumatismale, herpétique par métastase. Dans d'autres cas, la bronchite gouteuse, rhumatismale, herpétique, ne sera que la manifestation simple de la diathèse, comme d'ailleurs pour toutes les autres diathèses.

BRONCHITE GOUTTEUSE. — La bronchite gouteuse est aiguë ou chronique. Elle a une grande tendance à se prolonger, même à l'état subaigu, donnant lieu à des râles persistants. Elle est une simple manifestation de la diathèse gouteuse, ou bien une métastase ; elle peut être aussi la première manifestation de la diathèse chez un individu dont l'hérédité est sous le coup de cette affection. Ces cas ne sont pas aussi rares qu'on le croit généralement, et nous avons entendu M. le professeur Combal insister sur ces faits et les appuyer par des exemples. Le rhumatisme, l'herpétisme, peuvent avoir des manifestations identiques.

BRONCHITE RHUMATISMALE. — Pour certains auteurs, la bronchite rhumatismale n'est autre que la bronchite catarrhale. L'affection catarrhale et le rhumatisme sont en effet des maladies qui ont une grande analogie de nature ; elles naissent sous des conditions générales identiques, les causes du rhumatisme, selon M. le professeur Dupré, étant surtout climatiques,

celles du catarrhe surtout météorologiques. Cependant la bronchite rhumatismale peut succéder à une attaque de rhumatisme aigu sous l'influence de conditions atmosphériques spéciales, ou bien d'une médication intempestive; cette bronchite est caractérisée par une grande mobilité. Cette restriction faite pour la bronchite métastatique rare, la bronchite rhumatismale serait mieux placée à côté de la bronchite catarrhale que dans les bronchites diathésiques. La racine commune des mots rhume et rhumatisme semble indiquer que les anciens avaient cru trouver un rapport entre les deux formes morbides, au point de vue de leur marche, de leurs conditions pathogéniques ou de leurs processus morbides.

BRONCHITE HERPÉTIQUE. — Rien n'est plus commun que de voir la bronchite et les affections herpétiques alterner pendant de longues années, la bronchite persister tout l'hiver et ne cesser que pendant l'été, c'est-à-dire lorsque la chaleur sollicite le réveil des éruptions périphériques ou l'augment de la perspiration cutanée. Ce sont surtout l'eczéma et l'impétigo qui se répercutent sur les bronches. Cette espèce de bronchite nous montre bien quelle est l'importance qu'il faut attacher aux causes pour établir un bon diagnostic et poser des indications efficaces. Nous avons été consulté cette année-ci par une dame qui était traitée depuis deux ans pour une bronchite rebelle à tous les balsamiques et à tous les calmants. Nous avons insisté auprès de la malade pour qu'elle nous renseignât bien sur l'origine de sa toux. Lui ayant demandé si elle ou ses parents n'avaient jamais eu d'affection cutanée, elle nous a avoué qu'elle avait eu des dartres à la joue droite, qui avaient disparu vers l'époque où sa toux avait commencé. Nous conseillâmes à la malade l'application d'un vésicatoire derrière l'oreille droite. Quelle ne fut pas sa surprise lorsque, le surlendemain en se levant, elle aperçut son ancienne dartre à la place où elle était il y a deux ans : sa toux avait disparu par l'apparition de l'affection de la peau.

On a vu des eczemas du cuir chevelu, chez les enfants inopportunistement traités, remplacés par des catarrhes bronchiques caractérisés par une grande oppression, et des râles sibilants, sonores et muqueux qui retentissent bruyamment dans toute la poitrine.

BRONCHITE TUBERCULEUSE. — Nous comprendrons sous ce nom toutes les bronchites symptomatiques de la phthisie pulmonaire, tuberculeuse ou non. La phthisie aiguë caractérisée par le développement rapide de tubercules dans tout le poumon, a son retentissement sur les bronches, et l'on entend des râles sous-crépitaux fins aux deux sommets surtout.

On peut distinguer trois formes de bronchite à la phthisie chronique : 1° une bronchite initiale ; 2° une bronchite consécutive ; 3° une bronchite ultime.

A. Bronchite initiale. — La bronchite initiale a été le sujet de grandes discussions, pour savoir si la bronchite pouvait être cause de la phthisie pulmonaire. Louis a trouvé que sur quatre-vingts phthisiques vingt-trois seulement étaient sujets à la bronchite; Broussais croyait que la phthisie provenait toujours de l'inflammation; Andral ne nie pas l'influence des phlegmasies des bronches sur la production des tubercules, mais pour que cela ait lieu il faut une prédisposition. Telle est l'opinion générale. C'est surtout la bronchite capillaire qui amène les tubercules chez les personnes diathésiques, et Laënnec a eu raison de comparer les bronches ou les poumons enflammés à une terre qui, labourée après un long repos, fait germer une multitude de graines qu'elle renfermait dans son sein depuis plusieurs années. La bronchite peut amener non-seulement l'écllosion des tubercules, mais même se terminer par une bronchite caséuse, forme qui a été très-bien étudiée par Reinhard. Nous dirons donc que la bronchite, chez des sujets prédisposés, peut être la cause occasionnelle déterminante; mais la prédisposition est nécessaire, car on trouve des gens qui toussent toute leur vie avec des poumons très-sains. Le plus souvent, d'après Barth, le tubercule préexiste à la bronchite; c'est une épine dans le poumon.

La bronchite initiale est caractérisée par une petite toux, plus fatigante par sa persévérance que par son intensité. Elle est ordinairement plus fréquente le soir. On observe des stries sanguines dans l'excrétion séreuse des bronches; on entend des râles sous-crépitaux au sommet.

B. Bronchite consécutive. — La toux, moins sèche, s'accompagne d'abord d'une petite quantité de crachats mousseux, clairs, semblables à de la salive

battue. Elle est plus considérable la nuit, elle provoque des nausées et même des vomissements après le repas. Il y a une dyspnée considérable; plus tard, la toux devient quinteuse, plus grasse; l'expectoration est plus facile, mais plus ou moins purulente.

C. *Bronchite ultime*. — La troisième période de la phthisie peut être appelée une période d'élimination; c'est pendant la troisième période que la matière tuberculeuse, ramollie, pénètre dans les bronches, d'où elle est expulsée par l'expectoration. Cette bronchite se révèle par de gros râles humides, au sommet surtout, soit en avant, soit en arrière. Les vomissements sont amenés très-facilement par la toux. Les crachats sont verdâtres opaques et quelquefois panachés; ils se présentent sous forme de petits pelotons coupés à pic, à bord déchiqueté, ne flottant qu'à moitié, non aérés. On rencontre quelquefois de petits grumeaux blanchâtres, arrondis ou aplatis, pouvant atteindre du volume d'une lentille au volume d'une pièce de vingt sous. On observe aussi souvent des stries jaunes qui, pour Niemeyer, sont le signe certain d'une phthisie commencée. L'odeur des crachats chez les phthisiques, sur laquelle les anciens insistaient tant, n'est pas caractéristique; ils ne sont pas d'ordinaire fétides comme dans la gangrène pulmonaire, cependant il n'est pas rare d'observer une expectoration fétide chez les phthisiques à cette période.

D'après Laënnec et Lebert, et Follin accepte ces idées, le tubercule, comme le cancer, est caractérisé par une cellule spécifique, que l'on reconnaîtra toujours au microscope. Aussi ces auteurs attachaient-ils une importance excessive à l'expectoration comme source de diagnostic. Les travaux de Lebert (et surtout son *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*, 1849), ont été le point de départ d'un nombre immense de travaux dans ce sens. Aujourd'hui on admet généralement que la matière tuberculeuse, ne se révèle à nous par aucun élément histologique spécial. Dans les crachats des phthisiques, comme dans ceux de la bronchite chronique, on trouve des cellules épithéliales, des globules de pus, des granulations, etc. etc. Seule, la présence bien constatée des fibres élastiques, d'un aspect spécial, peut servir à faire distinguer les crachats de la phthisie des crachats

de la bronchite : la présence de ces fibres ne peut être rapportée qu'à une affection ulcéralive des poulons. Ces fibres sont contournées, isolées ou réunies en faisceaux, différant chimiquement des globules de pus en ce que l'acide acétique ne dissout pas les fibres et dissout les globules de pus.

M. Fonssagrives a analysé un travail récent sur la manière de découvrir l'existence de ces fibres. « Le D^r Samuel Fenwick, dit-il, vient de consacrer, dans le journal *The Lancet*, un article intéressant à un procédé nouveau pour reconnaître, dans les crachats des phthisiques, des fragments de tissu pulmonaire. Il consiste à faire bouillir les crachats avec de la soude, et à laisser reposer : le mucus devient transparent, et les fibres élastiques du poulon se précipitent. Examinées au microscope sous un grossissement de 154 diamètres, elles offrent au diagnostic, dans les cas douteux, une ressource très-précieuse. » Le D^r Fenwick a basé son travail sur 141 faits minutieusement observés. « Sur vingt-trois cas de bronchites que l'état général ou les signes physiques rendaient suspects, le tissu pulmonaire a été retrouvé onze fois dans les crachats ; trois malades quittèrent l'hôpital peu après l'examen des crachats. Sur douze chez lesquels on ne trouva pas le tissu pulmonaire, six prirent leur exéat, et les six autres n'offrirent à l'observation que des cas de bronchite simple. »

BRONCHITE SCROFULEUSE. — La diathèse scrofuleuse est caractérisée par une tendance très-marquée aux congestions passives des muqueuses. Ainsi, il y a souvent coryza, angines, laryngites, bronchites. La bronchite scrofuleuse peut encore provenir de l'engorgement des ganglions bronchiques, les engorgements ganglionnaires étant une des principales manifestations de la scrofule. La bronchite scrofuleuse passe vite à l'état chronique, si elle n'est chronique d'emblée.

BRONCHITE SYPHILITIQUE. — La bronchite syphilitique primaire, ou chancre des bronches, n'est pas connue, du moins aujourd'hui où le virus syphilitique est fixe. La bronchite correspondant aux accidents secondaires peut être érythémateuse, c'est-à-dire en plaques rouges ou grises : elle correspond alors à la roséole. Elle peut être aussi par plaques muqueuses, et coïncide alors avec la syphilide papuleuse. La bronchite syphilitique ter-

tiaire a une forme ulcéreuse coïncidant souvent avec le rupia; ces ulcères peuvent être serpiginoux et perforants. Elle est aussi quelquefois la manifestation d'une tumeur gommeuse qui peut se fondre ou s'ulcérer. Des engorgements ganglionnaires, des œdèmes sous-muqueux, des périostoses à la face antérieure des vertèbres dorsales, peuvent aussi être la cause d'un catarrhe syphilitique. On voit quelquefois des accidents formidables du côté des bronches mettre la vie en danger, et on ne peut s'en rendre maître si l'on ne pense à leur origine syphilitique. Les anciens disaient: « Dans le doute, abstiens-toi ». Ici, c'est le contraire. Étant dans le doute sur la nature syphilitique d'une affection, on interroge le malade par le mercure ou l'iode de potassium. C'est la méthode appelée: *A juvantibus et ludentibus*, méthode dont il ne faut pas abuser.

BRONCHITE CANCÉREUSE. — Cette bronchite est rare, mais la cause, étant une maladie *totius substantiæ*, peut se localiser sur les bronches comme sur un autre organe. Un cancer du voisinage peut amener l'engorgement des ganglions bronchiques, qui serait la cause de la bronchite cancéreuse.

Bronchites symptomatiques d'un état morbide général non diathésique.

BRONCHITE TYPHOÏDE. — Les individus atteints de fièvre typhoïde peuvent avoir une bronchite franche, comme les individus en état de santé. Cette bronchite apparaîtra dès le début et sera caractérisée par les divers symptômes de la bronchite simple. Mais il y a une bronchite symptomatique de la fièvre typhoïde, n'apparaissant pas d'ordinaire tout à fait au début, et ne se révélant ni par la toux ni par l'expectoration, qui manquent souvent, d'après Beau, à cause de l'analgésie des muqueuses. L'oppression existant déjà n'est pas sensiblement augmentée. Si l'on n'a pas recours à l'auscultation, cette bronchite pourra passer inaperçue. Cependant, la toux n'est pas rare, et l'on observe parfois des crachats muqueux. L'auscultation révèle des râles sonores et sous-crépitaux à la partie postérieure et infé-

ricure de la poitrine, siège de l'hypostase sanguine. Quand les râles sont accentués en avant et au sommet, on doit craindre la présence de tubercules pulmonaires, soit que la fièvre typhoïde supposée ne soit qu'une granulie, soit que la bronchite typhoïde n'ait amené que l'éclosion des tubercules. La bronchite typhoïde est le plus souvent purement congestive, de la nature des congestions qui peuvent se faire vers le cerveau, dans la même maladie.

