

d'affaiblissement et d'une émaciation générale, comme c'est le cas pour tous les cancers, composent l'ensemble de l'appareil morbide. Le diagnostic n'est possible qu'au moyen du laryngoscope. En outre, l'exploration digitale qui perçoit à l'entrée du larynx ou dans son voisinage une dureté caractéristique, vient en aide au diagnostic. La diversité des cas ne permet pas de donner une description uniforme de l'image fournie par le miroir laryngien. A sa lumière on voit une néoplasie, irrégulière d'aspect, ordinairement injectée, couverte de mucosité, parfois déjà à l'état d'ulcération et, à côté d'elle, les signes consécutifs du catarrhe, de la périchondrite concomitante, etc. Avec un peu d'exercice, le diagnostic n'est pas difficile. Cependant la distinction d'avec la tuberculose (bacilles tuberculeux) et la syphilis (effet d'un traitement spécifique) offre parfois des difficultés. Il importe donc d'examiner soigneusement tous les autres organes.

Le **traitement** des néoplasmes du larynx est essentiellement chirurgical. Nous devons renvoyer aux ouvrages spéciaux pour tout ce qui concerne les détails. Les laryngologues ont construit de nombreux instruments pour enlever, avec le secours du miroir laryngien, les polypes de bonne nature, par la section, la torsion, le broiement et l'arrachement. L'opération est grandement facilitée par l'anesthésie locale de la muqueuse laryngée (v. ci-dessus), qu'on obtient à l'aide du *badigeonnage à la cocaïne*. Quoi qu'il en soit, ici comme pour le traitement local de la tuberculose, nous soutenons en principe que les opérations « endolaryngiennes » doivent de plus en plus céder le pas à la laryngofissure. — Dans le carcinome du larynx il n'y a que l'ablation de la tumeur à l'aide de la *laryngofissure* ou par l'*extirpation totale* du larynx qui puisse aboutir à un succès. La laryngofissure est un procédé relativement inoffensif, tandis que l'extirpation totale n'a été exécutée que dans des cas exceptionnels avec le même résultat. Si l'intervention chirurgicale n'est plus possible, le traitement ne peut avoir pour objectif que de soulager les souffrances du malade (narcotiques, morphine, cocaïne, etc.)

TROISIÈME PARTIE. MALADIES DE LA TRACHÉE ET DES BRONCHES.

CHAPITRE PREMIER.

CATARRHE AIGU DE LA TRACHÉE ET DES BRONCHES.

(Trachéite et bronchite catarrhale aiguë.)

Étiologie. Le catarrhe aigu des grandes voies aériennes (trachée et grosses bronches) est une maladie fréquente et qui peut souvent être attribuée à des causes de *refroidissement*. On comprend en effet que l'inspiration d'un air froid et humide exerce une influence directement nuisible sur la muqueuse des voies aériennes supérieures. Le catarrhe bronchique est très souvent associé à un catarrhe simultané du larynx, plus rarement de l'arrière-gorge. Dans le catarrhe bronchique commun et léger, l'affection ne s'étend guère au delà de la trachée et des premières ramifications bronchiques, les bronches de fin calibre restant intactes.

Les inflammations bronchiques sont plus intenses quand elles se déclarent à la suite d'*irritations mécaniques ou chimiques* à action plus puissante. Après l'inhalation de gaz nuisibles (principalement de vapeurs d'acide hyponitrique, d'acide sulfureux, de chlore et de brome) se développe parfois une forte bronchite, comme on l'observe principalement chez les ouvriers de fabrique. La respiration d'un air chargé de fumée, de poussière, notamment de poussière végétale, à laquelle sont particulièrement exposés beaucoup de métiers et de professions (meuniers, ouvriers de charbonnages, etc.), agit également d'une façon nocive. Dans ces formes de bronchite, le catarrhe s'étend souvent jusqu'aux bronches capillaires.

