

ques interruptions, pendant plusieurs heures par jour. Après l'acide phénique, c'est la *terébinthine* qui est le plus souvent employée. Les inhalations de cette substance ainsi que de la *terpine* et du *myrtol*, de même que leur usage interne, sont d'une utilité manifeste. Dernièrement nous avons employé également avec succès dans notre clinique des inhalations d'huile de pin nain (*Ol. Pini Pumilionis*) à l'aide de la pipe de térébinthine. Enfin on peut encore faire un essai avec l'*acétate de plomb* à l'intérieur (toutes les deux heures une poudre de 0,05 à 0,1).

Pour le reste, toutes les mesures de *diététique* générale et celles relatives au traitement des symptômes et qui sont prescrites contre la bronchite chronique commune, trouvent aussi leur application dans la bronchite fétide. Pour corriger l'odeur nauséuse qu'ils répandent dans le voisinage, les crachats doivent être désinfectés par l'addition aux crachoirs d'acide phénique en forte solution, de chlorure de chaux, etc. Il est hautement recommandable d'entretenir dans l'appartement du malade, aussi souvent et aussi longuement que possible, un spray d'acide phénique.

CHAPITRE QUATRIÈME. BRONCHITE CROUPALE.

(Bronchite fibrineuse ou pseudo-membraneuse.)

La bronchite croupale est une variété morbide spéciale et très rare de bronchite qui donne lieu à la formation de vastes coagulations fibrineuses dans l'arbre respiratoire. Il n'est question ici que de cette forme de bronchite croupale qui se montre *primitivement dans les bronches*, et non de la bronchite croupale secondaire qui se manifeste, tantôt à la suite de la diphthérie pharyngée et laryngée, et tantôt concurremment avec la pneumonie croupale.

L'*étiologie* de cette maladie est presque entièrement inconnue. Par analogie avec ce que nous connaissons des autres inflammations croupales, nous devrions ici également rechercher quelle est l'influence nocive qui a amené la destruction de l'épithélium, mais cet agent destructeur n'est pas encore découvert. Ce sont d'ordinaire des individus jeunes ou d'un âge moyen, entre 10 et 30 ans environ, qui sont atteints de cette maladie. Les hommes y sont un peu plus sujets que les femmes. Elle se déclare chez des personnes parfaitement bien portantes auparavant (*bronchite croupale essentielle*), ou chez des gens déjà souffrant de quelque autre affection, surtout

d'une affection pulmonaire chronique (*bronchite croupale secondaire ou symptomatique*). Il n'est pas sûr que ces derniers cas doivent être assimilés, sous le rapport étiologique, à la véritable bronchite fibrineuse primitive. C'est ainsi, par exemple, qu'on a pu observer la bronchite fibrineuse dans le cours du typhus abdominal.

Symptômes et marche. La bronchite fibrineuse primitive se présente sous deux formes différentes : la forme *aiguë* et la forme *chronique*. La forme *aiguë* commence assez brusquement par de la fièvre, de la toux, des douleurs thoraciques et une dyspnée intense qui ne tarde pas à se déclarer. Immédiatement après ou seulement après quelques jours de bronchite catarrhale, d'apparence commune, apparaissent dans les crachats les *concrétions fibrineuses* qui seules permettent d'établir le diagnostic.

Ces *concrétions* représentent exactement des moulages plus ou moins ramifiés des bronches. Elles sont de couleur blanchâtre et de consistance assez ferme et élastique. Le tronc principal peut avoir jusqu'à 1 cm de diamètre. Il donne naissance à une succession de rameaux qui se subdivisent dichotomiquement. Les coagulations les plus considérables ont de 10 à 15 cm de longueur. Coupées en travers, on constate le plus souvent qu'elles sont formées par un tuyau membraneux dont la lumière est libre et la structure manifestement lamelleuse. En beaucoup d'endroits, ces lamelles présentent des bosselures et des épaisissements. Au *microscope*, on aperçoit à l'intérieur et à côté de la masse hyaline fondamentale, des globules blancs du sang, parfois aussi des globules rouges, de l'épithélium vibratile, et assez fréquemment des *cristaux octaédriques* allongés, d'un genre particulier qu'on rencontre également dans les crachats de l'asthme bronchique (v. y.). On a aussi rencontré des filaments appelés spirales, dans l'expectoration de la bronchite fibrineuse (v. plus bas). Quant à leur composition *chimique*, ces membranes sont constituées par de l'albumine coagulée. Sous le rapport thérapeutique, il n'est pas sans intérêt de noter qu'elles sont solubles dans les liquides alcalins, notamment dans l'eau de chaux.

Outre les concrétions rameuses, la toux ramène communément encore des matières muqueuses ou muco-purulentes dans lesquelles nagent les produits coagulés. On ne découvre ceux-ci qu'après avoir versé le tout dans l'eau, d'où résulte que les arborisations se déploient et se dévident. Parfois aussi de petites quantités de sang se mêlent aux crachats.