BRONCHITE INTERMITTENTE. — C'est une bronchite qui se révèle à une heure donnée, et disparaît dans l'intervalle, au point qu'un individu qui à 8 heures, au commencement de la visite de l'hôpital, aura les râles de bronchite très-accentués, n'aura à la fin de la visite, à 10 heures par exemple, aucun râle dans la poitrine. Le D^r Bouchard¹ parle d'une bronchite à type tierce apparaissant avec intensité à 10 heures du soir, pour disparaître entièrement à 4 heures du matin. Nous n'avons pas nous-même observé de cas de bronchite intermittente, mais nous avons vu un cas de pneumonie intermittente pendant l'hiver de 1872, à l'Hôpital-Général, chez un vieillard nommé Pascal. Cette observation, que nous avons prise avec soin, a été relatée dans une *Thèse sur la pneumonie des vieillards*. Un interne très-distingué des hôpitaux de Montpellier, M. Grasset, dans sa Thèse inaugurale (*Les affections chroniques des voies respiratoires de nature paludéenne*), a rapporté des cas de bronchite aiguë intermittente où le malade ne toussait et n'avait les divers signes de la bronchite que pendant l'accès de fièvre. Après l'accès, la toux disparaissait, pour revenir au prochain retour de la fièvre.

BRONCHITES DE LA ROUGEOLE. — La rougeole est une fièvre éruptive qui frappe les membranes muqueuses avant la peau; toute la membrane muqueuse respiratoire est plus ou moins prise: coryza, voix enrouée, toux. C'est une véritable éruption interne qui précède l'éruption externe et qui persiste après l'apparition de cette dernière. Au début, il est difficile de distinguer une rougeole d'une fièvre catarrhale, car ce sont les mêmes

¹ Bouchard; Journal de médecine et de chirurgie pratiques, tom. VIII, pag. 229. 1837.

symptômes ; ce n'est que lorsque l'éruption a paru que la question est décidée. Ainsi, on ne doit pas se prononcer trop tôt ; s'il y a une épidémie de rougeoles, et que ces symptômes se présentent chez les enfants, il y a probabilité pour la rougeole.

La bronchite de la rougeole est phlegmasique, ou est un exemple qui réunit, comme le disait Laënnec, les inflammations aux congestions. Légère dans les rougeoles bénignes, cette bronchite peut acquérir une intensité considérable dans les rougeoles malignes, et aggraver le pronostic. Les râles bronchiques sont très-accentués. L'expectoration se compose quelquefois d'un liquide séro-purulent très-abondant, à la surface duquel surnagent des crachats muqueux, épais, jaunâtres, puriformes. Il importe d'être prévenu du caractère de ces crachats, qui semblent être produits par des cavernes tuberculeuses. D'ailleurs, l'auscultation fait entendre les râles sous-crépitaux vers les régions inférieure et moyenne des deux côtés de la poitrine, et on voit les râles diminuer avec l'éruption.

BRONCHITE DE LA SCARLATINE. — « La scarlatine est une maladie essentiellement angineuse; elle n'aime pas le larynx » (Trousseau). Ainsi, les voies respiratoires sont rarement modifiées dans la scarlatine. S'il y a bronchite, c'est le plus souvent par coïncidence, et non comme symptôme appartenant à la fièvre éruptive.

BRONCHITE DE LA VARIOLE. — Les pustules de la variole peuvent se propager au pharynx, mais il est rare qu'elles gagnent les voies respiratoires.

BRONCHITE ÉRYSIPELATEUSE. — C'est une bronchite spécifique comme les bronchites des autres fièvres éruptives, car l'érysipèle médical, le seul dont nous nous occupions ici, est une véritable fièvre éruptive avec ses diverses périodes, et que l'on doit ranger à côté de la variole, de la rougeole et de la scarlatine. Il ne diffère des autres fièvres éruptives qu'en ce qu'il ne donne pas, comme elle, l'immunité ; au contraire, une première atteinte d'érysipèle prédispose à une nouvelle. On ajoutait, comme différence, que l'érysipèle n'était pas inoculable, mais dans ces derniers temps des travaux allemands ont démontré son inoculabilité. On prend de la

sérosité des phlyctènes, et on l'injecte chez des animaux : on provoque alors un érysipèle avec des phlyctènes analogues. On remarque que ce sont les vibrioniens et les bactéries qui sont les agents actifs de l'inoculation, et non le liquide lui-même. Il en est de cela comme de l'inoculation de la variole, où Chauveau a vu que ce n'était pas le liquide des pustules, mais bien les vibrioniens et les bactéries qui s'inoculaient.

L'érysipèle peut amener une bronchite par propagation, ou bien par métastase; la bronchite érysipélateuse peut même se développer primitivement et avoir pour crise un érysipèle à la face. L'érysipèle interne ne peut être mis en doute, depuis les beaux travaux de Goupil, Gubler, Cornil, travaux qui n'ont fait d'ailleurs que confirmer les idées Hippocratiques à ce sujet. La métastase de l'érysipèle sur les bronches n'est pas très-rare; cependant, dans l'érysipèle, on craint surtout les trois métastases suivantes : la pleuro-pneumonie, l'angine et la méningite. Les causes les plus fréquentes des métastases de l'érysipèle sont : le spasme des parties externes (stade de la fièvre intermittente), les topiques froids, les astringents, les saignées, les purgatifs donnés trop tôt ou précipités.

« L'érysipèle qui rentre est plus grave que celui qui sort », a dit Cornil après Hippocrate : *Erysipelas foras effusum intro versum minime bonum; et ab interioribus foras bonum* (Aph. 25, sect. VI).

La bronchite érysipélateuse est assez grave, à cause de ses conséquences possibles; elle peut en effet se terminer par une bronchite capillaire, une broncho-pneumonie, et même la phthisie galopante, ainsi que Peter l'a observé une fois chez un individu dont l'affection tuberculeuse était latente jusque-là.

BRONCHITE DIPHTHÉRITIQUE.—La bronchite diphthéritique est la localisation sur les bronches d'un état général spécifique, infectieux, contagieux, épidémique, appelé diphthérie ou diphthérite; elle est à la bronchite simple comme le croup à la laryngite simple. Pour les Allemands, toutes les affections fibrineuses sont diphthéritiques : c'est une confusion anatomique provenant d'une anatomie pathologique mal comprise. Seule la notion de spécificité peut faire éviter cette erreur, et seule la clinique peut donner

cette notion, la vie étant le réactif à l'aide duquel se reconnaît la spécificité.

La bronchite diphthéritique est une inflammation spécifique de la muqueuse bronchique dépendant d'un état morbide général spécifique, inflammation caractérisée par une exsudation fibrineuse qui s'étale en couche adhérente à la surface de cette muqueuse, se reproduit après ablation pendant un temps limité, et possède une grande tendance à envahir de proche en proche les parties voisines, d'où elle peut elle-même provenir. Les causes de cette affection sont spécifiques comme l'état morbide lui-même, nous ne pouvons les connaître à fond ; celles qui nous frappent sont des causes banales, pouvant s'appliquer aussi bien à l'affection catarrhale qu'à la diphthérie. Ainsi, le froid humide produira tantôt une bronchite catarrhale, tantôt une bronchite diphthéritique. Nous sommes encore tenus ici d'admettre un *quid ignotum*, plutôt que de donner des explications qui ne satisfont pas l'esprit : *Melius est sistere gradum, quàm progredi per tenebras*. L'âge a été aussi invoqué comme cause. Les enfants sont plus sujets à l'angine diphthéritique et au croup : *Pueri ad pubertatem usque vitio hoc tentantur ; idem puellis etiam, donec per menstrua purgari incipiant*, dit Arétée.

Les adultes, au contraire, sont plus sujets à la bronchite diphthéritique. Le sexe masculin semble être affecté de préférence. Le tempérament lymphatique exagéré, une constitution débilitée, la misère, sont encore des causes prédisposantes. Sous l'influence de ces causes, qui n'ont rien de spécial, on voit quelquefois naître spontanément la bronchite diphthéritique ; le plus souvent, cependant, cette dernière est le résultat de l'infection ou celui de la contagion : la maladie se développe par infection, en temps d'épidémie, chez un sujet non en rapport avec un diphthéritique quelconque ; elle se développe par contagion quand l'origine du mal est plutôt un contact. La bronchite diphthéritique la plus bénigne, même sporadique, est aussi bien contagieuse que la bronchite maligne, épidémique. La contagion se fait à distance, ou par contact immédiat. Cependant il faut savoir que, pas plus que les autres formes de la diphthérie, la bronchite n'est inoculable, comme il résulte des belles expériences de Trousseau, Peter, Reynal. Des faits nombreux

de contagion survenus dans des conditions parfaitement connues ont permis de fixer l'incubation de la bronchite diphthéritique de huit à quinze jours. La bronchite diphthéritique peut se montrer primitivement isolée, c'est-à-dire, sans coïncidence de croup laryngé ou d'angine diphthéritique ; mais souvent elle est la conséquence de la propagation du croup. Millard a signalé la diphthérie des bronches comme complication fréquente du croup ; il rapporte dans sa Thèse 16 cas de cette complication sur 55 observations de croup. Peter ¹ a examiné l'état des bronches sur 105 nécropsies de croup : 52 fois il a trouvé des fausses membranes dans les canaux bronchiques. Toutes les formes de la diphthérie peuvent engendrer la bronchite. La diphthérie ressemble aux fièvres éruptives par la période d'incubation, sa contagiosité et sa forme épidémique ; elle en diffère en ce qu'elle n'est pas inoculable, du moins jusqu'à ce jour, et en ce qu'elle ne donne pas l'immunité. Le D^r Gillette mourut d'angine couenneuse trente ans après avoir eu le croup.

Symptômes. — Les débuts sont quelquefois très-légers et ressemblent aux prodromes d'une bronchite simple, ce n'est qu'au bout de quelques jours que les symptômes s'aggravent brusquement ; d'autres fois il n'y a pas de prodromes, et la gravité de l'affection se révèle dès le moment de l'invasion. On observe souvent un frisson intense, de la céphalalgie, du délire, de la soif, de la constipation ; il y a gêne considérable de la respiration, qui est très-accélérée ; une toux fréquente pénible, piquante, quinteuse. Le malade, oppressé, ressent une douleur plus ou moins vive derrière le sternum. L'auscultation révèle, au commencement, une diminution du murmure vésiculaire, affaibli ou masqué par du râle sonore si la membrane est sèche, pas de râle muqueux si la membrane est humide ; le rhonchus sonore peut être remplacé par un gros râle vibrant, et l'oreille perçoit un bruit de tremblement, bruit de drapeau, bruit de soupape, produits sans doute par quelque lambeau flottant de fausses membranes. L'expectoration est digne d'attention, et aide très-puissamment au diagnostic : les crachats

¹ Peter ; Des lésions bronchiques et pulmonaires, et particulièrement de la bronchite pseudo-membraneuse dans le croup. (Gazette hebdomadaire de méd. et de chirurg., pag. 468. 1863.)

sont d'abord blancs, muqueux, mousseux, filants ; ensuite les fausses membranes, se détachant, sont expulsées par l'expectoration et se présentent sous des formes diverses que les uns ont comparées à un tenia, à cause de leur forme rubanée, les autres à du macaroni bouilli, à cause de leur consistance, de leur couleur et de leurs tubulures ; ces fausses membranes ont une disposition canaliculée se continuant très-loin : en les insufflant, on peut leur faire reproduire le moule interne des portions de l'arbre aérien où elles ont pris naissance, et voir les arborisations bronchiques. Dans chaque expectoration on ne trouve pas de fausses membranes : c'est surtout à la suite d'une quinte de toux qu'on en voit apparaître : l'oppression du malade diminue après l'excrétion des produits morbides, l'état général est meilleur et les râles sont moins accusés. Après quelques alternatives, quelques retours de quintes suivies d'expectoration pseudo-membraneuse, la maladie peut se terminer par la guérison. Mais cette terminaison favorable est loin d'être générale. Malgré le rejet de ces fausses membranes, il s'en produit de nouvelles très-rapidement, qui amènent la mort du malade, soit par asphyxie, soit par complication du côté du poumon ou du péricarde, soit par l'exagération des symptômes généraux.

Quand la bronchite diphthéritique doit être mortelle, elle dure d'ordinaire cinq ou six jours. Si elle se termine par la guérison, la convalescence ne commence guère avant le quinzième jour. La convalescence doit être bien surveillée. « La convalescence, dit Borden¹, est une sorte de maladie. On peut la comparer au travail d'une grande cicatrice. » Dans la convalescence de cette bronchite, on doit craindre les paralysies diphthériques, qui surviennent aussi bien après les cas légers qu'après les cas graves. Le voile du palais est ordinairement pris d'abord, et quelquefois uniquement ; mais souvent la paralysie s'étend aux membres inférieurs, puis supérieurs, tronc, etc. L'akinésie de ces individus va rarement au-delà de la paralysie incomplète ou parésie. Couchés, ils meuvent leurs membres, mais la force du mouvement est insuffisante pour permettre la marche ou même la station debout.

¹ Borden ; Œuvres complètes : Recherches sur le pouls, tom. I, pag. 378.

Comment expliquer ces paralysies ? On peut admettre, avec M. Jaccoud, que la lésion pharyngée, laryngée ou bronchique, agit par action centripète sur les vaso-moteurs des centres nerveux, de manière à modifier momentanément la nutrition de ceux-ci, au point d'en amoindrir la puissance fonctionnelle. Gubler envisage les paralysies comme une simple faiblesse musculaire résultant de la convalescence, et ne présentant avec la diphthérie aucun rapport particulier.

