

peau un corps irritant qui s'élimine en partie par la voie bronchique, et peut très bien ainsi juxtaposer un peu de bronchite iodique à la bronchite déjà existante. Quant aux *vésicatoires*, ils sont tout aussi inutiles que dans le rhume de poitrine.

La diaphorèse provoquée est ici, en réalité, le seul dérivatif accessoire utile et jouant presque le rôle d'un révulsif cutané. Elle congestionne tous les réseaux vasculaires du tégument et rompt ainsi le mouvement congestif dirigé vers les bronches tout aussi bien que les sinapismes ou les ventouses. D'ordinaire en pareil cas, les boissons chaudes suffisent parfaitement pour la provoquer. A la suite des premières et magistrales études d'Albert Robin sur l'action du *jaborandi*, bientôt suivies de celles confirmatives de Vulpian, on avait, il est vrai, songé à employer dans la bronchite, soit l'infusion de la plante elle-même, soit plus tard la *pilocarpine*. Car le remède semble ici avoir une double portée : il agit comme diaphorétique et comme sécréteur tout à la fois. Rapidement il restitue aux glandes bronchiques leur caractère aquipare et met fin, par un flux glandulaire excessif, à l'état métatypique de leur épithélium sécréteur. Mais cette action paraît temporaire, et en revanche, la pilocarpine est un dépresseur cardiaque redoutable. Or, il faut avant tout ménager la tonicité du cœur dans les bronchites et l'on doit conclure que la médication jaborandique, qui d'ailleurs peut avoir son utilité dans certains cas, doit en somme demeurer ici une méthode d'exception.

#### IV

##### Traitement général de la bronchite diffuse profonde.

###### A. — TABLEAU CLINIQUE

La bronchite diffuse profonde est, à l'inverse de la bronchite superficielle et légère, une affection toujours sérieuse, souvent redoutable, parce qu'elle peut par elle-même revêtir

la forme rapidement suffocante et qu'elle peut conduire à la bronchite capillaire, — c'est-à-dire au seuil de la broncho-pneumonie, quand ce seuil n'est pas dépassé. Or, cette limitation est tout à fait exceptionnelle, même chez les individus qui guérissent d'une bronchite diffuse capillarisée.

Non seulement les bronches de bifurcation, les bronches de distribution, mais avec elles les bronches inter-lobulaires, celles qui portent les lobules composés comme les branches leurs fruits, sont ici prises plus ou moins largement dans tout le poumon. Les bronchioles seules restent indemnes. On a alors affaire à une inflammation générale et diffuse de tout l'arbre aérophore extra-lobulaire.

Il ne s'agit plus maintenant d'une fièvre légère, mais d'une vraie fièvre pouvant dépasser + 39° ou + 39°5, et même + 40°. La toux est violente, se reproduit fréquemment par quintes ou par secousses isolées en dehors des quintes, brassant des mucosités qu'elle n'expulse pas en masse. L'expectoration est laborieuse et suscite une sorte d'état nauséux. La salive alors coule; le crachoir est rempli d'un liquide louche sur lequel nage une mousse parfois striée de sang. Puis à son fond adhère un mucus transparent, strié de bulles, très tenace, mais non coloré par l'hémoglobine. Les malades ont de la dyspnée, de l'oppression; toutes les attaches musculaires de leur diaphragme, celles des muscles accessoires de l'expiration, forment autant de points douloureux qui les font souffrir d'une inexprimable courbature. Au moindre mouvement ils toussent, et leur toux a un caractère profond, déchirant. Alors on entend leurs rhonchus à distance. La main posée sur la poitrine les sent vibrer. Le thorax est sonore à la percussion. Si l'on ausculte, on constate partout des sifflets, des rhonchus, des bruits musicaux variés et tels que Laënnec s'est appliqué à les décrire. Ceci a lieu du sommet à la base, en avant et en arrière. La toux brasse sous l'oreille des râles tout à fait distincts des bruits musicaux laryngés; et ceci d'emblée, tout aussi bien au début de l'observation et quand on provoque un effort de toux isolé que vers le milieu d'une

quinte. Souvent aux bases, à ces râles sonores se mêlent ceux caractéristiques de l'œdème pulmonaire léger. Chez l'enfant, les râles bullaires existent toujours dans la bronchite diffuse. Ils sont à grosses, parfois à énormes bulles humides, que la toux mobilise et qui n'éclatent pas en bouffée, sauf lors des premières inspirations. Ils ne constituent pas non plus de foyers fixes, sauf dans la bronchite diffuse des vieillards et des cardiaques, toujours accompagnée d'œdème pulmonaire, prépondérant aux bases et surtout à la gauche. — Cela posé, disons de suite que le traitement général diffère : 1° chez l'enfant, 2° chez l'adulte, 3° chez le vieillard.