Les *malaises subjectifs* peuvent présenter une grande intensité. La dyspnée atteint de temps en temps un degré excessif et alarmant. Elle ne cède qu'après que de véhéments paroxysmes de toux ont expulsé un tuyau de gros calibre. Ces quintes peuvent se reproduire une fois par jour ou tous les

deux jours. D'autres fois cependant les désordres subjectifs sont relativement modérés.

L'*examen physique* des poumons ne présente rien de bien caractéristique. La *percussion* ne révèle aucune anomalie dans les cas non compliqués, il y a tout au plus les signes d'un « emphysème aigu du poumon ». L'*auscultation* fait percevoir les râles bronchiques secs et humides, propres au catarrhe, mais n'ayant rien de caractéristique par eux-mêmes. Si l'obstruction envahit une grosse bronche, les excursions respiratoires et le murmure vésiculaire sont presque entièrement suspendus dans le champ pulmonaire correspondant. Ce n'est qu'après que le bouchon de fibrine aura été expectoré que le bruit respiratoire se perçoit de nouveau.

La *durée des cas aigus* ne comporte d'ordinaire que peu de jours, tout au plus quelques semaines. Quand la maladie tourne à bien, la *fièvre*, parfois si intense, ne tarde pas à baisser, la dyspnée diminue, les membranes disparaissent des crachats et la guérison se produit complète et durable. Dans les cas graves, au contraire, l'issue mortelle arrive parfois avec tout l'appareil de la suffocation. La forme aiguë peut aussi faire place à la forme chronique, mais cela est rare.

La *forme chronique* de la bronchite fibrineuse peut durer des années. Après des intervalles de temps de longueur différente, on voit d'ordinaire se produire, sous forme de *paroxysmes*, des exacerbations de l'état morbide, chacune d'elles marquée par l'expectoration de crachats membraneux ; alors la période intercalaire présente simplement les apparences du catarrhe chronique. La littérature rapporte quelques observations d'où résulte que des personnes peuvent, des années entières, rendre de temps en temps de ces arborisations fibrineuses, sans que leur santé générale et leur vigoureuse complexion s'en ressentent notablement. Toutefois d'autres affections pulmonaires (la tuberculose) sont venues à la fin faire cortège à cet état morbide.

L'*anatomie pathologique* de la bronchite fibrineuse est encore obscure, à raison de la rareté de l'affection. Les altérations pulmonaires trouvées à l'autopsie étaient le plus souvent des complications (pneumonie, pleurésie, tuberculose) qui n'avaient aucun rapport direct avec la bronchite fibrineuse. Le fait de la destruction de l'épithélium dans les parties atteintes de la muqueuse bronchique n'a été démontré que pour un petit nombre de cas.

Pronostic. Dans tous les cas aigus, le pronostic doit être porté avec prudence, puisqu'il est établi qu'un quart environ des cas se termine fatalement. Les cas chroniques, comme il a été dit, sont d'ordinaire de très

longue durée et sujets à de fréquentes rechutes, mais en eux-mêmes ils sont beaucoup moins dangereux que les cas aigus.

Traitement. On s'adresse de préférence à l'*inhalation* des remèdes qui jouissent de la propriété de dissoudre les membranes. A cet effet on recommande principalement les solutions de 2 à 5 % de carbonate et de bicarbonate de soude, et surtout l'*eau de chaux* (pure ou mêlée à partie égale d'eau). L'usage interne de l'*iodure de potassium* (1,5, à 3,0 grammes par jour) s'est montré avantageux dans beaucoup de cas. De même la pommade mercurielle grise en friction, énergiquement employée, est parfois utile. L'émission des crachats peut quelquefois être activée par des expectorants (senega, acide benzoïque, etc.) ou par un *vomitif* donné opportunément. — On ne connaît pas de remède capable de prévenir le retour des accès dans la forme chronique. En dehors des accès, la thérapeutique est la même que dans la bronchite chronique commune.

CHAPITRE CINQUIÈME.

COQUELUCHE.

(Toux convulsive. Toux quinteuse. Pertussis.)

Étiologie. Par *coqueluche* on entend une maladie spécifique de la muqueuse respiratoire, qui attaque de préférence les enfants et est caractérisée par une toux intense d'une nature particulière et survenant par quintes. Dans les grandes villes, on rencontre presque en tout temps quelques cas isolés de cette maladie. Mais il arrive fréquemment qu'elle se montre sous *forme épidémique*. Il est à remarquer que les épidémies de coqueluche viennent très souvent à la suite de celles de rougeole.

La coqueluche est incontestablement *contagieuse* et par conséquent elle atteint souvent les enfants d'une même famille les uns après les autres. Les jardins d'enfants, les salles d'asile, les crèches, etc. contribuent beaucoup à la propagation de la maladie. L'air expiré par les malades semble être le vecteur du contagium qui pourrait bien aussi adhérer au mucus ramené par la toux. C'est surtout jusqu'à l'âge de six ans que la maladie est la plus fréquente. A partir de là, la prédisposition décroît rapidement avec les années. Il est vrai que chez les adultes la coqueluche se déclare aussi, mais dans une proportion moindre et presque toujours sous une forme rudimentaire et relativement bénigne.