BRONCHITE SCORBUTIQUE. — Cette bronchite est aussi rare que le scorbut dans notre pays et à notre époque. Elle coïncide avec le purpura, avec une tendance prononcée aux hémorrhagies, et a pour cause une nourriture mauvaise et insuffisante.

Bronchites symptomatiques d'un état morbide local.

BRONCHITE SYMPTOMATIQUE DE LA GANGRÈNE DU POUMON. — Quand cette bronchite paraît, les symptômes généraux sont déjà intenses : la fièvre, la prostration, sont considérables ; on observe des crachats de sang noirâtre, suivis de crachats d'un aspect grisâtre dont l'odeur est tellement fétide qu'elle est caractéristique de la lésion.

BRONCHITE SYMPTOMATIQUE D'UNE AFFECTION CARDIAQUE. — Toutes les lésions du cœur retentissent de près ou de loin sur les bronches, de même qu'une lésion bronchique prolongée peut amener une lésion du cœur. Les artères bronchiques viennent de l'aorte et des intercostales. Elles fournissent du sang rouge aux bronches, ensuite une partie revient dans les veines bronchiques, de là à l'azygos, tandis que l'autre s'anastomose avec le sang noir des veines pulmonaires. On comprend donc l'action des lésions des deux cœurs : une hypertrophie du ventricule gauche, une insuffisance aortique, projettent un excès de sang dans les artères bronchiques, d'où congestion active ; un rétrécissement auriculo-ventriculaire, droit ou gauche, a pour effet de congestionner passivement les bronches. Un rétrécissement de l'artère pulmonaire, l'insuffisance tricuspide et mitrale, aboutissent aux mêmes résultats ; ces congestions habituelles de la muqueuse des

bronches prédisposent aux catarrhes. Ces sortes de bronchites sont caractérisées par une dyspnée et une oppression qui se traduisent par le faciès cardiaque. On entend des râles sous-crépitaux plus ou moins fixes dans les régions postérieure et inférieure.

BRONCHITE SYMPTOMATIQUE DE L'ENGORGEMENT GANGLIONNAIRE. — L'engorgement des ganglions bronchiques peut provenir de diverses causes : scrofule, syphilis, tubercules, d'une irritation locale ou du voisinage. La toux est sèche, pénible au début avec des crachats muqueux d'abord, puis mucopurulents avec concrétions solides ou petites masses indurées, qui pourraient faire penser aux crachats des phthisiques à la dernière période, si l'auscultation ne renseignait en révélant les sommets du poumon sains, ou dans tous les cas non excavés, comme ils devraient l'être si ces masses provenaient du parenchyme pulmonaire.

BRONCHITE SYMPTOMATIQUE DE LA PNEUMONIE. — La bronchite peut être compliquée de pneumonie, et la pneumonie de bronchite : cette dernière complication est la plus fréquente. On distinguera par l'auscultation les râles muqueux inégaux, très-humides, au milieu de râles crépitaux presque secs, fins, égaux, et ne s'entendant qu'à l'inspiration, tandis que les râles bronchiques s'entendent aux deux temps. Ce qu'il y a de frappant ici, c'est l'intensité de la fièvre correspondant à cette bronchite : les crachats sont plus ou moins teintés de rouge, visqueux et adhérents au vase.

BRONCHITE SYMPTOMATIQUE DE LA PLEURÉSIE. — Moins fréquente que la précédente, quoique au déclin d'un épanchement pleurétique il survienne assez souvent une bronchite. On sait que dans l'épanchement pleurétique, il y a tassement du poumon et absence du murmure vésiculaire, qui est remplacé par du souffle bronchique. Dans le cas de bronchite, l'oreille sera frappée par des râles bulleux très-bruyants et très-gros, pouvant simuler des cavernes tuberculeuses, mais encore ici le siège de ces râles servira au diagnostic.

BRONCHITE SYMPTOMATIQUE DE LA COQUELUCHE. — La coqueluche commence le plus souvent comme un simple catarrhe. Dans quinze cas, Trou-

seau n'a vu manquer ce catarrhe initial que deux fois seulement. Il est souvent très-difficile, dans cette période, de reconnaître si l'on aura affaire à une coqueluche ou à une simple bronchite : on craindra pour la coqueluche si l'enfant a eu des rapports avec d'autres enfants qui en soient atteints, et si le rhume donne lieu à des quintes se répétant plusieurs fois par minute. Après quelques jours, la toux devient convulsive, et alors se présentent des accès plus ou moins rapprochés, où la toux est brusque, saccadée, fêrine, avec des convulsions que nous n'avons pas à décrire. L'accès se termine par le rejet d'un liquide glaireux, filant, incolore, souvent mêlé à des matières alimentaires.

Pendant l'accès, l'auscultation donne un sifflement à l'inspiration, et un signe négatif d'une grande importance, c'est l'absence complète du murmure vésiculaire. Dans l'intervalle des accès, on entend souvent les râles ordinaires de la bronchite, mais non constamment. Quand les quintes sont plus rares, moins violentes et moins longues, les mucosités expectorées à la fin des accès sont plus épaisses. Plus tard, le sifflement inspiratoire s'affaiblit et s'éteint ; la toux redevient simple et persiste encore quelque temps pour disparaître, à moins qu'une excitation quelconque ne lui fasse reprendre le caractère spasmodique. On doit craindre que la bronchite ne se complique de pneumonie.

BRONCHITE DE L'ASTHME. — Elle est caractérisée par une toux sèche, courte, précipitée, devenant peu à peu grasse : l'expectoration, nulle au début, se compose bientôt de flots de sérosité spumeuse, pure ou mêlée de petits crachats grisâtres. On voit quelquefois des matières visqueuses, blanches, opaques, semblables à une solution de gomme ou à du blanc d'œuf, sous forme de crachats arrondis ou filiformes, analogues à du vermicelle cuit. A l'auscultation, on perçoit des râles vibrants de toutes sortes, sibilants, ronflants, qu'on entend souvent à distance ; plus tard, les râles secs sont remplacés par des râles sous-crépitants, coïncidant avec la sécrétion d'une grande quantité de mucus bronchique.

BRONCHITE DE L'EMPHYSÈME. — La bronchite existe très-souvent dans l'emphysème, qui n'est lui-même le plus souvent que le dernier terme

d'une longue série de bronchites. Les trois signes cliniques de l'emphysème sont: la voussure du thorax, la sonorité et l'absence du murmure vésiculaire. Dans la bronchite de l'emphysème, on doit ajouter à la diminution ou à l'absence du murmure vésiculaire les diverses variétés des râles sibilants et ronflants (roucoulement de tourterelle, corde de basse, etc.), et les bulles du râle sous-crépitant. La toux est tantôt légère, tantôt intense. Dans la première période, les crachats sont mousseux, aérés, quelquefois perlés et nacrés. Si les râles secs sont remplacés par les râles humides, on observe les crachats de la deuxième période de la bronchite, c'est-à-dire les crachats verdâtres, opaques, peu aérés, grisâtres et légèrement striés de sang.

BRONCHITE DES COLLECTIONS PURULENTES. — Les collections purulentes du poumon, de la plèvre, du médiastin et des viscères abdominaux peuvent se livrer un passage dans les canaux bronchiques et être éliminés par l'expectoration. Cette vomique purulente est subite et correspond à un gros gargouillement, à un souffle amphorique ou caverneux dans un des côtés de la poitrine. La marche quelquefois longue de ces abcès est facilitée par l'inflammation adhésive des feuillets du péritoine, qui s'ulcère peu à peu, sans qu'il se fasse un épanchement dans sa cavité.

M. Triadou¹, interne à l'hôpital Saint-Éloi, rapporte une observation très-intéressante sur les collections purulentes qui nous occupent. Un vaste abcès enkysté du foie, caché sous les parois costales, a pu refouler la portion droite du diaphragme jusqu'au niveau de la troisième côte droite, en simulant parfaitement un épanchement dans la cavité pleurétique droite, et s'est évacué par la voie des bronches. Le professeur Benoit² a inséré dans le même journal une observation qui lui a été communiquée par le D^r Ravanat, ex-interne des hôpitaux de Grenoble, ayant traité à un abcès du rein droit dans les bronches. On avait cru le malade phthisique, et on l'avait traité comme tel.

¹ Triadou; Montpellier médical, pag. 125. 1862.

² Benoit; Montpellier médical, pag. 334. 1862.

BRONCHITE DE L'ANÉVRYSME DE LA CROSSE DE L'AORTE. — L'anévrysme de la crosse de l'aorte comprime en arrière la trachée et la bronche gauche, diminue son calibre et y provoque l'inflammation. La toux est très-fatigante ; la dyspnée intense.

A l'auscultation, on entend un râle trachéal et les bruits vasculaires anormaux, simples ou doubles, propres aux anévrysmes de l'aorte.

BRONCHITES SYMPATHIQUES OU RÉFLEXES.

BRONCHITE DE LA DENTITION. — Au moment de la première dentition, les enfants sont sujets à certains troubles qui réagiront, pour les uns sur l'appareil digestif (entéro-colite), pour d'autres sur l'appareil cérébral (méningite), pour d'autres, enfin, sur les voies respiratoires (laryngite, bronchite).

Cette bronchite est bénigne, coïncide avec la constipation et semble incompatible avec le flux diarrhéique. Elle est caractérisée par la toux, sans râles dans la poitrine.

BRONCHITE VERMINEUSE. — Les accidents des vers dans le tube digestif sont quelquefois purement locaux ; d'autres fois il se propagent par la voie des sympathies ou par action réflexe aux parties éloignées. Mais il ne faut pas faire comme des gens du monde (et quelques médecins sont encore gens du monde sur ce point), qui voient des vers dans toutes les maladies.

On ne peut nier toutefois certains phénomènes qui sont sous la dépendance des helminthes : la bronchite s'observe assez souvent dans l'affection vermineuse. Elle est caractérisée par une toux fréquente accompagnée de chatouillement dans le larynx, sèche, creuse, presque férine.

Cette espèce de bronchite a été signalée depuis longtemps. Mercurialis, Sennert, Mercatus et van den Bosch parlent de la bronchite sympathique des vers intestinaux. La toux peut provenir quelquefois de la pénétration d'un ascaride dans les voies aériennes ; elle est alors autrement grave.

Haller rapporte avoir trouvé dans les bronches d'une fille de 10 ans des vers intestinaux qui avaient causé la mort par suffocation. Tonnelé¹ rapporte l'histoire d'un enfant qui mourut en quinze heures, et chez lequel on trouva un lombric dans le larynx. La bronchite sympathique est moins grave et de courte durée, quand sa nature est bien connue. Graves parle d'une bronchite d'une dame résistant à tous les traitements, guérie par une vieille femme, avec un mélange d'huile de térébenthine et d'huile de castor pour la délivrer d'une colique subite. La dame rendit des ténias et fut guérie de sa toux.

BRONCHITE HYSTÉRIQUE. — On voit souvent chez quelques hystériques, sans aucune cause appréciable, une toux convulsive tout à fait caractéristique. Elle est rauque, brusque, saccadée, consistant en une seule expiration très-forte, quelquefois analogue à l'aboïement, et presque incessante, revenant sans relâche, dans certains cas deux ou trois fois par minute. Cette toux, que le sommeil seul suspend, peut persister des mois entiers, des années même, et dégénérer parfois en un véritable tic incurable. Le pouls est fréquent, mais c'est le pouls fréquent de l'hystérie, et non celui de l'inflammation ou de la fièvre.

BRONCHITE GASTRIQUE. — Elle est due à un acte réflexe par les rameaux gastriques du nerf vague, acte réflexe qui n'avait pas échappé à la sagacité de Frédéric Hoffmann. Elle est produite accidentellement par l'embarras gastrique, ou bien elle existe comme phénomène habituel chez les individus dyspeptiques. Cette toux gastrique est ordinairement sèche, sans crachats; elle cesse pour quelque temps après un vomissement, soit spontané, soit provoqué. L'examen de la poitrine donne des résultats négatifs.

BRONCHITE HÉPATIQUE. — Elle est due, soit à l'hypertrophie, soit à l'inflammation du foie par action directe ou réflexe. Quand la toux est due à l'hypertrophie du foie, elle offre les mêmes caractères que la toux déterminée par l'ascite ou toute autre intumescence du ventre; elle est brève,

¹ Tonnelé; Journal hebdomadaire. 1829.

petite et sèche. C'est en parlant d'elle que Galien a dit : *Quæ tussis, magis tussicula cupiditas est, quam vera tussicula*. Outre cette bronchite à cause mécanique, il en est une autre, sympathique d'une affection du foie, qui, loin d'être caractérisée par une toux brève et peu marquée, a une toux forte, pénible. L'examen attentif du malade fera connaître l'affection hépatique et éloigner l'idée d'une pleurésie, par la percussion et l'auscultation.

Telles sont les diverses espèces de bronchites étudiées d'après leurs causes. Nous avons vu que leur siège était de préférence sur les grosses et moyennes bronches. Disons maintenant quelques mots de la bronchite qui a pour siège les petites bronches.

