

quelquefois tout à fait le sommeil. S'ils se reproduisent presque sans interruption pendant plusieurs minutes, on voit alors les jugulaires se gonfler, la face se congestionner, les yeux devenir larmoyants, et les malades accuser de la céphalalgie et un grand malaise. Les quintes fréquentes produisent en outre de l'endolorissement à l'épigastre, aux hypochondres et vers les attaches du diaphragme. Enfin, les accès de toux, s'ils sont violents ou s'ils surviennent pendant le travail de la digestion, s'accompagnent de nausées, de vomissements alimentaires, bilieux ou glaireux. La toux, qui est tantôt rauque, tantôt plus ou moins éclatante, est d'abord sèche; mais elle ne tarde pas, au bout d'un ou plusieurs jours, à être suivie d'une expectoration formée d'abord par des crachats muqueux, aqueux, quelquefois striés de sang et d'une saveur salée. En dehors des quintes, l'oppression est généralement peu considérable. La poitrine percutée rend partout un son naturel; mais l'auscultation fait constater l'existence de râles sibilants et ronflants. Si la sécrétion bronchique est assez considérable, il existe aussi un râle muqueux ou sous-crépitant; et celui-ci, si l'on en excepte les cas de bronchite capillaire, siège presque toujours à la racine des bronches ou à la base de l'un et de l'autre poumon.

Le râle *sibilant* donne la sensation d'un petit sifflement prolongé, aigu ou grave; d'autres fois il ressemble davantage au gazouillement des oiseaux. Le râle *sonore* ou *ronflant*, au contraire, généralement plus bruyant, consiste en un bruit qui imite le ronflement d'un homme qui dort, ou le roucoulement de la tourterelle, ou celui que donne une corde de basse qu'on frotte avec le doigt. Le râle sibilant semble se passer dans les petites bronches, le râle ronflant dans les plus grosses. Ils s'expliquent l'un et l'autre par le rétrécissement des tuyaux aériens, produit par le boursoufflement de la muqueuse ou par des mucosités très-adhérentes. Ces deux râles sont souvent désignés sous le nom de *râles secs*; on les entend indifféremment pendant l'inspiration et pendant l'expiration. Le râle *sous-crépitant* qu'on a comparé au bruit qu'on fait en soufflant avec un chalumeau dans de l'eau de savon, est caractérisé par des bulles un peu grosses et humides inégales entre elles, et qu'on entend *surtout*, mais *non exclusivement*, pendant l'inspiration; il forme la transition entre le râle *crépitant sec* de la pneumonie et le râle *muqueux*. Celui-ci est constitué par des bulles plus grosses, plus humides et plus rares; il donne la sensation d'un véritable gargouillement, lorsque les mucosités qui le produisent sont accumulées dans des grosses bronches ou dans des bronches dilatées. Les râles sous-crépitant et muqueux sont déterminés par le passage de l'air à travers un liquide. Le premier siège *peut-être* dans les vésicules; le second est certainement produit dans les bronches.

Pour terminer l'étude des phénomènes que l'auscultation révèle, disons que dans la bronchite aiguë le murmure respiratoire est quelquefois devenu puéril; souvent il est affaibli ou masqué par des râles; quelquefois il est tout à fait nul, en raison de l'occlusion momentanée des tuyaux bronchiques par quelques mucosités; mais dès que celles-ci se sont déplacées, soit spontanément, soit après des efforts de toux, le bruit respiratoire reparait. Cette occlusion momentanée des bronches peut également suspendre les râles sibilant et ronflant. Enfin, le râle muqueux étant produit par le passage de l'air à travers des mucosités, on conçoit qu'il puisse à son tour cesser d'être perçu, lorsque les liquides se déplacent et surtout aussitôt qu'ils ont été expulsés.

Indépendamment de ces symptômes locaux, la bronchite aiguë intense s'accompagne de phénomènes généraux et sympathiques. Les malades accusent de la céphalalgie sus-orbitaire et du malaise; ils ont des horripilations; la peau

est chaude, moite, le pouls accéléré, la langue blanche, la soif vive, l'appétit nul. Souvent la plupart de ces symptômes s'exaspèrent le soir, et constituent un véritable paroxysme.

Cependant, après avoir persisté ainsi à l'état aigu, les symptômes généraux et sympathiques diminuent d'intensité, les quintes sont moins pénibles, moins fréquentes; la sécrétion bronchique augmente, elle est blanche, opaque, verdâtre; le vulgaire dit alors que le *rhume mûrit*. C'est la période dite de *coction* des anciens auteurs.