Plus fréquemment encore que les formes de bronchite primitive que nous venons de nommer, on voit la bronchite se déclarer au *cours d'autres maladies aiguës ou chroniques*. Les *causes infectieuses* ont vraisemblablement une grande part à leur production, notamment dans certaines maladies infectieuses aiguës (surtout la *rougeole* et la *coqueluche*) où la bronchite constitue une détermination locale presque constante, qui est probablement sous la dépendance immédiate de l'*infection primitive*. Dans la plupart des autres maladies infectieuses aiguës, au contraire, la bronchite se développe *secondairement* et tient en majeure partie à l'*aspiration de substances nuisibles*

provenant de la partie supérieure des voies aériennes. C'est ainsi que s'explique la bronchite dans les processus diphthéritiques du pharynx et du larynx, si toutefois elle n'est pas due à une extension directe de la maladie; il en est de même dans la variole, etc. Dans toutes les autres maladies graves possibles, la bronchite est une complication des plus fréquentes, attendu que dans la cavité buccale et le pharynx se forme une accumulation de matières sécrétées, un état phlegmasique, du muguet, etc. et que de là les agents phlogogènes chimiques ou organisés sont facilement aspirés jusque dans l'intérieur des bronches. Une autre condition nuisible chez tous les malades profondément atteints, c'est le *défaut d'expectoration*. La sécrétion stagne dans les bronches, dans le mucus stagnant s'établissent des processus de putréfaction, les bactéries viennent s'y nicher, provoquent la bronchite d'abord et à sa suite les pneumonies lobulaires qu'on rencontre si fréquemment. La *déglutition faite de travers* et l'aspiration de débris d'aliments prompts à se décomposer, peuvent aussi devenir une cause importante de bronchites secondaires.

Nous ignorons jusqu'à quel point, dans la bronchite primitive, les agents infectieux entrent directement en cause, bien qu'une étiologie semblable ne soit pas dénuée de probabilité pour beaucoup de cas. Aussi bien il est à penser que dans beaucoup de « bronchites par refroidissement » l'élément infectieux finit également par jouer un rôle, étant donné que le refroidissement antécédent a diminué la force de résistance de la muqueuse saine et que dès lors l'action des agents infectieux est devenue possible par là ou tout au moins rendue plus facile.

Disons enfin que la bronchite aiguë n'est souvent qu'une simple *exaspération d'une bronchite chronique préexistante*.

La *prédisposition* à la bronchite aiguë varie d'après les individus. Nous ne savons pas sur quoi se base en fin de compte cette prédisposition plus prononcée à la bronchite, et pourquoi on la rencontre, d'une part chez les personnes faibles et anémiques, et de l'autre chez les gens qui jouissent d'une « riche complexion ». Chez les *enfants* et les *vieillards* la bronchite est plus fréquente que dans l'âge moyen. Elle se déclare, comme on sait, de préférence le printemps et l'automne.

Symptômes. La bronchite catarrhale commune est parfois accompagnée de *douleurs thoraciques*, mais à un faible degré seulement. Quand la *trachéite* est intense, les malades éprouvent une sensation de plaie vive au cou et derrière la partie supérieure du sternum, sensation que la toux rend plus pénible. La muqueuse des *bronches* n'a, paraît-il, pas de filets nerveux sensibles, et les *douleurs thoraciques* qui appartiennent à la

bronchite sont le plus souvent *musculaires* (intercostaux) et résultent des fortes secousses de la toux.

La *toux* est un des symptômes les plus constants de la bronchite. C'est par elle que le malade ou le médecin est averti tout d'abord de l'existence d'une affection de la poitrine. Quand la laryngite coëxiste, la toux peut naturellement dépendre de cette dernière. Cependant il n'y a pas de doute qu'elle ne puisse aussi émaner par voie réflexe de la muqueuse de la trachée, de celle des grosses bronches comme de celle des bronches capillaires. S'il faut en croire les recherches expérimentales, l'angle de bifurcation de la trachée serait doué d'une sensibilité exquise et beaucoup d'accès violents de toux seraient dus à une irritation de cet endroit par du mucus accumulé. L'intensité de la toux est d'ailleurs très diverse dans chaque cas, ce qui tient autant à l'acuité et à l'étendue de la bronchite qu'à l'irritabilité de l'individu qui en est atteint.