BRONCHITE CAPILLAIRE.—La bronchite capillaire, fréquente surtout chez les enfants, peut aussi être constatée chez l'adulte; elle succède le plus souvent à la bronchite des grosses bronches, et principalement à la bronchite symptomatique des fièvres éruptives. Cependant elle peut débiter d'emblée avec tous ses caractères : toux sèche, profonde, arrivant quelquefois par quintes, à la suite desquelles l'oppression est extrême. Le pouls atteint une vitesse excessive (120 à 160), et les mouvements respiratoires chez les enfants sont de 50 à 80 par minute, et chez les adultes de 40 à 60. On entend des râles sibilants simulants, suivant l'expression métaphorique de Récamier, un bruit de tempête, et bientôt suivi d'un râle sous-crépitant fin qui s'entend surtout à la base de la poitrine et en arrière. Plus tard, surviennent des râles muqueux à grosses bulles et des râles ronflants.

L'expectoration est nulle chez les enfants; chez les adultes, elle est difficile et se compose d'une matière plus ou moins épaisse, non aérée, d'un blanc jaunâtre et de mucosités filantes, parfois mousseuses et striées de sang. La durée de la bronchite capillaire est de six à huit jours. La mort peut arriver par asphyxie, les bronches étant obstruées, ou bien subitement dans une syncope déterminée par la formation d'un caillot dans les cavités cardiaques. Si la terminaison doit être heureuse, après des alternatives de mieux et de pire, la fièvre cesse peu à peu, l'expectoration devient facile et abondante, l'oppression se dissipe, et le malade entre en convalescence.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La bronchite aiguë peut avoir trois périodes, elle peut aussi spécialement s'arrêter à l'une d'elles : 1° la tuméfaction, la congestion, la sécheresse, dominant ; 2° l'hypersécrétion de mucus sans prolifération cellulaire ; 3° la prolifération superficielle ou profonde, crachats chargés de cellules et de pus.

La muqueuse bronchique est d'un rouge très-intense, recouverte de mucosités, surtout dans les petites bronches, d'où elles n'ont pu être expulsées. La lésion de la muqueuse n'est pas toujours en rapport avec les symptômes de la bronchite. Ainsi, souvent, dans une bronchite idiopathique aiguë, la muqueuse ne sera altérée que partiellement, tandis que dans la bronchite typhoïde, qui est toute latente, la muqueuse est rouge partout et quelquefois ramollie sur certains points.

Dans la bronchite pseudo-membraneuse ou diphthéritique, la muqueuse est intacte, modifiée seulement par la phlogose : le produit semble adhérer par agglutination plutôt que par des liens vasculaires. La muqueuse peut se présenter sous trois aspects, qui représentent trois phases successives du travail d'exsudation syphilitique. On peut avoir la rougeur sans fausse membrane, la fausse membrane avec rougeur, la fausse membrane sans rougeur. Les fausses membranes sont d'abord molles et diffluentes, puis concrètes, et enfin pulpeuses. Ces fausses membranes sont constituées par de la fibrine, de l'albumine unies en proportion variable, insolubles dans l'eau et les acides, solubles dans les alcalis concentrés. On trouve en même temps les ganglions bronchiques tuméfiés.

Les lésions bronchiques retentissent souvent sur le voisinage : on peut trouver des noyaux broncho-pneumoniques ; il y a souvent emphysème, dilatation ou rétrécissement bronchique, suite de l'altération de nutrition de la muqueuse. Peacock a noté dans les diverses bronchites une altération fréquente du centre circulatoire : elle consiste dans une hypertrophie avec dilatation du ventricule droit, et quelquefois aussi du ventricule gauche.

DIAGNOSTIC.

La bronchite légère, le simple rhume, ne peut être méconnu. Une toux, sèche d'abord, puis grasse, avec quelques râles disséminés, sans retentissement sur l'état général : tels sont les caractères qui ne permettent pas de confondre le simple rhume avec aucune autre maladie.

La bronchite fébrile intense sera moins facile à être distinguée de certaines autres lésions. Cependant le plus souvent l'absence de matité, le râle sous-crépitant qu'on entend à la base et en arrière, surtout des deux côtés, la douleur continue siégeant derrière le sternum, le mouvement fébrile modéré, les crachats muqueux, aérés, spumeux : tels sont les caractères qui permettront de séparer une bronchite d'une pneumonie, caractérisée au contraire par une matité augmentant avec les progrès de la lésion, le râle crépitant à bulles fines, égales, moins humides, permanentes, c'est-à-dire persistant en général, même après l'expectoration ; le râle crépitant ne s'entend que pendant l'inspiration et d'un seul côté (les pneumonies doubles étant rares). Il ne faut pas attacher une trop grande importance au râle crépitant, qui peut manquer dans certaines pneumonies. Ainsi, dans les pneumonies des vieillards et des enfants, le râle crépitant est souvent remplacé par le sous-crépitant à bulles plus grosses et moins égales, pouvant être entendu dans les deux temps de la respiration, quoique le plus souvent il soit plus accentué à l'inspiration. La douleur de la pneumonie est un point de côté à caractère pongitif, limité au mamelon ou un peu au-dessous et en dedans ; la fièvre est intense, la dyspnée considérable, les crachats rouillés, orangés. La marche de la maladie aide encore au diagnostic : ainsi, dans la pneumonie, le râle crépitant est bientôt remplacé par un souffle tubaire à son métallique, qui disparaîtra lui-même plus tard, pour donner naissance au râle crépitant de retour, à bulles plus grosses et plus humides que le râle crépitant du début si la pneumonie se termine par la résolution ; ces phénomènes n'ont pas lieu dans la bronchite.

Ce diagnostic, facile quand il s'agit de distinguer une pneumonie

lobulaire d'une bronchite, devient très-difficile quand la pneumonie est lobaire, qu'elle ne comprend qu'un point très-limité du poumon.

On ne confondra pas la bronchite avec la pleurésie, si l'on sait que cette dernière est caractérisée par la matité, des frottements pleuraux plus fins et plus secs que les râles sous-crépitaux. Les râles sous-crépitaux fins de la bronchite capillaire coïncideront avec une dyspnée et une oppression considérables, qui feront défaut dans la pleurésie. Les frottements pleuraux disparaissent bientôt, et il se développe souvent un épanchement avec voussure, matité et diminution plus ou moins complète du murmure vésiculaire; rien de semblable dans la bronchite, à moins de coïncidence avec une pleurodynie, et encore la voussure ne sera qu'apparente, la submatité peu marquée, le murmure vésiculaire légèrement diminué, provenant de ce que le malade, en faisant les mouvements respiratoires du côté malade, souffre beaucoup et restreint le plus possible leur étendue.

La phthisie aiguë au début pourrait en imposer pour une simple bronchite; mais la matité, les craquements au sommet du poumon, les douleurs entre les épaules et sous les clavicules, l'amaigrissement rapide, ne permettront pas de doute. Mais pour tous ces diagnostics, il faut se souvenir que ce n'est pas un seul signe qui suffit : *Unum signum, nullum signum.*

Nous ne nous étendrons pas plus longuement sur le diagnostic d'une lésion qui le plus souvent n'offre pas grande difficulté.

Quand nous avons dit bronchite, tout n'est pas fini, il faut savoir quelle est la nature de cette bronchite. Il n'y a pas de pleurésies, a dit Récamier, il n'y a que des pleurétiques; mot exagéré, mais qui n'en est pas moins très-vrai, et qui peut s'appliquer à toutes nos espèces morbides. En décrivant chaque espèce de bronchite, nous avons insisté sur leurs caractères distinctifs, nous ne ferions que nous répéter en y revenant ici.

PRONOSTIC.

Le pronostic varie suivant la nature et le siège de la bronchite, suivant l'âge de l'individu, l'état du sujet. La bronchite légère, apyrétique, guérit d'elle-même, après une durée de neuf jours, d'après l'opinion vulgaire.

La bronchite intense des grosses et des moyennes bronches a aussi une terminaison heureuse. Mais, si la bronchite siège dans les petites bronches, le pronostic est plus grave, surtout si c'est chez un enfant qui ne peut pas expectorer : là, l'asphyxie est imminente. Les vieillards ont aussi une prédisposition à l'asphyxie, car les bronches ont perdu leur ressort, par suite de l'induration de leurs éléments fibro-cartilagineux ; de plus, les cartilages costaux, ossifiés, limitent la contractilité des parois pectorales.

Les bronchites symptomatiques, toutes choses égales, sont plus graves.

Les bronchites métastatiques doivent faire réserver le pronostic. La bronchite, chez les personnes prédisposées à la tuberculose, est d'une gravité exceptionnelle ; M. le professeur Fossagrives l'a comparée, avec raison, à une bougie allumée qu'on promène au milieu d'un sac de poudre.

La bronchite diphthérique est le plus souvent mortelle, surtout quand les fausses membranes ne se limitent pas aux bronches, mais occupent tout l'arbre aérien.

Les bronchites aiguës symptomatiques d'une lésion cardiaque sont aussi à redouter, car les efforts de toux peuvent amener une syncope ou une embolie cérébrale.

TRAITEMENT.

Les indications thérapeutiques sont basées sur un bon diagnostic : c'est dans ce sens qu'il faut entendre cette maxime du Père de la médecine : *Qui sufficit ad cognoscendum medicus, sufficit quoque ad curandum*. Si l'on est bien fixé sur la nature d'une maladie, on pourra dire qu'elle est à moitié guérie, quand cette maladie est curable.

Barthez rapporte à trois classes toutes les méthodes thérapeutiques connues : la première comprend les méthodes *naturelles* ; la seconde les *analytiques* ; la troisième les *empiriques*.

1° Les méthodes naturelles sont celles qui ont pour objet de favoriser, d'accélérer ou de régulariser la marche des maladies qui tendent spontanément à une solution heureuse. Elles sont appliquées toutes les fois qu'une maladie aiguë a une tendance à la crise. On favorise cette tendance ; elle a pour maxime : *Quo natura veigit, eo ducendum*. Dans la bronchite

aiguë idiopathique, cette méthode sera employée, car on ne peut généralement pas enrayer la marche du catarrhe aigu.

2° Les méthodes analytiques sont celles où, après avoir décomposé une maladie dans les affections essentielles dont elle est le produit, ou dans les maladies plus simples qui s'y compliquent, on attaque directement ces éléments de la maladie par des moyens proportionnés à leurs rapports de force et d'influence¹. Cette méthode est la plus universellement employée.

3° « Les méthodes empiriques, dit Barthez, conviennent surtout aux maladies où l'on a lieu de craindre que les mouvements spontanés de la nature ne soient impuissants pour opérer la guérison, et dans celles qu'on ne peut décomposer en des éléments bien déterminés dont on puisse être assez sûr de remplir les indications. Il est absolument nécessaire d'y avoir recours dans les maladies que la nature seule ne guérit point, comme sont la fièvre intermittente maligne et la maladie vénérienne portée à un haut degré. »

La méthode empirique se subdivise en :

a. *Méthode spécifique*. — Cette méthode emploie des médicaments dont le mode d'action ne nous est connu que par l'expérience. La bronchite intermittente et la bronchite syphilitique seront traitées d'après cette méthode.

b. *Méthode perturbatrice*. — La méthode empirique devient perturbatrice quand la médication dévie ou change les mouvements morbides. Ainsi, les eaux sulfureuses, dans la bronchite chronique, troublent l'économie et provoquent une inflammation substitutive aiguë qui finira par se résoudre. L'hydrothérapie est le plus souvent employée comme médication perturbatrice.

c. *Méthode imitatrice*. — La méthode empirique s'appellera imitatrice quand elle tendra à déterminer la nature à des mouvements de fièvre ou

¹ Barthez : Des maladies gouteuses. Préface, pag. xii.

autres, conformes à ceux par lesquels elle guérit souvent des maladies semblables.

Les diurétiques, les purgatifs, les vésicatoires, dans l'hypersécrétion des bronches, sont des médicaments de la méthode imitatrice.

4° On peut ajouter à ces trois subdivisions Barthésiennes une quatrième méthode, la méthode *exploratrice*, qui a pour but de mettre en évidence le diagnostic d'une maladie. On emploie cette méthode quand, en présence de graves accidents du côté des bronches, on administre le mercure ou l'iode de potassium, de crainte qu'on n'ait affaire à une affection syphilitique. Une saignée exploratrice, pour savoir s'il y a oppression ou résolution des forces, rentre dans cette méthode.

BRONCHITE INFLAMMATOIRE. — La bronchite inflammatoire comprend trois indications principales : 1° combattre l'éréthisme du système sanguin ; 2° détourner le mouvement fluxionnaire ; 3° soutenir et relever les forces.