La bronchite se termine presque toujours par résolution; d'autres fois elle passe à l'état chronique. Elle n'a jamais une issue funeste, excepté chez les sujets très-affaiblis par l'âge ou par quelque maladie grave. Lorsque la mort survient dans le cours d'une bronchite, elle résulte toujours de ce que la phlegmasie s'est propagée aux petites ramifications (*bronchite capillaire*), ou au parenchyme pulmonaire (*pneumonie*), ou bien encore de ce que les mucosités ayant été sécrétées en grande abondance, et les forces ne suffisant plus pour les expulser, s'accumulent dans l'arbre aérien, gênent l'entrée de l'air, et déterminent l'asphyxie. La durée varie entre quelques jours et plusieurs semaines; elle est en général d'autant plus longue que la saison est plus froide et plus humide, que les individus sont plus faibles, plus délicats, et que la maladie a déjà récidivé un plus grand nombre de fois.

**Variétés.** — La bronchite aiguë peut présenter quelques modifications dans ses symptômes généraux et locaux. Affecte-t-elle des sujets pléthoriques, vigoureux, on observera le cortège ordinaire de la fièvre angioténique: les auteurs disent alors que le catarrhe est *inflammatoire*. D'autres fois il existe concurremment des symptômes bilieux: c'est ainsi qu'un grand nombre des affections que Stoll a observées dans le siècle dernier, et qu'il a décrites comme des pneumonies bilieuses, n'étaient, pour la plupart, que des bronchites intenses, compliquées d'un état bilieux qui, à cette époque, était le caractère prédominant de la constitution médicale de l'Europe. C'est encore à la bronchite qu'il faut rapporter les nombreuses relations qu'on trouve sur diverses fièvres catarrhales bilieuses qui ont souvent régné épidémiquement à la même époque. Il y a encore une bronchite qu'on peut appeler *latente*, car elle ne se révèle le plus ordinairement que par une toux sèche qu'on regarde souvent comme étant nerveuse et comme un résultat sympathique de la souffrance d'un autre organe: l'auscultation ne fait entendre alors aucun bruit morbide, ni aucune altération du murmure vésiculaire. Tout porte à penser que, dans ces cas, la phlegmasie est légère et bornée aux premières divisions des conduits aériens. Mais les variétés les plus importantes de la bronchite sont celles dans lesquelles la phlegmasie envahit les petites ramifications, et les obstrue par des mucosités ou par des fausses membranes: ce sont les *bronchites capillaire* et *pseudo-membraneuse*, dont nous avons déjà fait connaître les caractères anatomiques.

1° *Bronchite capillaire.* — La bronchite capillaire, ou *catarrhe suffocant*, paraît succéder presque toujours à une bronchite ordinaire de médiocre intensité; ce n'est que dans des cas fort rares que l'inflammation envahit primitivement les petites bronches, et s'annonce aussitôt par des symptômes plus ou moins graves. Quel que soit son début, dès que la bronchite capillaire existe, on observe une oppression extrême, survenant parfois presque tout à coup. L'inspiration, accompagnée souvent de sifflement, se fait péniblement et par la contraction convulsive et simultanée de tous les muscles qui peuvent y con-