L'*expectoration* est formée par les produits de sécrétion de la muqueuse enflammée. La quantité et la composition des crachats diffèrent beaucoup dans chaque cas. On distingue des *catarrhes à sécrétion abondante* et des « *catarrhes dits secs* ». Dans ces derniers, le malade ne crache qu'un peu de mucus tenu; dans les premiers, l'expectoration est plus abondante et muco-purulente. Au début, l'expectoration est le plus souvent rare, et constituée par des mucosités visqueuses (*crachats crus* des anciens); dans la suite, elle est plus copieuse, se détache facilement et devient purulente (*crachats cuits*). Dans le catarrhe des bronches de petite dimension, l'expectoration peut renfermer de fins moulages des bronches, formés d'un mucus épais ou de muco-pus. *Au microscope*, l'expectoration catarrhale commune ne présente rien de caractéristique. Les corpuscules de pus sont souvent gonflés et plus ou moins graisseux. De petites quantités de *sang* peuvent accidentellement se mêler aux crachats, quand la bronchite est intense. Ceux-ci n'emportent aucune signification particulière. Le sang n'est parfois qu'un simple résultat des fortes secousses de la toux. Chez les buveurs souffrant de bronchite aiguë, nous avons vu le sang se mêler constamment et en quantité considérable à l'expectoration catarrhale, de sorte qu'on serait autorisé à qualifier une telle bronchite du nom de « *bronchite hémorrhagique* ».

La *dyspnée* fait d'ordinaire complètement défaut dans la bronchite commune. Dans la bronchite étendue des petites bronches, il se déclare parfois une gêne marquée de la respiration.

EXAMEN PHYSIQUE. Quand on a l'habitude de la laryngoscopie, on peut, à l'aide du *miroir laryngien*, juger de l'état de la *muqueuse trachéale*. En

cas de trachéite, on constate l'injection de la trachée et la grande masse de produits de sécrétion versés à sa surface. Pour apprécier les altérations des bronches, nous devons recourir à d'autres méthodes d'investigation physique.

L'inspection du thorax n'offre rien d'anormal dans la bronchite légère. Quand la bronchite est plus intense et principalement quand elle attaque les bronches de faible calibre, la respiration est un peu accélérée et l'expiration prolongée. La percussion, dans une bronchite exempte de complication, ne révèle aucune modification de la résonance thoracique. L'auscultation également n'apprend rien de particulier dans nombre de cas de bronchite légère qui se bornent à la trachée et aux grosses bronches. Mais quand les petites bronches sont atteintes en même temps et que l'exsudation s'amasse en quantité dans l'arbre bronchique, on entend tantôt concurremment avec le murmure vésiculaire, et tantôt le masquant presque tout entier, des râles dits bronchiques. Si la bronchite est sèche, ces râles, d'après le son qu'ils fournissent, s'appellent ronflants et graves (*rhonchus sonores*) ou sibilants et aigus (*rhonchus sibilants*). Ce sont probablement des bruits musicaux sténosiques qui naissent au passage de l'air à travers les endroits rétrécis des bronches. Ce rétrécissement résulte en partie du gonflement de la muqueuse, en partie de la sécrétion qui y adhère. Il est possible aussi que les matières sécrétées elles-mêmes concourent à la formation des râles sonores, quand elles se mettent à l'unisson de l'oscillation vibratoire. Si la sécrétion qui humecte les bronches est plus copieuse et qu'elle ait une consistance plus fluide, il se produit, lors de la traversée de l'air, des « râles bulleux humides » et d'après que ceux-ci se forment dans des bronches de gros ou de fin calibre, ils prennent le caractère de « râles à bulles moyennes » ou à « petites bulles ».

En dehors des symptômes décrits jusqu'ici et dépendant directement de la bronchite, il se manifeste parfois d'autres phénomènes morbides. L'état général est d'ordinaire troublé, quand la bronchite est intense. Les malades se sentent mal à l'aise et ont moins d'appétit que d'habitude. Il existe souvent, notamment vers le soir, un mouvement fébrile modéré. La température s'élève rarement au delà de 39°, 0, si ce n'est chez les enfants. Les malades se plaignent quelquefois de céphalalgie qui augmente principalement lors des forts accès de toux.

On distingue d'ordinaire les différentes formes de bronchite d'après le degré d'étendue du catarrhe.

1. **Formes légères de la bronchite aiguë.** Dans la plupart des bronchites primitives communes, consécutives au refroidissement ou à d'autres influences nocives agissant sur la muqueuse, le catarrhe reste limité

à la muqueuse des grosses bronches, de même que dans un grand nombre de bronchites secondaires de légère intensité. Le malaise est modéré. La toux seule est parfois réellement fatigante. La fièvre le plus souvent fait complètement défaut ou n'est qu'à peine marquée. L'auscultation constate, principalement aux lobes inférieurs ou disséminés dans toute l'étendue du poumon, mais presque également répartis des deux côtés, de gros râles ronflants peu nombreux, à moins que dans beaucoup de circonstances elle ne découvre, comme on l'a établi, rien de bien anormal, à telle enseigne qu'il n'y a que la gêne thoracique subjective, la toux et l'expectoration qui permettent de conclure à l'existence de la maladie. Quand le malade prend les précautions requises, la bronchite commune primitive évolue en peu de jours, tout au plus en quelques semaines et fait place à une guérison complète. A défaut de soins de la part du malade et grâce à la persistance des influences nocives, la maladie peut traîner en longueur et finir par passer à la chronicité.