Andral et Grisolles croient les saignées inutiles. Nous ne sommes pas de leur avis, et nous pensons que les antiphlogistiques sont parfaitement indiqués dans la bronchite inflammatoire bien accusée, chez des individus vigoureux et sous une constitution médicale inflammatoire, et qu'ils remplissent nos deux premières indications. La fréquence et la tension du pouls, la chaleur intense de la peau, les yeux brillants, chez un sujet jeune et fort, indiquent un éréthisme général du système sanguin. Mais les divers symptômes inflammatoires peuvent coexister avec un pouls faible, déprimé ; les antiphlogistiques sont indiqués, car une saignée exploratrice rendra le pouls fort et tendu : les forces étaient à l'état d'oppression, et non de résolution. Certains praticiens préfèrent la saignée aux sangsues et aux ventouses scarifiées ; d'autres sont d'un avis opposé. Nous penchons pour une saignée de 250 gram. au début. Si les symptômes inflammatoires sont lents à disparaître, on appliquera, deux ou trois jours après, douze à quinze sangsues sur la poitrine ; il faut que les sangsues soient assez nombreuses, car dans le cas contraire elles ne feraient qu'attirer le sang sur la partie enflammée, au lieu de l'éliminer. Si l'on employait les sangsues au début tout à fait, on les mettrait à l'anus, loin du lieu où se prépare le travail morbide ; elles

agiraient alors comme révulsif puissant. Plus tard, quand le travail s'est complètement localisé, on doit les employer sur le lieu même comme dérivatif ; les révulsifs seuls seraient alors impruissants.

Quelques ventouses scarifiées sur la poitrine, variables de nombre selon leur grandeur, rempliront le même but. Bouillaud¹ a employé à cette affection les saignées générales et coup sur coup.

En nous résumant, nous dirons que les antiphlogistiques nous paraissent indiqués dans l'espèce de bronchite que nous étudions, mais il ne faut pas en abuser : *Utere, sed non abutere*. Stoll et Laënnec ont accusé les antiphlogistiques de favoriser les bronchites à répétition. Quoique cette opinion soit exagérée, on remplacera, souvent avantageusement, les antiphlogistiques directs par les antimoniaux, dont les propriétés antiphlogistiques ne le cèdent en rien à celles des émissions sanguines, dit Trousseau ; et tandis que, ajoute-t-il, ces dernières n'enlèvent à la phlegmasie ses éléments qu'à la condition d'épuiser le malade, les préparations antimoniales ont l'avantage de ne pas entraîner à leur suite cet affaiblissement, à moins qu'on ne les donne trop longtemps ; ils pourraient alors, le tartre stibié surtout, produire l'adynamie stibiée.

Les préparations antimoniales les plus employées sont : le tartre stibié, le kermès, l'oxyde blanc.

Le tartre stibié exerce une action dépressive sur le système nerveux, diminue la fièvre, pousse aux sueurs et aux urines : *In morbis pectoris ad vias urinæ ducendum est* (Baglivi). On peut le donner à la dose de 0,20 à 0,50 centigr. et même 1 gram. dans un looch, ou un julep, ou une potion à prendre par cuillerées toutes les heures. M. Fossagrives a préconisé la potion Rasorienne dans la bronchite profonde et étendue : elle a, dit-il, le triple avantage de solliciter quelques vomissements, toujours favorables dans ce cas, d'éteindre le travail phlegmasique dont la muqueuse est le siège, et de prévenir le passage toujours si regrettable de l'état aigu à l'état chronique.

Le kermès est employé plus souvent que le tartre stibié dans la bron-

¹ Bouillaud ; Clinique médicale de la Charité, tom. II. 1837.

clite, parce qu'il ne porte pas atteinte au capital des forces, quoique étant un antiplogistique puissant. On le donne à la dose 0,15 à 0,30 centigr. dans une potion gommeuse ou dans un looch blanc.

L'oxyde blanc d'antimoine, pour produire les mêmes effets que le kermès, doit être donné à des doses beaucoup plus fortes. Nous en avons vu de très-bons résultats dans le service militaire à l'hôpital Saint-Éloi, pendant que M. Batlle, professeur-agrégé, suppléait M. le médecin principal Bonduelle.

Les antimoniaux peuvent aussi être administrés dans la bronchite comme expectorants et comme vomitifs. Les tablettes de kermès sont commodes pour faciliter l'expectoration. Le D^r Blacker, dans une communication faite à la *Société médicale des hôpitaux*, le 9 mai 1873, parle de l'ulcération de la langue, suite du séjour pendant toute la nuit de la pastille de kermès sur la langue : peut-être le kermès contenait-il du tartre stibié, ainsi que le croit M. Bernutz. On donnera les antimoniaux comme vomitifs quand les mucosités s'accumuleront et seront expulsées avec difficulté. Beau a insisté sur les vomitifs dans le jeune âge, parce que les enfants n'expectorent pas, et le mucus, dans l'estomac, irrite la muqueuse par son acreté. Les chirurgiens s'opposent à la stagnation des liquides délétères dans les plaies, pourquoi le médecin ne les imiterait-il pas ?

Pour calmer la toux quand elle est intense, on emploiera les opiacés, tels que: sirop diacode, une pilule de cynoglosse, le sirop pectoral de Maloët; la belladone sera préférée à l'opium quand il y aura spasme des bronches. Si les opiacés sont contre-indiqués, on remplace l'opium par l'alcoolature d'aconit napol; l'eau de laurier-cerise, l'acide cyanhydrique officinal, l'extrait de jusquiame blanche, qui ont l'avantage d'agir sur la sensibilité sans congestionner le cerveau.

Tels sont les moyens que l'on mettra en usage dans la bronchite inflammatoire. On les aidera au début par les révulsifs excitants ou émollients, plutôt émollients quand la fièvre est considérable; de légers laxatifs seront de très-bons anti-fluxionnaires. On recommandera le séjour dans une atmosphère chaude et un peu humide, les boissons émollientes, mauve, guimauve, riz gommé. On ne prescrira la diète que si la fièvre est très-

prononcée ; dans tous les cas, on donnera des bouillons pour soutenir les forces. Cette troisième indication de soutenir et relever les forces est moins importante sans doute dans la bronchite inflammatoire, où il y a un excès de forces, que dans d'autres espèces de bronchites : il ne faut pas oublier cependant que l'organisme ne saurait supporter sans inconvénient un traitement antiphlogistique un peu long, si en même temps on ne soutenait les forces par de légers aliments.

A Montpellier, on a rarement à traiter des bronchites inflammatoires ; aussi ai-je peu vu employer dans les hôpitaux le traitement antiphlogistique contre la bronchite ; mais dans le pays où exerce mon père, cette espèce pathologique est très-fréquente, et les antiphlogistiques lui ont toujours réussi, sinon à juguler la maladie, comme le veut Bouillaud, du moins à en abrégé la durée.

BRONCHITE CATARRHALE. — M. le professeur Dupré, dans sa *Monographie des fluxions de poitrine de nature catarrhale*, a posé trois indications.

Nous ne croyons pas mieux faire que de résumer ici ces idées que nous avons vu si souvent mettre en pratique à l'hôpital :

1° Calmer l'état nerveux prédominant, et rétablir ou régulariser les fonctions de la peau ;

2° Détourner le mouvement fluxionnaire ;

3° Soutenir et relever les forces.

1° La première indication sera remplie par le séjour au lit, les boissons chaudes et diaphorétiques ; 0,30 centigr. de poudre de Dower le soir en se couchant, ou bien une pilule d'extrait gommeux d'opium. L'ipéca stibié comme vomitif : ipéca 1 gram., tartre stibié 0,05 centigr., a été employé depuis longtemps à Montpellier pour remplir la première indication, surtout quand l'opium est contre-indiqué.

2° Pour détourner le mouvement fluxionnaire, on n'emploiera pas ici les antiphlogistiques. Un bon moyen, est de faire infuser 1, 2, 3, 4 gram. d'ipécacuanha dans 120 gram. eau bouillante pendant un quart d'heure, d'y ajouter un sirop, et de donner cette infusion par cuillerées d'heure en heure. La tolérance est facile ; cependant il est bon de débarrasser les

voies digestives avant de commencer l'infusion, et si elle n'est pas facilement tolérée on y ajoute un sirop calmant.

L'infusion d'ipécacuanha a été nommée par M. Dupré : « le spécifique de l'affection catarrhale localisée sur les organes de la respiration ». En effet, elle combat l'élément nerveux, détourne la fluxion en provoquant des sueurs critiques, favorise la résolution des lésions locales en facilitant l'expectoration ; enfin elle exerce sur les forces une action salutaire. L'ipécacuanha, au lieu d'être hyposthénisant comme les antimoniaux, est un puissant tonique.

M. Pécholier, professeur-agrégé de cette École, dans un travail lu à l'Académie en 1864 sur l'*Action thérapeutique de l'ipéca*, affirme que dans la bronchite aiguë avec fièvre ce médicament hâte la cessation de la fièvre et de la toux.

L'action de l'ipéca est aidée par les vésicatoires, qui détournent la fluxion, activent la circulation, poussent à la peau et même souvent aux urines. Quelques médecins font un grand usage des emplâtres de thapsia ; nous en avons vu de très-bons effets.

On a conseillé l'eau froide en boisson ; par la sympathie de l'estomac avec le poumon, elle déplace, change l'irritation fixée sur les bronches, et guérit en peu de temps le catarrhe. Les vomitifs agissent de même.

3° Soutenir et relever les forces. Nous avons dit que l'ipécacuanha était déjà un moyen. La fièvre doit guider sur la quantité d'aliments, mais on ne doit jamais conseiller la diète absolue ; on donnera du bouillon, du vin, pourvu que la fièvre ne soit pas trop forte.

CATARRE ÉPIDÉMIQUE OU GRIPPE. — C'est une maladie dont on ne peut abrèger le cours ; on doit se borner à employer la méthode naturelle. Si l'affection est simple, superficielle, des soins généraux suffisent ; si elle est plus violente, la diète, le lit, les boissons délayantes seront employés. On doit respecter la fièvre, car dans ce cas la fièvre résout les spasmes : *febris spasmos solvit* ; on encourage les tendances critiques, les sueurs, la diarrhée. L'ipécacuanha sera donné avec avantage. L'état nerveux sera combattu par les sédatifs, les antispasmodiques, la belladone, l'assa fetida.

BRONCHITE BILIEUSE. — Elle sera traitée par les évacuants, soit de haut, soit de bas. On préférera les vomitifs, au début, si la langue est saburrale, s'il y a des nausées; on donnera plus tard les purgatifs, surtout s'il y a constipation; mais on s'adressera à un purgatif doux, tel que manne, huile de ricin. La diarrhée ne serait pas une contre-indication des purgatifs; au contraire, un purgatif salin guérira souvent la diarrhée en même temps que les symptômes bronchiques disparaîtront.

BRONCHITE TRAUMATIQUE. TOXIQUE. — Pour les individus exposés à des gaz irritants, à des poussières, l'art n'a pas d'action directe; on conseillera aux individus qui en sont atteints, si c'est possible, le changement de profession, ou bien on se contentera de traiter les symptômes dominateurs, tels que toux, oppression, insomnie, etc.

Quant aux bronchites provenant de l'action toxique de certains médicaments, belladone, iodure de potassium, mercure, l'indication est de diminuer la dose, ou même de suspendre tout à fait le médicament, comme l'Observation II en est un exemple.

BRONCHITE MÉTASTATIQUE. — Les bronchites métastatiques seront traitées par le rappel à l'extérieur de la manifestation diathésique primitive, par l'application d'un attractif énergique à l'endroit atteint avant la métastase; on appliquera dans ce but des vésicatoires, des frictions irritantes avec huile de croton tiglium, tartre stibié, ammoniac. Si l'on peut s'adresser directement à la diathèse soupçonnée, on le fera. Le Dr Wood *, croyant pouvoir rattacher au vice dartreux certaines variétés de bronchite, a employé, à l'exemple de Dioscoride, les préparations arsenicales; il se servit de la liqueur de Fowler à la dose de 3 à 5 gouttes par jour, et eut la satisfaction de guérir un malade d'une bronchite intense.

Comme traitement préventif de ces bronchites, on se gardera de toute intervention brusque pour soulager la douleur du malade ou hâter sa guérison. La goutte et l'herpétisme doivent surtout être respectés; le rhumatisme, qui est une affection moins diathésique, si je puis ainsi dire, est aussi

* Wood; Bulletin de thérapeutique, pag. 559. 1861.

moins métastatique, et on pourra, le plus souvent sans danger, intervenir pour soulager les douleurs atroces des rhumatisants à l'état aigu, qui n'ont d'égales que les douleurs de la péritonite.

BRONCHITES DIATHÉSIQUES NON MÉTASTATIQUES. BRONCHITE SCROFULEUSE.

— Le traitement de la diathèse par l'iodure de potassium, l'iodure de fer, suffira quelquefois pour faire disparaître la bronchite. On ne négligera pas cependant, de pair avec ces médicaments, les substances qui agissent directement sur les bronches.

BRONCHITE TUBERCULEUSE. — Connaissant la tendance de la bronchite à favoriser l'écllosion des tubercules chez les individus prédisposés, on conseillera à ces derniers toutes sortes de précautions hygiéniques pour éviter toute congestion du côté de la poitrine, précautions sur lesquelles M. Fossagrives a, avec raison, insisté¹. La bronchite une fois déclarée, que faire ? Nos moyens échouent à la guérir, car elle est souvent entretenue par la présence des tubercules, de même qu'elle-même provoque souvent ces derniers. Nous nous bornerons à calmer la toux qui, exagérée, favorise la congestion pulmonaire. L'opium est ici d'une grande utilité, surtout dans la période ultime de la phthisie : une pilule d'extrait gommeux d'opium, le soir, diminuera la toux et permettra un peu de sommeil.