B. — TRAITEMENT DE LA BRONCHITE DIFFUSE PROFONDE

1° Chez l'enfant.

Tout enfant chez lequel on constate les signes d'une bronchite diffuse et une température rectale atteignant ou dépassant + 39° est menacé, *ipso facto*, de bronchite capillaire et de broncho-pneumonie, surtout si la température se soutient constamment au-dessus de + 38°5 avec des poussées épisodiques dépassant + 39° ou même atteignant + 40°. Ordinairement, ces poussées sont au nombre de deux par nyctémère. Comme elles ne se font pas aux mêmes heures dans les jours consécutifs, si l'on prend la température chaque jour aux mêmes heures du soir et du matin, on obtient une courbe tout à fait irrégulière. C'est cette courbe que Picot et d'Espine considèrent comme caractéristique de la broncho-pneumonie. En réalité, si l'on suit la fièvre en prenant la température un grand nombre de fois par jour, on constate que celle-ci procède par poussées, l'une diurne et l'autre nocturne; après quoi la température redescend pour remonter quelques heures après. Si j'insiste ici sur ces faits, c'est qu'ils ne sont guère classiques et que toutefois il faut les connaître pour juger de la situation et en déduire les indications du traitement. Chez les enfants du premier et même du second

âge, — je serais même tenté de dire pendant toute l'enfance vraie, c'est-à-dire jusqu'à dix ou onze ans, — il n'y a pas en effet de temps à perdre. Une bronchite chez eux peut se capillariser et engendrer la broncho-pneumonie en quelques heures.

Les voies bronchiques de l'enfant sont en effet tout d'abord très étroites, et en second lieu très riches en glandes et en cellules à mucus. A l'inverse de ce qu'on observe chez l'adulte, toutes les glandes trachéo-bronchiques du fœtus à terme et la plupart de celles de l'enfant sont mucipares. Sur la muqueuse aérienne, il y a peut-être alors autant de cellules caliciformes que de cellules à cils vibratiles. La moindre inflammation catarrhale met toutes les glandes et toutes les cellules mucipares intercalaires aux ciliées en pleine et intense activité. L'obstruction des bronches inter-lobulaires par un mucus tenace, où l'air passe laborieusement par séries de grosses bulles en même temps qu'il vibre, ronfle ou siffle dans les canaux bronchiques rétrécis par le gonflement œdémateux des parois, se traduit par les signes physiques dont j'ai déjà parlé : râles sonores mélangés de volumineuses bulles humides. L'expiration, prédominante en force, vide bien davantage alors les lobules pulmonaires que l'inspiration ne parvient à les remplir. De là, comme on sait, aux lésions de vide, à l'exsudation intra-alvéolaire, etc., il n'y a qu'un pas. Il est souvent franchi en un ou deux jours et quelquefois moins.

A. — *Balnéation chaude*. — Je n'hésite pas à déclarer ici qu'il existe un moyen thérapeutique à la fois simple et tout à fait inoffensif d'éviter à peu près sûrement cette capillarisation redoutable de la bronchite diffuse de l'enfant : c'est la balnéation chaude systématique. J'ajouterai que, parmi les méthodes de dérivation, de révulsion, etc., proposées pour le même objet, non seulement aucune n'est aussi sûre que le bain chaud, mais qu'aucune n'est réellement efficace.

Depuis dix ans que j'ai inauguré, puis vulgarisé cette méthode du bain chaud systématique, je n'ai pas vu une seule bronchite infantile diffuse et fébrile, ainsi traitée dès le second

jour de fièvre, passer à l'état de bronchite capillaire. Or, mes observations portent sur plus de cent cas. C'est assez pour juger de la valeur d'un procédé thérapeutique. Je n'ai non plus relevé aucun accident.

L'indication de la médication systématique par le bain chaud est fournie par la constatation des signes physiques de la bronchite diffuse jointe à celle d'une fièvre atteignant ou dépassant + 39°.

