

rendant des crachats muqueux ou muco-purulents (*catarrhe muqueux*), souvent amaigris, la question de tuberculose se pose. On a réuni en clinique une série de signes différentiels souvent d'une appréciation délicate, que nous nous garderons d'énumérer : un simple examen microscopique des crachats, au besoin une inoculation au cobaye, tranche aujourd'hui la question en révélant ou non la présence du bacille de Koch, qui est le seul véritable critérium.

Traitement. — Le traitement doit réclamer une place importante dans cette question. Nous écarterons les variétés spéciales de bronchites, telles que la *bronchite des cardiaques*, où l'effort thérapeutique doit porter sur le cœur, et très secondairement sur les phénomènes bronchiques; les bronchites *professionnelles*, où le véritable mode de traitement consiste à soustraire le malade aux poussières et vapeurs irritantes qui lèsent sa muqueuse bronchique.

Les bronchites chroniques, où la bronche est en jeu primitivement, ou du moins joue un rôle majeur, sont justiciables d'un grand nombre de moyens thérapeutiques.

Les *révulsifs* cutanés seront modérément employés, et surtout dans le cas de poussées aiguës et subaiguës : on s'adressera aux divers emplâtres connus (*thapsia*, etc.), aux vésicatoires, à l'huile de croton, etc.

Les *narcotiques* peuvent être mis en usage pour calmer une toux fatigante et épuisant le malade; comme dans la bronchite aiguë, on emploiera l'opium (extrait d'opium, extrait thébaïque, morphine, codéine), la belladone, la jusquiame; le *datura stramonium* en fumigations réussira bien quand la dyspnée est marquée et paroxystique.

Les *expectorants* soulagent beaucoup le malade en l'aidant à expulser les mucosités bronchiques. On s'adressera, soit aux antimoniaux (tartre stibié à la dose de 4 à 5 centigrammes), médicaments actifs et à action rapide; soit au kermès (40 centigrammes à 1 gramme par jour dans un julep gommeux), à l'oxyde blanc d'antimoine. L'ipéca à petites doses réussit aussi fort bien. On a vanté encore le polygala, la gomme ammoniacque (à la dose de 10 centigrammes) et le chlorhydrate d'ammoniacque. Le premier groupe (tartre stibié, ipéca, kermès, oxyde blanc d'antimoine) doit être préféré.

Les *balsamiques* exercent une action modificatrice puissante sur la sécrétion bronchique. L'eau de goudron est d'un usage très populaire, mais on trouve plus d'avantages à faire usage des baumes de Tolu et du Pérou, du benjoin, même du copahu, qui a donné de bons résultats. Les modificateurs les plus puissants sont encore la créosote (vin créosoté, capsules ou perles, glycérolé) et le dernier venu dans cette série, la terpine, qu'on administre en cachets, en

capsules, en élixir, à la dose de 1 gramme de substance active par jour.

L'eucalyptol donne aussi de bons résultats, surtout quand les sécrétions bronchiques ont de la tendance à la fétidité (1 à 2 grammes en vingt-quatre heures).

Les *astringents* sont conseillés dans le cas de sécrétion trop abondante : on conseille le tannin, le cachou, l'extrait de ratanhia.

Le *soufre* est une des substances les plus actives contre la bronchite chronique et réussit souvent là où les autres préparations ont échoué. Il faut donner la préférence aux eaux minérales sulfureuses (Eaux-Bonnes, Cauterets, Labassère, Enghien) prises soit à domicile, soit sur les lieux mêmes, c'est-à-dire au traitement thermal. Les eaux arsenicales du Mont-Dore sont très vantées et réussissent bien, surtout dans la bronchite avec asthme. Le traitement par les eaux de Saint-Honoré est efficace dans les bronchites chroniques encore peu intenses.

Telle est la longue série des agents thérapeutiques mis en usage contre la bronchite chronique. Un certain nombre — et nous avons pris soin de les signaler — ont une valeur réelle.

Il existe aussi un traitement hygiénique qu'il ne faut pas négliger. On aura toujours présent à l'esprit que les poussées aiguës sont fréquentes et qu'elles aggravent singulièrement le mal : on évitera avec le plus grand soin tout refroidissement qui pourrait en déterminer l'éclosion.

L. THOINOT.

BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE

Les pseudo-membranes bronchiques sont de nature et d'origine très variées. La diphtérie, sur les bronches comme au larynx et à la trachée, fait une fausse membrane; l'histoire de cette bronchite pseudo-membraneuse est à peine digne d'une mention, car elle est effacée d'une part par les symptômes laryngés (croup), de l'autre par les symptômes pulmonaires (broncho-pneumonie) qui trop souvent coïncident avec la présence de fausses membranes diphtériques sur la trachée. Ces fausses membranes bronchiques sont bien connues de tous ceux qui ont pratiqué la trachéotomie chez des enfants, à la période où la diphtérie a déjà franchi le larynx pour descendre vers le poumon. Rejetées par la plaie trachéale, elles apparaissent *tubulées, ramifiées*, véritables moules bronchiques.