BRONCHITE SYPHILITIQUE. — On s'adresse directement à la diathèse par le mercure ou l'iodure de potassium, selon la période de l'affection syphilitique : on a recours quelquefois aux deux à la fois.

BRONCHITE CANCÉREUSE. — Nous sommes jusqu'ici désarmés devant cette diathèse. On se contentera des traiter les symptômes exagérés, pour soulager le malade.

BRONCHITE TYPHOÏDE. — Les congestions passives qui se font du côté des bronches diminuent quelquefois considérablement le champ de l'hématose et sont alors un véritable sujet d'indication. MM. Béhier et Jaccoud

¹ Fossagrives ; Thérapeutique de la phthisie pulmonaire basée sur ses indications. Paris, 1866.

disent avoir obtenu de grands avantages de l'application de 40 à 50 ventouses sèches sur les membres inférieurs et la base de la poitrine, matin et soir, tant que l'hématose est fortement troublée.

Pour nous, quand la bronchite n'est pas trop forte et que l'hématose est libre, nous conseillons de ne pas intervenir; la bronchite se résoudra d'elle-même et avec la guérison de la fièvre. Si l'intensité des symptômes nous force à agir, nous appliquerons un large vésicatoire sur la poitrine, et nous donnerons les expectorants non débilissants, tels que ipécacuanha, polygala. On ne s'adressera aux opiacés qu'avec une extrême modération, car, si le cerveau est libre, la résolution est plus rapide.

BRONCHITE INTERMITTENTE. — Elle sera combattue par le spécifique de l'affection intermittente, c'est-à-dire par le sulfate de quinine. Dans certaines bronchites intermittentes cachectiques, on se trouvera bien du ferri-tartrate de quinine de M. Béchamp.

BRONCHITES DE LA VARIOLE ET DE LA SCARLATINE. — Elles n'ont pas d'indication spéciale; elles sont d'ailleurs des complications assez rares de ces fièvres éruptives.

BRONCHITE DE LA ROUGEOLE. — Les émissions sanguines, ainsi que le tartre stibié, seront mis de côté, car on ne doit pas ajouter à la déperdition des forces par les débilissants. On administrera le kermès, l'oxyde blanc, mais surtout l'ipéca, comme expectorants; les enfants supportent bien le sirop d'ipéca. On entretiendra en même temps les forces par le quinquina et le vin, et même l'alcool chez les adultes, surtout si la bronchite tend à envahir les petites bronches; on devra, dans ce dernier cas, insister sur les vésicatoires et les ventouses sèches. On a préconisé le carbonate d'ammoniaque à la dose de 0^{gr},50 à 1^{gr},50.

BRONCHITE ÉRYSIPÉLATEUSE. — On cherchera à rappeler l'érysipèle à sa place primitive si la bronchite est métastatique (vésicatoires, frictions irritantes). On emploiera les émoullients, les expectorants doux si c'est une bronchite par propagation. On doit user de ménagement, afin d'éviter que les petites bronches et le parenchyme pulmonaire ne soient envahis.

BRONCHITE DIPHTHÉRITIQUE. — C'est une maladie locale et une affection générale ; elle est de plus contagieuse. Le traitement doit satisfaire à cette triple indication, et être à la fois préventif à l'égard de l'entourage du malade, local et général relativement à celui-ci.

Traitement préventif. — Le traitement préventif consiste dans l'isolement aussi complet que le permettent les conditions particulières, les devoirs sociaux et les tendresses de la famille.

Traitement général. — Le traitement général a dû être en rapport avec l'idée qu'on s'était faite de la maladie. Or, presque de tout temps, excepté pendant la période Broussaisienne, on a reconnu dans la bronchite diphthéritique l'existence de deux éléments, l'élément inflammatoire et l'élément spécifique. Indépendamment de toute théorie, il y a deux périodes dans la bronchite diphthéritique, l'une inflammatoire et l'autre septique. A chacune d'elles correspond une médication particulière.

Première période. — Certains auteurs croient que la saignée, ou l'application des sangsues au début, a pour effet d'enrayer ou de modérer le travail phlegmasique qui précède l'exsudation plastique. Avant l'apparition des fausses membranes, on pourra enlever quelques grammes de sang sans grand danger ; cependant, n'oublions pas que la diphthérie est une maladie septique par excellence, et qu'il faut lui ménager les forces pour qu'elle puisse guérir. Une fois les fausses membranes apparues, la saignée et les sangsues seront sévèrement contre-indiquées, car, outre la débilité du sujet, que l'on augmente en lui enlevant du sang, les petites plaies de la saignée et les piqûres des sangsues peuvent se diphthériser et multiplier les foyers d'infection. Les vésicatoires ont aussi l'inconvénient de se diphthériser souvent ; cependant on ne doit pas les proscrire entièrement, et M. Quissac, professeur-agrégé de cette École, a rapporté, dans le *Montpellier médical*, un joli cas de guérison du croup par les vésicatoires.

On administrera à l'intérieur les expectorants (kermès, ipéca, oxymel scillitique) ; Guéneau de Mussy recommande le borate de soude et le chlorate de potasse. Les vomitifs répétés auront une grande utilité, surtout quand la bronchite pseudo-membraneuse coïncide avec le croup, et qu'on

entend le bruit de drapeau, tremblement annonçant que les fausses membranes sont décollées ; celles-ci pourront être expulsées par les efforts du vomissement.

Les médecins anglais ont préconisé les préparations mercurielles *intus* et *extrâ*. Schützenberger croit que c'est le meilleur moyen de combattre la bronchite plastique en diminuant la plasticité du sang.

Il n'est pas de remède qu'on n'ait tenté contre cette affection terrible. Le brome, l'iode de potassium, ont été employés sans grand résultat.

Seconde période. — La seconde période est rapidement septique. On continue les médications externes et internes du début, en y associant l'usage des toniques, tels que quinquina, vin, café. Le perchlore de fer est un bon antiseptique en même temps qu'un bon tonique ; nous l'avons vu employer très-souvent à la clinique chirurgicale, dans ce double but et avec succès, par M. le professeur Courty. Il ne serait pas étonnant cependant que le perchlore de fer ne fût un jour remplacé par un médicament analogue, le peroxychlorure de fer de M. Béchamp, du moins comme tonique, car il a tous les avantages du perchlore de fer sans en avoir les inconvénients : il n'a pas de saveur styptique, ne constipe pas, etc.

Dans la convalescence, le changement d'air est nécessaire, l'alimentation substantielle indispensable. On continue les toniques, et surtout le vin de quinquina. S'il y a des paralysies, on emploie l'électricité.

Traitement local. — On a préconisé les insufflations de tannin (Bennett). Si l'on constate que les fausses membranes sont mobiles dans la trachéo-artère et que les vomitifs soient impuissants à les expulser, si elles s'accumulent au-dessous de la glotte sans pouvoir la franchir, on fera la trachéotomie, qui permettra d'extraire les fausses membranes par cette ouverture artificielle. Mais si les fausses membranes amènent l'asphyxie sans être détachées des parois des bronches, la trachéotomie ne peut être qu'une opération inutile pour le malade et malheureuse pour le médecin.

BRONCHITE SCORBUTIQUE. — On traitera l'affection générale, sans quoi la bronchite résistera à tous les agents médicamenteux dirigés contre elle.

On changera les conditions hygiéniques dans lesquelles le scorbut s'est produit ; on administrera les anti-scorbutiques : raifort, cochlearia, cresson, et les toniques : vin vieux, quinquina. La bronchite disparaîtra alors avec le scorbut lui-même.

Bronchites symptomatiques d'un état morbide local.

Elles disparaissent avec l'état morbide dont elles ne sont que la complication. Nous n'étudierons donc pas leur traitement, qui se confond avec celui de ces lésions.

BRONCHITE SYMPATHIQUE. — Nous en dirons autant des bronchites sympathiques ou réflexes. Quand le travail de la dentition sera terminé, la bronchite aura disparu. La toux vermineuse se dissipera sous l'influence des anthelminthiques (koussou, fougère mâle, écorce de grenadier, pepins de courge mondés). Les bronchites hystérique, gastrique, hépatique, seront guéries quand leurs causes auront cessé : *Sublatâ causâ, tollitur effectus.*

BRONCHITE CAPILLAIRE. — D'après Chomel et Blache, la bronchite capillaire doit être traitée comme la pneumonie la plus inflammatoire : ainsi, saignée, sangsues, ventouses, hyposthénisants, sont conseillés au début par ces auteurs quand les symptômes sont très-intenses. Nous ne contesterons pas que ce traitement énergique n'ait quelquefois sa raison d'être, vu l'intensité des phénomènes ; cependant, souvent on se contentera des dérivatifs, des révulsifs, des vomitifs répétés, en ayant soin de nourrir les malades. Si l'asphyxie devenait imminente chez les jeunes enfants, par suite de l'accumulation de mucosités dans le pharynx ou le larynx, il faut, à l'aide du petit doigt introduit jusque sous l'épiglotte, aller enlever le corps étranger qui fait obstacle à la respiration. On détermine par là des efforts de toux qui font sortir les mucosités du larynx, et on les entraîne au dehors avec le doigt. Cette manœuvre sera répétée toutes les fois que la respiration s'embarrasse outre mesure, et que les râles laryngien et trachéal deviennent très-forts. Si l'enfant tombait dans l'état de mort apparente, il faudrait se

hâter de pratiquer, l'insufflation prolongée d'air, ou mieux d'oxygène, qui est plus actif.

BRONCHITE CHRONIQUE.

Nous avons étudié la bronchite aiguë, et nous avons compris dans son étude les diverses espèces qui forment notre division. Ce n'est pas que toutes se présentent toujours à l'état aigu; certaines affectent souvent la forme chronique, mais toutes ont des périodes d'acuité qui nous les ont fait placer dans les bronchites aiguës.

La bronchite chronique est caractérisée, non par sa durée seule, mais bien par l'allure lente de ses symptômes: elle marche d'un pas lent vers son dénouement, bon ou mauvais. Elle est susceptible, comme les maladies chroniques en général, de prendre à un moment donné la forme aiguë, sous certaines influences, pour revenir ensuite à son premier état.

ÉTIOLOGIE.

La bronchite chronique idiopathique est assez fréquente chez les vieillards, dont les tissus ont perdu leur vitalité, et les phlegmasies se résolvent moins vite; elle est moins fréquente cependant qu'on ne le croyait autrefois, alors qu'on la confondait avec la phthisie pulmonaire. Elle peut succéder à la bronchite aiguë, ou paraître d'emblée sous l'influence de causes dont le caractère principal est leur persistance: le froid, les variations de température, la constitution faible, le tempérament lymphatique, les bronchites aiguës répétées sont les principales causes de la bronchite chronique; les lésions du cœur favorisent les congestions du côté des bronches, et sont une cause puissante de bronchite chronique.

SYMPTOMATOLOGIE.

La bronchite chronique débute le plus souvent par un catarrhe aigu qui, arrivé à sa dernière période, ne cesse point et se prolonge d'une manière plus ou moins continue pendant longtemps. La bronchite chronique est cependant quelquefois chronique d'emblée, c'est-à-dire que des symptômes

peu intenses, des signes d'irritation légère se déclarent en même temps qu'une expectoration plus ou moins intense ; ces signes ne présenteront pas de grandes modifications dans le cours de la maladie : douleur souvent nulle ; si elle existe, elle est sourde et située derrière le sternum. La toux existe toujours ; elle est grasse, facile, mais dans les exacerbations devient quinteuse, difficile, fatigante.

La respiration est libre si la bronchite n'a pas de complication, mais très-gênée quand il y a en même temps emphysème, affection cardiaque, envahissement des capillaires sur une grande étendue.

L'expectoration se compose de crachats d'un blanc sale, formant de larges plaques non striées, non déchiquetées sur les bords. Quelquefois les crachats sont filants comme du blanc d'œuf ; ils sont mousseux quand il y a emphysème.

L'expectoration peut être très-abondante, jusqu'à 800 gram. en une journée ; c'est alors la bronchorrhée. D'autres fois, au contraire, les crachats sont rares et ont la forme de petites masses globuleuses de mucus semi-concret (*sputa margaritacea*) : c'est le catarrhe sec de Laënnec.

Les crachats de la bronchite chronique sont le plus souvent inodores ; cependant il y a certaines bronchites chroniques qui ont des excréments fétides. Le professeur Laycock (d'Édimbourg¹) a constaté par l'analyse chimique que cette fétidité, comme gangréneuse, des matières expectorées était due à l'acide butyrique. Il faut connaître cette circonstance pour ne pas confondre la bronchite à sécrétion fétide avec la gangrène pulmonaire.