courir; les mouvements respiratoires sont accélérés, surtout chez les enfants, chez lesquels on a compté jusqu'à quatre-vingts ou cent respirations par minute. La toux est fréquente, quinteuse, pénible par les douleurs déchirantes qu'elle excite derrière le sternum. Enfin, après des secousses nombreuses, les malades rejettent quelques mucosités filantes, mousseuses, et des crachats blancs, visqueux, aérés ou parfois striés de sang; ailleurs ce sont des mucosités jaunâtres, non aérées, dont l'expulsion n'amène aucun soulagement: c'est ce qui eut lieu dans l'épidémie de Nantes. La percussion donne partout un son clair; il arrive même quelquefois que la sonorité est exagérée, surtout antérieurement, ce qui s'explique par l'emphysème concomitant. L'auscultation révèle, comme dans la bronchite ordinaire, l'existence de râles ronflant, sibilant, muqueux; mais le râle sibilant est plus fin, plus tenu: il est général et mêlé presque partout à du râle sous-crépitant; enfin, le murmure vésiculaire cesse souvent d'être perçu, tant l'obstruction des petites bronches est complète. Avec un trouble si profond dans les fonctions respiratoires, la parole est brève, saccadée; le pouls, toujours accéléré, acquiert parfois une fréquence excessive; la peau est chaude, sèche ou couverte de sueur; toute l'habitude extérieure exprime la souffrance, l'anxiété. Les malades sont constamment assis, leurs bras arc-boutés pour fournir un point d'appui à quelques-uns des muscles inspirateurs; la figure est pâle, altérée, marbrée; les lèvres et les joues sont violacées. Cependant cette lutte incessante de l'organisme et l'hématoxose qui se fait si incomplètement finissent par épuiser les forces. Au bout de quelques jours de réaction, les malades s'affaissent, la respiration diminue de fréquence sans devenir plus facile; les râles persistent au même degré, excepté le râle sous-crépitant, qui ordinairement diminue ou cesse même complètement. L'expectoration est en même temps plus pénible; des mucosités, s'accumulant dans l'arbre aérien, y déterminent par le passage alternatif de l'air un bruit de râlement ou de gargouillement. La teinte violacée de la face est plus foncée; on observe la même coloration aux pieds et aux mains; quelquefois même des vergetures, des plaques violacées se dessinent sur toute la surface du corps; le pouls perd de sa force, sa fréquence augmente, et il devient irrégulier. Les malades s'affaissent de plus en plus; ils tombent dans la somnolence, et succombent lentement en conservant jusqu'au dernier moment l'intégrité des facultés intellectuelles. Si, au contraire, la maladie doit avoir une heureuse issue, on voit diminuer simultanément le nombre des respirations et l'anxiété. Les râles sont moins bruyants, moins étendus, moins nombreux, ce qui indique que le poumon est devenu plus perméable; la peau perd peu à peu sa coloration violacée; enfin, la convalescence se déclare. Cependant les malades présentent souvent pendant longtemps encore tous les symptômes d'une bronchite simple.

Les accidents propres à la bronchite capillaire cessent après une durée variable. Celle-ci est rarement moindre de cinq jours, et ne dépasse guère dix ou quinze. Lorsque la mort survient, elle a communément lieu dans cet intervalle. La convalescence est toujours assez longue. La bronchite capillaire est très-sujette à récidiver.

2° *Bronchite pseudo-membraneuse.* — Les symptômes que je viens d'indiquer sont précisément ceux qu'on observe dans la bronchite *pseudo-membraneuse*: c'est la même dyspnée, la même anxiété, la même suffocation; mais le caractère essentiel est fourni par l'expectoration. Dans la bronchite pseudo-membraneuse, les malades, après des quintes de toux plus ou moins

répétées, et après avoir rejeté quelques crachats blancs ou sanguinolents, expulsent des fausses membranes, les unes aplaties, rubanées; les autres tubulées, canaliculées, plus ou moins ramifiées, donnant quelquefois l'image d'une racine avec son chevelu. Ces fausses membranes n'ont parfois que quelques millimètres de long, mais il en est qui ont jusqu'à 10 ou 15 centimètres; elles peuvent égaler le volume d'une grosse plume d'oie et avoir des parois épaisses de 3 à 15 millimètres. Les malades sont soulagés après cette expulsion; mais les signes de suffocation et d'asphyxie reparaissent aussitôt que la fausse membrane s'est reproduite. Dans l'espèce de bronchite dont il s'agit ici, on observe les râles sibilants et ronflants qu'on trouve dans les bronchites ordinaires; quelques personnes ont dit qu'on percevait en outre un bruit particulier, une espèce de *bruit de soupape*, qui se produit lorsque les fausses membranes, détachées en partie, flottent dans l'arbre aérien. Mais ce bruit n'a rien de bien tranché, et l'on comprend qu'un mucus un peu consistant puisse donner à l'oreille la même sensation.

Il est inutile de dire que dans cette affection on n'observe aucun trouble du côté du larynx; point de fausses membranes dans le pharynx, c'est-à-dire rien qui puisse faire croire à l'existence d'un croup.