L'éruption variolique se traduit souvent sur les bronches, non par des pustules semblables aux pustules cutanées, mais par une fausse membrane étendue en lame, comme d'ailleurs sur le larynx. Cette fausse membrane est remplie de micro-organismes. La bronchite variolique pseudo-membraneuse n'a pas d'histoire clinique.

Il en est de même de la fausse membrane qui se produit sur les bronches dans les cas de fièvre typhoïde compliqués de laryngotypus. Il s'agit là d'infection secondaire, probablement streptococcique (d'après les examens anciens de Klebs et Eppinger).

Enfin, il est une variété à laquelle s'applique vraiment le nom de *bronchite pseudo-membraneuse*. Étudiée sommairement par Leudet, Gintrac, Lebert, Laboulbène, etc., elle a fait le sujet de la thèse inaugurale de M. P. Lucas-Championnière (1876)¹. En voici très sommairement résumés les traits principaux.

Assez fréquente chez l'enfant, la bronchite pseudo-membraneuse atteint surtout les sujets de dix à trente ans et, de préférence, les sujets à constitution peu robuste, ayant souffert de plusieurs bronchites antérieures.

La maladie est caractérisée par un accès de toux et d'oppression que suit l'expulsion de fausses membranes.

Pendant l'accès, la dyspnée est violente : une énorme sécrétion obstrue les tuyaux bronchiques et se traduit par le rejet d'une expectoration abondante. Cette expectoration peut, dans quelques cas particulièrement violents, être teintée de sang. Il peut y avoir même une hémorrhagie assez abondante.

Après l'accès — deux ou trois heures après — vient le rejet de *fausses membranes*, teintées ou non de sang, se présentant comme de petites boulettes qui montrent une disposition ramifiée lorsqu'on les fait flotter dans l'eau et qu'on les étale.

Ces fausses membranes, caractéristiques de l'affection, se présentent sous forme de fragments pouvant mesurer de 8 à 10 centimètres de longueur, plus souvent de moindre dimension. Ce sont des moules bronchiques, pleins ou pourvus d'une lumière centrale, ressemblant à du vermicelle, à du macaroni, à des bandelettes ou des morceaux de ténia; ils ont parfois la forme de chapelets. Ils sont constitués de la façon la plus évidente par une série de feuilletts concentriques. On les a bien à tort considérés comme le reliquat d'épanchements sanguins, ou comme des productions semblables aux membranes diphtériques. Il ne faut y voir que des composés de mucine et d'albumine (Grancher), de fibrine d'après la plupart des observations;

1. Parmi les travaux récents, nous citerons le travail de M. P. REGARD, *Contrib. à l'étude de la bronchite fibrineuse* (Thèse de Berne, 1887).

on y a signalé la présence de la syntonine¹. Au microscope, on trouve, englobés dans la masse fondamentale, des débris de l'épithélium desquamé, des leucocytes, des globules rouges, des cristaux de Charcot-Leyden comme ceux qu'on rencontre dans les crachats des asthmatiques.

Après l'accès le malade éprouve une grande amélioration. Les accès, séparés souvent par de longs intervalles — des mois ou même des années, — aillent se répétant toutes les semaines, sont souvent provoqués par l'action d'une cause extérieure telle que le froid.

Pendant la crise, l'auscultation ne fournit ordinairement que quelques renseignements sans signification précise : on perçoit des râles de bronchite, mais aussi dans quelques cas une diminution marquée du murmure vésiculaire, qui correspond à l'obstruction que produit dans les tuyaux bronchiques la présence de la fausse membrane.

L'accès est apyrétique le plus souvent.

La bronchite pseudo-membraneuse peut durer longtemps sans porter atteinte à la santé. Il faut savoir cependant que le malade est exposé à mourir suffoqué dans un accès intense.

Le diagnostic peut être difficile lorsque l'expectoration fait défaut, ce qui n'est pas rare chez les enfants. On peut alors croire à diverses bronchites, à l'asthme. En l'absence de recherches microbiologiques suffisamment nombreuses², on ne peut guère séparer les formes aiguës, d'ailleurs peu communes, des cas non moins rares de diphtérie bronchique primitive (croup ascendant).

On traite, sans grand succès d'ailleurs, cette affection par l'iodure de potassium, le goudron, le mercure. Les vomitifs peuvent aider à l'expulsion des fausses membranes lorsqu'elles sont détachées des parois bronchiques.

L. THOINOT.

DILATATION DES BRONCHES

Historique. — La dilatation des bronches ou *bronchectasie* se définit par son nom même. Son histoire anatomique et clinique a été

1. CAUSSADE (*Soc. anatomique*, 10 mai 1889, p. 371).

2. PICCHINI (*Rivista clin.*, Milan, 1889, p. 371) a trouvé plusieurs espèces microbiennes.