L'examen de la poitrine donne lieu aux symptômes suivants : l'inspection accuse souvent une voussure des parois de la poitrine à cause de l'emphysème consécutif à la bronchite ; dans ce cas, la percussion donnera une sonorité exagérée. Si l'emphysème n'existe pas, l'inspection et la percussion sont normales. A l'auscultation, le bruit vésiculaire est obscurci et souvent masqué par des râles humides, muqueux, sous-crépitants, plus ou moins gros, qui s'entendent surtout en arrière et à la base. Les râles secs,

¹ Laycock : Résumé d'une leçon sur la bronchite fétide, caractérisée chimiquement par la présence de l'acide butyrique dans les crachats. Gazette médicale, pag. 534. 1858.

tels que sibilants et ronflants, sont plus rares et ne s'entendent guère qu'aux moments des recrudescences, ou chez les emphysemateux. Tous ces râles sont mobiles, se déplacent par une secousse de toux et peuvent même disparaître par l'expectoration, pour reparaitre quand une nouvelle quantité de mucus a été sécrétée.

La bronchite chronique a souvent des complications, telles que dilatation bronchique, emphyème, lésion du cœur. La dilatation des bronches amène une déperdition de mucus plus considérable et augmente la faiblesse du sujet. L'emphyème est une complication presque forcée de la bronchite ancienne. Les mucosités renferment de l'air dans les vésicules pulmonaires ; cet air s'échauffe, se dilate, distend les vésicules pulmonaires et constitue ainsi l'emphyème vésiculaire. Si les vésicules, trop distendues, se rompent, l'air pénètre dans le parenchyme pulmonaire, et on a l'emphyème intervésiculaire. La bronchite chronique avec emphyème est caractérisée par une dyspnée considérable.

Les lésions cardiaques, soit primitives, soit consécutives, compliquent souvent la bronchite chronique. Les lésions cardiaques consécutives consistent en des dilatations, des hypertrophies amenées par la gêne de la circulation pulmonaire.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISON.

La marche est variable. On observe dans la journée des moments de calme alternant avec des exacerbations ou des quintes le soir, et surtout le matin, alors que les crachats se sont accumulés dans les bronches pendant la nuit. La bronchite chronique s'apaise d'ordinaire l'été, pour s'exacerper de nouveau l'hiver. Sa durée est illimitée. Si elle n'est pas trop ancienne, elle pourra guérir sous l'influence d'un traitement approprié, et surtout si le malade est favorisé par les conditions hygiéniques et s'il habite un climat plus doux. Les bronchites chroniques des vieillards sont le plus souvent incurables, cependant elles sont rarement cause de la mort; il arrive souvent qu'une phlegmasie intercurrente, pneumonie, pleurésie, bronchite capillaire, hâte l'issue funeste quand la bronchite chronique a

épuisé le malade par les déperditions incessantes de mucus et les obstacles à l'hématose.

DIAGNOSTIC.

La bronchite chronique ne sera pas facilement confondue avec une autre lésion. La dilatation des bronches est le plus souvent le résultat de la bronchite chronique, qu'elle accompagne. C'est dans ce cas qu'on observe ces vomiques du matin, résultant de l'accumulation des mucosités dans la cavité pendant la nuit. Les antécédents héréditaires ou personnels, la marche des symptômes fonctionnels, l'état général, le siège de l'excavation, permettront de distinguer une bronchite chronique avec dilatation bronchique, d'une caverne tuberculeuse.

La pneumonie chronique, beaucoup moins fréquente, est unilatérale avec matité, respiration bronchique, dépérissement. La pleurésie chronique est caractérisée par la matité plus ou moins étendue, la faiblesse et la sécheresse du bruit respiratoire dans cette partie; il peut y avoir égophonie. S'il y a une vomique, elle sera instantanée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° Si le catarrhe est sec, on observera une tuméfaction avec rétrécissement des canaux bronchiques qui rendaient la dyspnée considérable;

2° Si le catarrhe est piteux, il y a bronchorrhée avec sécrétion d'un liquide filant, incolore, contenant peu de cellules, hypersécrétion des glandes;

3° Si le catarrhe est muqueux, purulent, on trouve des crachats avec des cellules jaunes et du pus, lésion à la fois des glandes et de la muqueuse, d'où défaut de résistance et dilatation passive. Ainsi, dans le premier groupe la muqueuse est atteinte légèrement, les glandes dans le second, et dans le troisième les deux réunies, glandes et muqueuse.

TRAITEMENT.

Les antiphlogistiques directs et indirects sont peu employés. Laënnec et Stoll ont accusé ces moyens de prolonger indéfiniment les catarrhes chro-

niques, et Broussais lui-même, qui a dû, pour obéir à ses idées théoriques, préconiser les antiphlogistiques dans la bronchite chronique, comme dans les autres maladies chroniques, ne les a employés que dans les cas où il y avait une exacerbation qui ramenait la maladie à l'état aigu. Tout le monde pourra les employer dans ce dernier cas, mais avec modération.

Laënnec, et après lui beaucoup de médecins, ont donné les vomitifs répétés, tartre stibié, ipéca, et en ont obtenu de nombreuses guérisons. Thompson¹ veut qu'on donne le tartre stibié à haute dose; nous dirons, à propos de cette méthode, ce que nous avons dit des antiphlogistiques, vu que, à haute dose, le tartre stibié est un hyposthénisant, un débilitant très-considérable; il ne sera utile que dans les exacerbations. Nous ne pouvons pas passer outre sans citer l'opinion de Graves² au sujet du tartre stibié dans la bronchite chronique, et de son mode d'administration.

Le malade est mis à la diète; on ne lui permet que du pain blanc et du petit-lait. Pendant la journée, il prend toutes les heures une cuillerée à bouche d'une solution qui renferme 6 centigr. d'émétique dans 370 gram. d'eau; s'il y a des nausées, on diminue la dose. On agit ainsi pendant deux jours. Le troisième jour, on agit de même jusqu'à l'heure du dîner; alors on sert au malade de la viande et des légumes, et on l'exhorte à manger de bon appétit. Une heure après ce repas, on administre un vomitif avec 1^{re}, 20 d'ipéca et 6 centigr. de tartre stibié; on excite les vomissements avec de l'eau tiède. Les deux jours suivants, on revient à la diète et à l'émétique à doses fractionnées; le troisième jour, nouveau dîner et nouveau vomitif. « Pendant le cours de ce traitement, la langue se nettoie peu à peu, l'appétit renaît, et les forces et la santé reviennent rapidement lorsqu'on permet au malade un régime plus substantiel; toutefois il faut apporter une grande réserve dans l'alimentation. »

« Plusieurs motifs, dit Graves, m'ont déterminé à donner l'émétique au troisième jour, après un dîner copieux; c'est d'abord une observation d'Hippocrate; puis j'ai pensé que les vomissements sont moins pénibles

¹ Thompson; Gazette médicale de Londres, pag. 364. 1832-33.

² Graves; Clinique médicale, tom. II, pag. 731.

lorsque l'estomac n'est pas vide ; enfin il m'a semblé que le vomitif serait beaucoup plus utile s'il surprenait l'estomac pendant la période d'activité, alors qu'il est le siège d'une congestion sanguine considérable et d'une sécrétion très-abondante. Quelle que soit l'explication, ce procédé d'administration m'a paru supérieur à tous les autres, dans bon nombre d'affections chroniques. »

Pour favoriser la résolution de la bronchite chronique, il est bon de donner souvent quelques laxatifs, tels que manne, huile de ricin, qui ont l'avantage d'entraîner les mucosités avalées et de réverser la fluxion qui se fait sur les bronches. Ce sont de bons révulsifs.

Les Anglais emploient beaucoup le calomel et les mercuriaux en général dans le traitement de la bronchite chronique. Cependant Graves recommande de n'y recourir que quand on a constaté l'impuissance absolue des autres moyens de traitement.

Les dérivatifs seront mis à profit afin de déplacer la fluxion bronchique et de la transporter sur la peau ; les dérivatifs seront appliqués sur les parois de la poitrine. Il faut toutefois remarquer que chez les vieillards cette médication ne réussit pas si elle n'est très-puissante, à cause de l'épaisseur de l'enveloppe cutanée, qui rend très-difficile l'absorption et l'exhalation par ses pores. Les sinapismes, les vésicatoires, le thapsia, l'emplâtre de poix de Bourgogne, qu'on peut saupoudrer de tartre stibié ; les frictions sèches ou rendues stimulantes par un liquide alcoolique chaud ; les frictions avec l'huile de croton tiglium, ou mieux l'huile de Fontanea Pancheri, autre euphorbiacée préconisée par M. le Dr Hæckel, pharmacien en chef des hôpitaux, et que nous avons vu employer avantageusement dans le service militaire ; les pommades d'Autenrieth, de Gondret ; toutes ces substances sont de bons dérivatifs. Quelqufois un simple emplâtre de diachylon a calmé les principaux symptômes de la bronchite. Quant aux sétons, on peut en obtenir de très-bons résultats quand les autres moyens ont échoué ; on n'y aura recours qu'en dernier ressort. Un très-bon dérivatif sera de tenir la peau chaude au moyen de gilets de flanelle.

Les expectorants, tels que ipéca, kermès, oxymel simple ou scillitique, de 10 à 20 gram. en potion, la gomme ammoniacque, 1 gram. en pilules ou dans

un julep gommeux, seront avantageusement employés quand les mucosités sont difficilement expulsées. Les vomitifs à faible dose sont également employés comme expectorants ; les infusions d'hysope, de lierre terrestre, de polygala, l'infusion seconde de lichen d'Islande, l'infusion de mélisse, serviront de tisane. La plupart des expectorants ci-dessus agissent aussi comme excitants. On a cherché à faire des fumigations de substances excitantes, telles que benjoin, genièvre, goudron et même iode, et divers chlorures, le chlorure liquide de Labarraque, 5 à 10 gram. dans un litre de tisane, la créosote si les crachats sont fétides.

L'eau de goudron, vantée par Laënnec, est un excitant qui rend de grands services dans les bronchites atoniques de vieille date. Elle se prend par tasses, pure, coupée avec du lait, ou dans le vin aux repas ; cette dernière manière est la meilleure.

Les balsamiques, copahu, cubébe, térébenthine, employés dans la blennorrhagie, ont été appliqués par analogie au catarrhe bronchique.

Le baume de copahu se donne à la dose de 4 à 8 gram. par jour et même plus, en bols solidifiés par la magnésie ; c'est comme cela qu'il a été administré dans notre Observation. Bretonneau a ordonné le baume de copahu en lavements dans une bronchite chronique très-intense qu'il guérit.

Le poivre cubébe, moins employé, semble avoir réussi comme le copahu.

La térébenthine peut être administrée en pilules à la dose de 2 à 12 gram. progressivement. On peut aussi faire des fumigations de térébenthine.

Les astringents ont été donnés dans les cas où les sécrétions étaient très-abondantes et surtout dans la bronchorrhée : le cachou, le tannin, la ratanhia et surtout l'acétate de plomb ont eu des bons résultats.

Graves avait recours souvent à une préparation ferrugineuse tonique et astringente, la mixture de fer composée, dans le but d'améliorer l'état général et d'arrêter l'hypersecretion des bronches.

Piorry recommande l'abstinence des boissons, et assure avoir obtenu plusieurs succès de ce traitement.

Les narcotiques sont nécessaires pour calmer la toux quand elle est fatigante ; ils facilitent même souvent l'expectoration. On donnera surtout les

opiacés, morphine, codéine, extrait thébaïque, pilules de cynoglosse ; le datura, la jusquiame, la belladone, seront aussi employés. Les anciens associaient l'opium à toutes les médications qu'ils dirigeaient contre le catarrhe bronchique.

Horace Green (de New-York) et Hughes Bennett (d'Édimbourg¹) ont, dans ces derniers temps, préconisé l'injection de nitrate d'argent dans les bronches avec une sonde en gomme élastique introduite à travers la glotte, dans la bronchite chronique; Walshe blâme cette opération, et M. Fous-sagrives, son traducteur, partage cette manière de voir². « L'injection dans les bronches, dit ce dernier, restera au nombre de ces excentricités thérapeutiques dont la légitimité morale serait difficile à justifier. Cette pratique fût-elle exécutée facilement et sans danger, il y aurait encore à se demander ce qu'on pourrait en attendre. »

Nous ne pouvons terminer le traitement du catarrhe chronique sans dire quelques mots des indications des eaux minérales dans cette affection. Quand le catarrhe résiste aux moyens ordinaires de la thérapeutique, les eaux minérales sont toujours indiquées, et leurs contre-indications ne viennent jamais que de conditions étrangères au catarrhe lui-même. Le traitement thermal peut être employé dans deux circonstances: tantôt il s'agit d'un catarrhe actuel et persistant, tantôt d'une disposition aux retours de catarrhes et de bronchites. Dans le premier cas, le traitement est appliqué à la maladie elle-même; dans le second, il est appliqué à la simple disposition.

Quand la bronchite est simple, on emploie des eaux minérales spéciales pour le catarrhe; quand elle est symptomatique, il faut combiner la médication spéciale du catarrhe avec la médication indiquée par l'état général de l'organisme, et quelquefois même subordonner la première à la seconde.