La bronchite pseudo-membraneuse a la même marche que la bronchite capillaire. Elle tue de la même manière, c'est-à-dire par asphyxie ou par complication de pneumonie; mais elle peut, contrairement à l'autre, exister à l'état chronique. (Voyez plus bas, *Bronchite chronique.*)

**Diagnostic.** — Le diagnostic de la bronchite est presque toujours facile; en effet, le caractère de la toux et de l'expectoration, la sonorité conservée de la poitrine et la nature des râles secs et humides, ne permettront de la confondre avec aucune autre maladie aiguë de poitrine. La bronchite capillaire offre des caractères non moins tranchés, et l'on verra plus tard qu'il n'est pas possible de la confondre avec la coqueluche ni avec la pneumonie. On la distinguera aisément de la laryngite striduleuse, maladie presque apyrétique, qui détermine une suffocation arrivant subitement et par accès; en outre, dans celle-ci on ne trouve pas à l'auscultation les râles bruyants, ni à la percussion la sonorité d'emphysème qu'on observe dans la bronchite capillaire. Nous avons dit précédemment (p. 46), que la bronchite capillaire pouvait parfois simuler une fièvre typhoïde, et nous verrons ailleurs à l'article *Phthisie*, qu'elle peut masquer aussi une tuberculisation pulmonaire aiguë. La bronchite pseudo-membraneuse, malgré l'oppression qui l'accompagne et le rejet des fausses membranes, ne pourra pas non plus être confondue avec le croup, en raison de l'absence de la respiration sifflante, de l'enrouement, de l'aphonie, de la toux et de la voix croupales.

**Pronostic.** — Le pronostic de la bronchite capillaire est très-grave, puisque cette maladie emporte à peu près le sixième des adultes et les sept huitièmes des petits enfants, ainsi que des vieillards qui en sont atteints. Pour ces derniers, il ne faut pas oublier que la bronchite capillaire se complique fréquemment de pneumonie lobulaire, qui est une cause de nouveaux dangers. La bronchite pseudo-membraneuse est au moins aussi grave que la précédente. L'inflammation simple des grosses bronches est, au contraire, une affection bénigne dont l'issue est constamment heureuse, excepté chez quelques vieillards, chez les très-petits enfants, et généralement chez tous les sujets débilités. Souvent alors la mort arrive par asphyxie lorsque les mucosités sécrétées en grande abondance ne peuvent plus être expulsées.

**Étiologie.** — La bronchite est une maladie très-commune; il est rare qu'un



même individu n'en soit pas atteint plusieurs fois dans le cours de son existence. Plus fréquente pourtant aux deux extrêmes de la vie, elle paraît être aussi plus commune chez l'homme que chez la femme (Louis et Ruzf), ce qui dépend probablement des conditions hygiéniques différentes auxquelles les deux sexes sont inégalement exposés. La prédisposition à la bronchite est d'autant plus grande qu'on en a déjà été atteint un plus grand nombre de fois. Cette maladie survient, dans la grande majorité des cas, d'une manière spontanée en apparence, et sans qu'on puisse saisir l'action d'aucune cause déterminante; mais assez souvent, néanmoins, elle est consécutive à l'action du froid, soit à un refroidissement partiel de la tête ou des pieds, ou bien à des variations brusques de température: aussi la maladie est-elle plus fréquente dans l'hiver, au printemps et en automne. C'est dans ces saisons qu'on la voit quelquefois régner épidémiquement. Il est des bronchites qui sont *symptomatiques*; nous n'avons pas à nous en occuper ici: ce sont celles qu'on observe dans la rougeole et dans la fièvre typhoïde, on les voit souvent devenir capillaires.

Nous ne savons rien sur l'étiologie de la bronchite pseudo-membraneuse, si ce n'est qu'elle semble se montrer préférablement chez des individus affaiblis et souffrant depuis longtemps de quelque affection des voies respiratoires.

**Traitement.** — Le traitement doit varier suivant l'intensité de la maladie. Si la bronchite est bénigne et toute à fait apyrétique, il suffira que les malades observent une bonne hygiène; ils useront avec avantage des boissons et des pâtes pectorales. C'est dans cette forme de la maladie que quelques personnes ont préconisé divers moyens pour faire avorter l'inflammation. Ainsi Laënnec, d'accord en cela avec le vulgaire, conseillait l'usage des spiritueux (vin, punch, eau-de-vie) pris chauds, de manière à exciter une forte diaphorèse; d'autres ont employé un bain d'étuve ou de vapeur et des révulsifs cutanés; ces derniers sont généralement utiles. Quant aux excitants diffusibles, il faut en restreindre l'emploi aux malades qui ne sont point pléthoriques, qui n'ont aucune phlegmasie gastro-intestinale, ni aucune tendance à contracter une pneumonie. Il est d'ailleurs prudent de s'abstenir de ces moyens. L'opium, administré le soir à dose modérée, est doublement utile, il modère la toux, et agissant en outre comme sudorifique, il arrête parfois la maladie d'une manière assez prompte.