2. **Bronchite aiguë fébrile de plus grande intensité.** Parfois la bronchite aiguë primitive se déclare avec des allures plus sévères, soit que les nocuités en cause aient agi sur les bronches avec une violence particulière, soit que des influences peut-être de nature spéciale et peu connues jusqu'ici (infectieuses?) entrent en ligne de compte. Dans ces conditions, les malaises sont plus considérables, les râles bronchiques plus nombreux et l'état général est compromis davantage. La fièvre persiste quelquefois pendant plusieurs jours ou plus de temps encore (1 à 2 semaines), affectant un type régulièrement rémittent, mais dépassant rarement 39° à 39°,5. Nous avons été frappé de voir que précisément dans les formes sévères de la bronchite aiguë, la maladie se concentre quelquefois sur un seul lobe ou tout au moins sur un seul côté. Toutefois on rencontre aussi des bronchites aiguës graves à caractère diffus. — L'issue de cette forme morbide est pareillement presque toujours favorable, à moins qu'il ne s'agisse de personnes d'une débilité particulière ou d'un âge avancé.

3. **Catarrhe des petites bronches Bronchite capillaire.** Il est rare que chez un adulte la bronchite primitive commune s'étende jusqu'aux bronches capillaires. Par contre, la bronchite secondaire qui vient compliquer d'autres maladies graves (voyez plus haut), se propage souvent jusqu'aux dernières ramifications bronchiques et finit par produire des foyers pneumoniques lobulaires (« pneumonie catarrhale » voir ci-dessous). On s'aperçoit que les bronches de fin calibre s'enflamment, quand l'auscultation commence à percevoir des râles d'une tonalité plus élevée, à caractère sibilant et aigu, ou qu'il s'y mêle une quantité de râles humides à fines

bulles. La *gène respiratoire* dans un catarrhe étendu des petites bronches est parfois très considérable. La respiration est fortement accélérée et l'expiration le plus souvent prolongée. La *toux* est quelquefois très intense. Les crachats sont muco-purulents et d'ordinaire peu abondants.

La *bronchite capillaire des enfants* est très importante au point de vue pratique. L'expérience nous apprend que la bronchite des enfants a toujours de la tendance à envahir les bronches capillaires. Ces bronchites étendues à de larges surfaces s'observent particulièrement chez les enfants débiles, enclins à la tuberculose ou atteints de rachitisme. C'est surtout à l'époque de la première dentition qu'existe cette prédisposition marquée à contracter des bronchites. Cependant elles peuvent aussi se déclarer dans la toute première enfance.

C'est ordinairement la *toux* qui avertit les parents que l'enfant est malade ; elle se manifeste surtout au moment où les enfants se mettent à pleurer. Les petits enfants *n'expectorent* jamais, ils avalent les mucosités que la toux fait remonter dans l'arrière-gorge. Un symptôme très marquant, c'est l'*accélération de la respiration* qui monte parfois à 60,80 mouvements respiratoires et plus par minute. En même temps la respiration se fait avec effort, elle est le plus souvent superficielle et un peu irrégulière dans les cas graves. Par suite de l'entrée insuffisante de l'air dans les petites bronches, il se produit fréquemment des *dépansions inspiratoires à la base et sur les côtés du thorax*. L'expiration chez les enfants est souvent bruyante et entrecoupée de gémissements. Des *râles fins et humides* sont disséminés dans le poumon. Dans les cas graves, les enfants sont agités, anxieux, parfois manifestement cyanosés, et finissent par tomber dans l'apathie et l'assoupissement. Mais alors, il ne s'agit plus d'une bronchite simple, car déjà se sont formés des noyaux de *pneumonie catarrhale*. — Cette maladie est presque toujours accompagnée de *fièvre*, laquelle peut atteindre 40° et même davantage. Le *pouls* se précipite et s'élève à 120 et 140 battements et plus encore par minute. La *durée* de la maladie comporte rarement moins que deux à trois semaines, parfois elle se prolonge beaucoup plus. C'est principalement chez les enfants mal nourris que la mort peut survenir, tantôt par affaiblissement général, tantôt directement par insuffisance respiratoire. Dans ces cas, on trouve presque toujours à l'autopsie, outre de la bronchite diffuse, des foyers lobulaires déjà formés. Pourtant, malgré les situations les plus graves, on voit parfois encore la guérison se produire à la longue.