Les eaux spéciales contre le catarrhe pulmonaire sont les eaux sulfurées, et en dehors de cette classe les eaux d'Ems et du mont Dore. Contre le

¹ Bennett; *Leçons cliniques sur les principes et la pratique de la médecine*, pag. 250.

² Walshe; pag. 632. (Note du traducteur.)

catarrhe pulmonaire simple ou idiopathique, on emploie indistinctement toutes les eaux sulfureuses : Enghien, Pierrefonds, Saint-Honoré, Allvard, Bagnols, Bonnes, Canterets, Luchon, Amélie, le Vernet, ne diffèrent que par le degré de sulfuration. Les eaux d'Ems auront le même résultat que les eaux sulfurées contre le catarrhe actuel, mais quand il s'agit de traiter une disposition au retour du catarrhe, on préférera les eaux sulfureuses aux eaux d'Ems. Dans la bronchite, on administre les eaux minérales à l'intérieur ; les bains sont peu usités en ce cas. Les inhalations ne sont utiles que lorsque la sécrétion morbide, par son abondance, constitue la bronchorrhée. Tenant maintenant compte de l'état général, nous dirons, avec Durand-Fardel¹, que les eaux sulfureuses conviennent surtout aux catarrhes lymphatiques ; le séjour des Pyrénées sera très-favorable à leur guérison. Les tempéraments sanguins et nerveux s'accommoderont mieux des eaux d'Ems que des eaux sulfureuses trop excitantes. Les scrofuleux préféreront Uriage ou Aix-la-Chapelle. Les bronchites herpétiques se trouveront bien de Luchon, Canterets, Amélie. Graves² a remarqué que les eaux de Louèche ont une action toute spéciale sur les bronchites coïncidant avec une affection de la peau. L'une et l'autre disparaissent.

Les catarrhes avec asthme, rhumatisme, goutte ancienne, sont avantageusement traités par les eaux du mont Dore.

Les eaux sulfureuses agissent de deux manières dans le traitement du catarrhe pulmonaire. Elles agissent à la manière d'un excitant, ont une sorte d'action substitutive ; de plus, elles ont une action spéciale sur la muqueuse respiratoire analogue à tant d'autres actions thérapeutiques spéciales qui ne s'expliquent pas par des effets physiologiques définissables.

Les eaux d'Ems n'agissent pas de même, mais offrent également un caractère de spécialisation. M. Bertrand³ attribue l'action salutaire des eaux du mont Dore à l'augmentation d'énergie de la peau, au rappel des fluides

¹ Durand-Fardel et Eugène Lebert ; Dictionnaire des eaux minérales, tom. I, pag. 391.

² Graves ; Clinique médicale, tom. II, pag. 24.

³ Bertrand ; Recherches sur les propriétés des eaux du mont Dore. 1823.

du centre à la circonférence, à leur mouvement inverse de celui par lequel les phlegmasies internes se développent et se prolongent.

Notre travail serait sans doute plus complet si, à l'appui des idées que nous avons émises, nous donnions une observation pour chacune des espèces de bronchites que nous avons étudiées ; mais le temps ne nous permet pas de donner une ampleur si considérable à notre Thèse, et on nous pardonnera de n'insérer ici que trois Observations recueillies par nous dans les divers services de l'hôpital.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Bronchite aiguë avec asthme.

S..., engagé volontaire d'un an, âgé de 20 ans, en garnison à Aix (Bouches-du-Rhône), était venu passer les vacances de la Pentecôte 1873 dans sa famille, à Montpellier. Il prit froid en chemin de fer, ressentit plusieurs frissons vagues superficiels, et se mit à tousser. A son arrivée à Montpellier, il était affecté d'une bronchite aiguë très-intense, à redoublements vespéraux et compliquée d'accès d'asthme. Ce jeune homme avait eu des accès d'asthme à plusieurs reprises, mais qui n'avaient jamais coïncidé avec la bronchite. Un médecin, parent du malade, est appelé. Il constate des râles sonores et sibilants dans toute la poitrine et une oppression considérable dans la respiration. La toux était très-difficile et l'expectoration presque nulle ; un peu de fièvre, non en rapport avec les symptômes de la poitrine. Le docteur ordonne une potion kormétisée et belladonnée.

Le lendemain, les accès d'asthme ont disparu, mais la bronchite reste avec toute son intensité. Les jours suivants, on continue la potion, les boissons chaudes ; le malade garde la chambre. Au bout de six jours, son congé ayant expiré, le malade est entré à l'hôpital Saint-Éloi, salle Saint-Barthélemy, dans le service de M. le médecin principal Bonduelle.

Il n'y avait pas de fièvre. L'inspection, la percussion de la poitrine, étaient normales ; l'auscultation donnait des râles secs, sibilants et ronflants excessivement prononcés, semblables à une véritable symphonie. La toux

est pénible, quinteuse, peu humide. — On ordonne un looch blanc avec 0,20 centigr. de kermès et 30 gram. de sirop de morphine. Les jours suivants, on porte la dose du kermès à 0,25 et à 0,30 centigr. On administre en même temps le copahu en bols de 4 gram., puis 6 gram., puis 8, solidifiés par la magnésie; tisane pectorale chaude et sucrée. Ces médications sont continuées pendant dix jours. Les râles diminuent peu à peu, la toux devient plus facile et l'expectoration aussi, avec des crachats nummulaires blancs verdâtres, agglomérés en masse au fond du vase et s'y collant. Le onzième jour, les râles avaient disparu, et le malade était en convalescence. Il est encore resté cinq ou six jours; mais, ne toussant plus et se sentant complètement remis, il a demandé son exeat et est reparti pour Aix.

OBSERVATION II.

Bronchite chronique avec emphysème, passée à l'état aigu par l'administration de l'iodure de potassium.

Jacques Dominique, âgé de 62 ans, tailleur d'habits, est entré pour des ulcères de jambe à l'hôpital Saint-Éloi, salle Saint-Eloi, le 5 décembre. Il est atteint de bronchite chronique depuis dix ans, mais il tousse médiocrement en temps ordinaire; cependant les efforts de toux ont amené un emphysème considérable; voussure de la poitrine, sonorité exagérée, diminution du murmure vésiculaire. Ce malade, interrogé sur ses antécédents par rapport à son ulcère, répond qu'il a eu la syphilis; on lui administre alors l'iodure de potassium. Mais sous l'influence de ce traitement, sans que le malade fasse d'imprudence, la toux, légère à son entrée, prend des proportions très-violentes; elle devient quinteuse, sèche, fatigante; cependant les râles de la poitrine n'ont pas augmenté sensiblement; il y a quelques râles sous-crépitants disséminés, mais non très-intenses. On pense aussitôt à l'action irritante de l'iodure de potassium, qu'on suspend en ordonnant un looch blanc avec 0,20 centigr. de kermès et 30 gram. sirop diacode. La toux disparaît au bout de deux jours. On veut reprendre l'iodure à la dose de 3 gram., dose à laquelle on s'était arrêté, mais la toux revient. On est obligé de donner l'iodure de potassium à dose fractionnée pour éviter la bronchite, qui alors ne s'est pas reproduite.

OBSERVATION III.

Bronchite chronique suite de fluxion de poitrine.

Papin (Jean), âgé de 57 ans, journalier, né à Angoulême, est couché au n° 14 de la salle Saint-Vincent. Il est entré le 29 décembre dernier, atteint de bronchite chronique.

Il y a trois ans, il entra dans la même salle pour une fluxion de poitrine très-grave, qui dura deux mois. Il sortit guéri; cependant il remarqua une prédisposition, depuis ce jour, à s'enrhumer facilement. 8 mois après, s'étant refroidi, il sentit plusieurs frissons et se mit à tousser. Il entra à Saint-Vincent et y fut traité d'une bronchite qui dura quatre mois; il sortit à peu près guéri; mais en mai 1873 la toux l'a repris plus violemment que jamais, et il a senti une certaine gêne de la respiration, surtout en montant les escaliers.

Il rentre à l'hôpital et est traité pour une bronchite chronique avec emphysème. Il sort au mois de juillet incomplètement guéri: il a trainé l'aile, dit-il, depuis ce jour, toussant toujours beaucoup, et il s'est décidé à rentrer encore à l'hôpital le 29 décembre 1873.

A son entrée, le malade est gêné pour respirer, il est très-court d'haleine. La toux est pénible, assez grasse, quoique l'expectoration soit assez difficile. La toux réveille le malade la nuit et est plus forte le matin, où elle est suivie d'une expectoration très-abondante. Il accuse des douleurs graves aux insertions diaphragmatiques. Les symptômes physiques sont les suivants:

A l'inspection, on remarque une voussure de la poitrine due à l'emphysème; la percussion, normale en bas et en arrière, est exagérée en avant pour la même cause; et le murmure vésiculaire, diminué en avant, est normal en arrière, ou plutôt est un peu masqué par de gros râles sous-crépitants.

Le soir de son entrée, M. le Chef de clinique lui ordonne une potion belladonnée pour combattre l'oppression. Le lendemain 30, à la visite, M. Hamelin, suppléant de M. le professeur Fuster, ordonne une potion avec:

Ipéca.....	1 gram. 50.
Écorce d'oranges amères...	4 gram.
Sirop de Tolu.....	30

Le 31, on continue. Le 1^{er} janvier, rien de nouveau; on continue. Le 2, le malade a transpiré la nuit; la peau est moite et le pouls un peu relevé. On met un vésicatoire entre les deux épaules, malgré un peu de fièvre. Le lendemain, quoique le vésicatoire eût été appliqué pendant la fièvre, chose qui dans certaines circonstances eût pu aggraver la fièvre, le malade était apyrétique et moins oppressé!

Il se trouve beaucoup mieux, mais il y a encore de l'oppression; c'est pour cela que M. le professeur Combal, qui a pris le service, a ajouté 5 centigram. d'extrait de belladone à la potion d'ipéca. Le malade est encore en traitement, mais il est à craindre qu'il ne guérisse jamais radicalement.

FIN.

Permis d'imprimer.
Pour le Recteur,
L'INSPECTEUR DÉLÉGUÉ
J. PEYROT.

Vu, permis d'imprimer.
Le Président-Genseur,
DUPRÉ.

— 07 —
QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie.

Comment reconnaître l'acide sulfurique mélangé avec nos lissus, de manière à ne pouvoir être séparé par l'eau ?

Physique médicale.

Des propriétés chimiques des courants électriques.

Botanique et Histoire naturelle médicale.

Du tissu cellulaire végétal et des formes qu'il présente.

Anatomie.

Organisation des vaisseaux lymphatiques.

Physiologie.

Qu'est-ce que l'on doit entendre par chronologie humaine ?

Pathologie et Thérapeutique générales.

Nécessité de distinguer les diverses modalités des causes.

Pathologie médicale ou interne.

La dysenterie peut-elle devenir contagieuse ?

Pathologie chirurgicale ou externe.

Des luxations de la rotule.

Thérapeutique et Matière médicale.

De la volonté considérée comme puissance morale et comme moyen thérapeutique dans les maladies nerveuses.

Opérations et Appareils.

Des amputations partielles du pied.

Médecine légale et Toxicologie.

De la superfétation.

Hygiène.

Quelles précautions doit prendre, pour conserver sa santé, le médecin qui visite des pestiférés?

Accouchements

Causes du bruit de souffle chez la femme enceinte.

Clinique interne.

Le type de la fièvre sert-il à connaître la nature de celle-ci?

Clinique externe.

Quels sont les cas qui peuvent nécessiter la résection de la tête de l'humérus?

Titre de la Thèse à soutenir.

Essai sur les diverses espèces cliniques de bronchites.

FACULTÉ DE MÉDECINE.

MM.

BOUISSON, O. ☉, ✚ DOYEN.
 BOYER ☉.
 DUMAS ☉.
 FUSTER ☉, ✚.
 MARTINS, O. ☉, ✚, ✚.
 DUPRE, ☉ C. ✚. PRÉSIDENT.
 BENOIT ☉, ✚.
 ANGLADA ☉. Exam.
 COURTY ☉.
 BÉCHAMP ☉, ✚.
 ROUGET ☉.
 COMBAL ☉, ✚.
 FONSSAGRIVES, O. ☉, ✚, ✚, ✚, ✚.
 MOUTET.
 CAVALIER.
 MOITESSIER ☉.
 ESTOR.

Professeurs.

Opérations et Appareils.
Pathologie externe.
Accouchements.
Thérapeutique et Matière médicale.
Botanique et Histoire naturelle.
Clinique médicale.
Anatomie, Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.
Pathologie médicale.
Clinique chirurgicale.
Chimie médicale et Pharmacie.
Physiologie.
Clinique médicale.
Hygiène.
Clinique chirurgicale.
Pathologie et Thérapeutique générales.
Physique médicale.
Médecine légale et Toxicologie.

Agrégés en exercice.

MM.

PÉCHOLIER
 GARIMOND.
 CASTAN.
 BATLLE. Exam.
 SAINTPIERRE
 SIGNAL.
 BERTIN. Exam.

MM

JAUMES.
 SABATIER, ☉,
 SIGARD.
 HAMELIN.
 GRYNFELT.
 MASSE,
 DE GIRARD.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères s'il y manque*