Si la bronchite est plus intense, si elle s'accompagne de fièvre, il faut prescrire un repos absolu, la diète, les mêmes boissons douces que précédemment; et si le pouls est large, la chaleur élevée, l'oppression forte, on devra pratiquer une et même plusieurs émissions sanguines. Il faut ordinairement préférer l'ouverture de la veine aux sangsues; on y joindra l'emploi de pédiluves irritants et de purgatifs doux. Si la poitrine est douloureuse, on pourra appliquer avec avantage, au-devant du sternum, un cataplasme émollient, qu'on recouvrira d'un taffetas ou d'une flanelle, afin de prévenir son refroidissement. Les vomitifs sont d'un usage fréquent dans la bronchite; on les emploie dans deux cas: ou bien pour combattre des symptômes bilieux ou pour favoriser l'expectoration. Lorsqu'en effet, par une cause quelconque, les mucosités sont incomplètement expulsées et s'accumulent dans les bronches, l'émétique et l'ipécacuanha en provoquent l'expulsion pendant les secousses du vomissement. Ces substances ont en outre l'avantage d'exciter la diaphorèse. Les vomitifs peuvent et doivent même être administrés dans la plupart des cas, bien qu'aucun accident gastrique ne semble en réclamer l'emploi. C'est un moyen que M. Girard (de Marseille) a beaucoup préconisé dans les bronchites aiguës avec fièvre (*Archives* de 1843). La toux est un symptôme très-incommode, et qui exige des moyens spéciaux. On emploiera contre elle les pédiluves irritants, et

surtout les préparations d'opium en pilules ou en potion; enfin, dans les cas les plus rebelles, on essayera l'emploi d'un bain tiède un peu prolongé. Ce moyen réussit surtout chez les enfants.

Peut-on dans les cas graves et lorsque les moyens indiqués plus haut ont échoué, espérer de bons effets des mercuriaux et particulièrement du calomel? Graves le dit, mais il manque encore à cet égard des expériences précises pour établir la valeur de cette médication. Lorsque tous les accidents aigus sont calmés; lorsque, les signes de congestion ayant cessé, la toux et l'expectoration persistent, on devra insister sur la médication révulsive, c'est-à-dire sur les purgatifs, sur les sudorifiques en boisson, ou appliqués à l'extérieur, tels que les bains de vapeur, les frictions sèches, aromatiques, sur la peau, les emplâtres excitants, rubéfiants, vésicants, sur la poitrine (sparadrap, poix de Bourgogne, vésicatoires). Les onctions avec l'huile de croton ou la pommade d'Autenrieth agiront de même. On associera à ces moyens l'usage de quelques boissons légèrement excitantes, telles que le lichen, le lierre terrestre, l'hysope, le polygala, etc. Enfin, si la maladie a passé tout à fait à l'état chronique, on prescrira la série de moyens dont nous parlerons plus bas.

Dans la bronchite capillaire, on insistera sur la médication antiphlogistique et révulsive; mais il faut éviter de trop prodiguer la saignée, dans la crainte d'épuiser les forces. D'ailleurs, si nous consultons notre propre observation, nous dirons que la saignée produit généralement un soulagement beaucoup moins prompt et moins marqué que ne le font les vomitifs, après l'emploi desquels les malades respirent presque toujours mieux. On devra donc les répéter plusieurs fois à quelques jours de distance: c'est une méthode dont M. Michel Lévy a constaté les bons effets à l'hôpital du Val-de-Grâce, ainsi que cela résulte d'un travail publié en 1845 dans la *Gazette médicale*, par M. Chambert. La médication vomitive est aussi spécialement applicable aux cas de bronchite pseudo-membraneuse. Les purgatifs sont beaucoup moins avantageux. Enfin, lorsque, nonobstant les moyens qui précèdent, l'oppression continue à faire des progrès, on pourra quelquefois conjurer le danger en appliquant un large vésicatoire sur la partie antérieure du thorax. Dans la seconde période, lorsqu'à la réaction s'unit de l'accablement, il convient de soutenir les forces par quelques toniques, par les macérations de quinquina et par les boissons vineuses; en même temps on donnera les substances dont l'usage est consacré par l'expérience comme favorisant l'expectoration: tels sont, en particulier, le polygala, l'oxymel scillitique et le kermès. Dans tous les cas, il faut, surtout chez les vieillards et chez les enfants, surveiller le décubitus, et donner à ces malades, dans leur lit, la potion la plus convenable pour favoriser l'expectoration; on les changera en outre souvent de place, afin de prévenir les congestions passives.