Les *bronchites consécutives* à la rougeole, à la coqueluche, à la diphthérie, etc., ont également de la tendance à se porter vers les petites bronches et à conduire à des pneumonies lobulaires, chez les enfants.

Disons enfin que chez les *vieillards* aussi, la bronchite aiguë s'étend aisément aux petites bronches et peut mettre la vie en danger, soit par épuisement général, soit par la *gène respiratoire* qu'elle occasionne (formation de pneumonies lobulaires).

Diagnostic. Le *diagnostic* de la bronchite ne présente en lui-même pas de difficultés sérieuses. Il se déduit directement de la constatation stéthoscopique des râles bronchiques. En l'absence de ces derniers, la toux et l'expectoration font conclure à un catarrhe léger des grosses bronches, pourvu que l'origine de la toux ne soit pas imputable à une affection du larynx. Il est plus difficile de décider, mais il importe toujours de le faire, si la bronchite qu'on a devant soi, est un catarrhe primitif ordinaire ou une bronchite consécutive qui vient compliquer la marche de quelque autre maladie. Cette question ne peut naturellement être résolue qu'après un examen attentif et complet de tout l'organisme. De plus, il faut constamment se rappeler que les affections pulmonaires les plus graves peuvent à leur début couvrir silencieusement, ou tout au moins se voiler sous les traits objectifs d'une simple bronchite, pour se démasquer plus tard avec les caractères d'une pneumonie, d'une affection tuberculeuse et ainsi de suite. Ce sont surtout les bronchites unilatérales et celles qui n'occupent qu'un espace restreint, qui doivent éveiller des soupçons sous ce rapport. On sait depuis longtemps que la bronchite des lobes supérieurs « catarrhe du sommet » est parfois la première altération objectivement appréciable de la phthisie pulmonaire. Quant à savoir si, dans la sphère de la phlegmasie diffuse des petites bronches, il existe des foyers de pneumonie lobulaire, la chose ne peut que se présumer, mais ne saurait objectivement être démontrée avec certitude.

De tout ce qui précède il résulte que, *sous le rapport pronostique*, on doit également être de la plus grande réserve dans le jugement à porter sur toute bronchite grave, notamment chez les enfants et les vieillards. Les formes légères autorisent naturellement un pronostic généralement favorable.

Traitement. La *prophylaxie* du catarrhe bronchique primitif consiste dans l'éloignement de toutes les influences nocives que l'expérience nous dit être aptes à provoquer la bronchite. Chez les individus qui ont une tendance particulière aux bronchites, principalement chez les enfants, il est utile d'*aguerrir* judicieusement la *surface cutanée* contre les influences atmosphériques, comme nous l'avons recommandé à l'occasion des mesures préservatrices à prendre contre la laryngite. Il importe aussi de se rappeler que nous pouvons intervenir efficacement par des mesures préventives contre les bronchites secondaires qui se déclarent au cours d'autres maladies.

C'est ainsi qu'en tenant la bouche et l'arrière-bouche dans un grand état de propreté, en excitant des mouvements inspiratoires profonds et en venant en aide à l'expectoration par l'emploi opportun de bains tièdes accompagnés d'affusions, on peut parfois prévenir, ou tout au moins enrayer la bronchite qui se déclare inmanquablement quand les malades sont livrés sans secours à eux-mêmes.

Dans les cas légers de *bronchite aiguë*, un *traitement* purement diététique peut suffire. Les malades se tiendront chaudement, ils garderont la chambre, et le lit quand ils ont de la fièvre. Les enfants doivent en tout état de choses être tenus au lit, quand ils souffrent de bronchite. De tout temps on a préconisé le *traitement diaphorétique* comme particulièrement efficace dans le traitement de la bronchite aiguë. A cet effet, on fait boire au malade du thé chaud (thé pectoral, thé de sureau, etc.), ou du lait chaud avec de l'eau de SELTERS. Beaucoup de malades se louent de l'action bienfaisante d'une telle médication. — Le *traitement local* de la muqueuse bronchique par la *méthode des inhalations* est le plus souvent illusoire, puisque le liquide inhalé ne parvient que pour une minime part jusqu'aux bronches. Cependant, on peut toujours, notamment quand la toux est sèche et la sécrétion difficile à détacher, ordonner des *inhalations avec la vapeur d'eau chaude* ou d'une solution de *sel de cuisine* de 1 à 2 %.