#### De la bronchite chronique.

La bronchite est souvent chronique; cette forme de la maladie est tantôt primitive et tantôt consécutive à l'état aigu.

**Caractères anatomiques.** — Les lésions diffèrent parfois très-peu de celles qu'on rencontre dans la forme aiguë. Dans la bronchite chronique, pourtant, la muqueuse est plus communément violacée, ardoisée: cette couleur est généralement partielle; elle existe uniformément sur une certaine surface, ou bien elle y est irrégulièrement disséminée. Il est rare que la membrane soit ramollie, et elle ne l'est jamais au point de se réduire en pulpe par la pression



du doigt, comme on le voit si fréquemment pour la muqueuse gastro-intestinale. C'est à tort que quelques auteurs ont signalé les ulcérations comme étant un caractère anatomique assez fréquent de la bronchite chronique. Les recherches des médecins français, celles de MM. Louis et Andral surtout, ont en effet démontré que les ulcérations des bronches étaient excessivement rares en dehors de l'affection tuberculeuse. On voit, au contraire, quelquefois la muqueuse chroniquement enflammée subir un épaississement assez considérable pour rétrécir ou même pour oblitérer tout à fait le calibre des petites ramifications; on y a même vu des concrétions pseudo-membraneuses s'y former comme à l'état aigu. Enfin, il est d'autres altérations qui coïncident fréquemment avec la bronchite chronique: je veux parler de la dilatation des bronches et de l'emphysème pulmonaire. Nous en parlerons dans le second volume.

**Symptômes.** — Dans la bronchite chronique, il n'existe communément aucune douleur de poitrine; quelquefois pourtant les malades éprouvent à l'épigastre et derrière le sternum un sentiment de gêne, de chaleur ou de pression qui est permanent, ou qui ne se réveille passagèrement qu'après les quintes de toux. La respiration n'est pas ordinairement accélérée, du moins lorsque les malades sont au repos; cependant quelques-uns ont une dyspnée habituelle, qui augmente par l'exercice, et qui peut quelquefois se montrer sous forme d'accès. La bronchite chronique peut produire, en effet, la série d'accidents qui caractérisent les accès d'asthme; c'est ce qu'on observe spécialement dans le cas où la membrane muqueuse des bronches est épaissie dans une grande étendue. On a encore supposé que ces mêmes accidents pouvaient résulter d'une congestion subite de la muqueuse ou de l'obstruction des rameaux bronchiques par des mucosités. Quoi qu'il en soit, dans ces cas, la dyspnée, survenant presque subitement, arrive rapidement à son plus haut degré d'intensité; elle disparaît ordinairement après une expulsion abondante de crachats, et ne laisse après elle d'autres troubles dans les fonctions respiratoires que ceux qui résultent de la bronchite elle-même.

La toux et l'expectoration sont les deux symptômes dominants de la bronchite chronique. La toux est rare ou fréquente; dans ce dernier cas, elle a lieu par quintes. L'expectoration est facile ou difficile, rare ou abondante. Les matières rejetées sont très-variables: elles peuvent être grisâtres, jaunâtres, verdâtres, opaques, ou d'un blanc mat, ou tout à fait purulentes; elles adhèrent au fond du vase (*catarrhe muqueux*); ailleurs c'est un liquide incolore, transparent, filant, spumeux à la surface, et qui, lorsqu'on a enlevé cette écume, ressemble à du blanc d'œuf délayé dans de l'eau (*catarrhe pituiteux*). Mais cette espèce d'expectoration caractérise bien moins la bronchite chronique qu'un flux particulier des bronches, dont nous parlerons plus tard en détail (voyez *Bronchorrhée*). La quantité des crachats varie beaucoup; le plus souvent elle est de 40 à 60 grammes; mais elle s'élève quelquefois à plus d'un kilogramme, et, dans ce cas, il est fréquent de voir les malades rejeter les crachats en grande quantité à la fois, comme si une vomique s'était ouverte dans les bronches; enfin, d'autres fois, il n'y a point d'expectoration, du moins les malades ne rejettent, dans les vingt-quatre heures, que quelques crachats globuleux, nacrés, d'un gris de perle et de consistance d'empois (c'est le *catarrhe sec* de Laënnec).