Pour le reste, on se borne à *traiter les symptômes*. Quand les *malaises subjectifs du côté du thorax* sont intenses (douleurs, constriction), un sinapisme ou une compresse de PRIESSNITZ autour de la poitrine rend de grands services. Dans les cas graves, quelques *ventouses sèches* peuvent avoir un effet utile chez les adultes, tandis que des émissions sanguines locales ne sont d'aucune nécessité dans la bronchite simple. Si la *toux est pénible* et qu'elle trouble le repos de la nuit, on ordonne de petites doses de morphine, la poudre de DOWER (0,3 à 0,5 *par dose*), de l'eau de laurier-cerise (15 à 20 gouttes), la *codéine*, etc. Les *expectorants* (ipécacuanha, sel ammoniac, apomorphine, etc.) sont indiqués quand l'expectoration est difficile.

Nous avons signalé à diverses reprises l'efficacité marquée que possèdent les *bains tièdes* et les affusions dans les fortes bronchites diffuses qui se déclarent secondairement au cours d'autres affections aiguës.

Dans la *bronchite capillaire des enfants*, quand le cas est grave, on emploie également, comme le plus agissant des remèdes, des *bains chauds* ou *tièdes* associés à des affusions un peu fraîches (deux à trois bains par jour). Les bains favorisent l'expectoration et préviennent, autant qu'il est possible, la formation de pneumonies lobulaires. Des *draps humides* autour du thorax ou de tout le corps, opèrent d'ordinaire très avantageusement. On enveloppe

les enfants jusqu'au cou dans un drap trempé dans de l'eau de 16 à 20° R. (d'après l'intensité de la fièvre) et puis bien tordu. Il est préférable de laisser les bras en dehors. On recouvre le drap mouillé d'une flanelle sèche. Ces enveloppements frais doivent parfois être renouvelés 3 à 4 fois par jour. — Quant aux autres remèdes, ce sont les mêmes que ceux qu'on emploie chez les adultes. Chez les enfants faibles, il faut songer à *maintenir les forces* autant qu'on le pourra par une bonne alimentation et l'administration de petites quantités de vin. Quand le mucus s'accumule en grande abondance dans les bronches, un vomitif peut trouver son indication et avoir une utilité réelle. L'expérience enseigne qu'il faut toujours, chez les petits enfants, être très prudent avec les opiacés. Comme expectorant, on se sert du senega, des fleurs de benjoin, etc.

Dans la *bronchite des vieillards*, il s'agit avant tout de maintenir et de relever les forces. Pour faciliter l'émission des crachats, rendue difficile par la faiblesse de la toux, on prescrira la liqueur ammoniacale anisée, une infusion de senega, etc. Les bains chauds peuvent avoir leur utilité, mais ils doivent être employés avec prudence.

CHAPITRE DEUXIÈME.

BRONCHITE CHRONIQUE.

(Catarrhe chronique des bronches.)

Étiologie. Le catarrhe chronique des bronches peut se développer d'emblée et graduellement, ou, ce qui arrive moins souvent, succéder à une bronchite aiguë. Les mêmes influences nocives qui provoquent l'état aigu, donnent lieu, par leur fréquente répétition, à la bronchite chronique.

Cependant la plupart des bronchites chroniques *graves* ne sont pas des maladies protopathiques, mais elles forment, soit des éléments constitutifs, soit des conséquences d'autres états morbides. La bronchite chronique se combine le plus souvent avec l'*emphysème pulmonaire* (voyez ci-dessous). Puis un grand nombre de catarrhes chroniques des bronches sont des suites de *maladies du cœur* (lésions valvulaires, myocardite, etc.) et de *gros vaisseaux*, qui donnent lieu à une stase dans la circulation pulmonaire et consécutivement à une exsudation chronique des bronches. Les catarrhes chroniques qui viennent compliquer les *affections rénales*, dépendent aussi, en partie du moins, des troubles circulatoires propres à ces maladies. Enfin, on trouve les bronches affectées de catarrhe chronique plus ou moins étendu, dans d'autres *affections invétérées du poumon* et de la plèvre, dans la tuberculose pulmonaire, la pleurésie; etc.