Les matières expectorées, dans la bronchite chronique, n'exhalent communément aucune odeur, cependant elles peuvent devenir accidentellement ou assez habituellement infectes. Cela peut dépendre de plusieurs causes: d'une gangrène de la muqueuse tapissant quelques bronches dilatées; de l'altération

subie par les liquides bronchiques retenus dans quelque ampoule de l'arbre bronchique. On a dit enfin qu'une perversion de l'innervation comparable à celle qui détermine l'apparition du sucre dans le sang, pouvait altérer les mucosités bronchiques. C'est là un point qui demande à être éclairé par des observations plus nombreuses et peut-être plus précises que celles qu'on doit au docteur Laycock (1).

J'ai dit précédemment que la bronchite pseudo-membraneuse pouvait exister à l'état chronique. Dans cette forme de l'affection, on voit les malades qui tousent toujours devenir de temps en temps plus souffrants, et rejeter, au milieu d'une anxiété plus ou moins vive, après des quintes répétées, et parfois aussi sans beaucoup de difficulté, des fausses membranes tubulées mêlées à une plus ou moins grande quantité de crachats ordinaires. Ces crises se renouvellent à des intervalles plus ou moins rapprochés, et pendant deux, quatre, six et sept années de suite.

Quelle que soit d'ailleurs l'espèce de bronchite, l'expectoration offre de nombreuses différences chez le même individu: c'est ainsi qu'elle devient plus abondante dans les temps humides ou après un refroidissement, avec l'usage de certains aliments, et généralement après toutes les causes capables d'augmenter la congestion de la membrane muqueuse des bronches.

Dans la bronchite chronique, la sonorité du thorax est normale, et à l'auscultation on constate l'existence des râles ronflant, sibilant, muqueux et sous-crépitant de l'état aigu. Les deux premiers existent souvent dans toute l'étendue des poumons, tandis que les deux autres, le dernier surtout, ne se retrouvent guère qu'en arrière à la base de ces organes. En général, la bronchite chronique simple ne s'accompagne pas de fièvre ni d'aucun trouble grave du côté des fonctions digestives et assimilatrices. Cependant, si la sécrétion bronchique est très-considérable, il peut y avoir un peu d'amaigrissement: celui-ci dépend souvent aussi d'un trouble concomitant dans les fonctions digestives.

**Marche. Durée. Terminaisons.** — La bronchite chronique persiste, en général, pendant plusieurs mois d'une manière continue ou avec des exacerbations. Si elle naît au commencement de l'hiver, il est rare qu'elle cesse complètement avant les chaleurs de l'été; elle reparait souvent avec les premiers froids; sa durée, par conséquent, n'a rien de fixe. Cette maladie peut se terminer par résolution; celle-ci est quelquefois hâtée par le passage de la phlegmasie à l'état aigu; mais chez les vieillards, cette recrudescence annonce souvent le début d'une pneumonie. Enfin, il paraît que quelquefois la mort a été produite par l'épuisement seul qu'entraîne toute sécrétion exagérée. Cependant, lorsque la bronchite chronique tue, il est très-rare qu'il n'y ait pas quelque grave altération, qui à elle seule peut expliquer la mort, ou qui du moins a dû en rapprocher le terme: tels sont surtout les tubercules pulmonaires et les maladies du cœur. Enfin, il arrive fréquemment que tous les signes anatomiques de l'inflammation cessant, on voit la muqueuse reprendre sa couleur, sa consistance et son épaisseur; mais, nonobstant cela, l'expectoration continue à être tout aussi abondante que par le passé; la maladie a alors évidemment changé de nature. On ne doit plus voir ici qu'une simple modification, qu'une perversion de la sécrétion, qui a pour point de départ l'inflammation, mais qui continue ensuite quoique celle-ci ait disparu. Il est à supposer que la membrane a subi alors une modification toute vitale, et par conséquent insaisissable.

**Diagnostic.** — Le diagnostic différentiel de la bronchite chronique sera

(1) *On Fetid Bronchitis*, in *Medical Times and Gazette*, année 1857.