J'entends ici parler exclusivement de la température rectale. Tant que la fièvre n'atteint pas + 39°, on peut attendre ; ensuite, il faut baigner.

On procède exactement comme dans la méthode de Brand. Toutes les trois heures, nuit et jour, on prend la température rectale en laissant le thermomètre en place pendant trois minutes. Si + 39° est atteint ou dépassé, on donne à l'enfant un bain à + 38° et on l'y laisse de sept à huit minutes. On entoure la tête d'un mouchoir plié, et si le petit malade semble se congestionner, on arrose le vertex, pendant toute la durée du bain, avec un filet d'eau à la température de la chambre. S'il s'agit d'un enfant de deux ou trois ans, on lui donne vers le milieu du bain un peu de *champagne*, ou de *vin d'Espagne*, ou de *cognac* et d'eau. Puis on l'enlève et on le sèche rapidement avec des linges chauds et on le recouche. Plus ou moins rapidement, parfois après le troisième ou le quatrième bain, la fièvre tombe et ne remonte plus. Les râles humides deviennent moins nombreux et la bronchite diffuse rétrograde à l'état de bronchite légère ou superficielle. D'autres fois, la lutte dure plus longtemps, trois, quatre ou cinq jours. Mais le résultat est toujours identique : la bronchite s'efface sans jamais se capillariser. Il en est absolument de même dans les bronchites diffuses, satellites des fièvres graves ; mais alors on est obligé de poursuivre la balnéation pendant une série de jours. Elle ne jugule plus net la bronchite diffuse dans ce cas ; elle empêche seulement son aggravation et son passage à l'état de broncho-pneumonie.

B. — *Traitement général.* — Comme toute bronchite diffuse,

même alors qu'on l'appelle *essentielle* ou *a frigore*, est en somme une infection locale et souvent même l'expression bronchique d'une infection générale non catégorisée, « innominée, » comme on dit, il faut joindre à l'administration du bain chaud systématique un traitement général, conservateur des forces et jusqu'à un certain point antiseptique. Dans cet ordre d'idées, je me suis toujours adressé au *sulfate de quinine*, c'est-à-dire au remède héroïque, selon moi, de toute infection d'origine grippale ; non pas que j'entende déclarer que tout rhume infectieux soit une grippe larvée, comme on le répète si souvent sans y bien réfléchir dans les années qui suivent les épidémies de grippe légitime. Je crois en effet fermement que la grippe est une infection microbienne définie.

Mais le propre de cette infection est de mettre en imminence de réceptivité les divers tissus de l'organisme, et tout spécialement ceux qui déjà sont particulièrement vulnérables de par les prédispositions individuelles antérieures. La grippe laboure pour les germes pathogènes, elle ne les sème pas. Les bactéries d'une bronchite grippale sont essentiellement les mêmes, on le sait bien, que ceux d'une bronchite dite *a frigore* ou bien « essentielle ». Même constatation a été faite pour les pneumonies grippales. Cela posé, il est absolument logique d'admettre que le sulfate de quinine, annulant l'activité du poison grippal, le fait très probablement en supprimant dans les tissus les conditions créées par lui et favorisant à un si haut degré l'insertion, la pullulation, exaltant aussi la virulence des diverses bactéries pathogènes pour ces tissus. De là à l'employer directement dans les bronchites non grippales comme contrariant d'emblée la pullulation des ferments figurés, la transition est toute naturelle. La clinique a d'ailleurs vérifié constamment, dans ma pratique, le bien fondé de cette induction.

Je suis donc d'un avis diamétralement opposé à celui de Dujardin-Beaumetz. Il jugeait le sulfate de quinine inutile et même nocif dans le traitement des bronchites ; je le tiens pour

un adjuvant très important de toute médication fondamentale de ces affections, lorsqu'elles sont décidément et hautement fébriles. La quinine, il est vrai, ne coupe pas ici la fièvre et n'en abaisse même pas le degré, voire d'un dixième; elle stérilise à mon sens, et très activement, le terrain sur lequel évoluent les bactéries pathogènes et tonifie l'organisme entier, spécialement le cœur.

J'administre la quinine tout aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, autant que possible exclusivement sous forme de suppositoires. Je ménage ainsi l'estomac complètement. Au-dessous de deux ans, 15 centigrammes de sulfate, ou mieux encore de bromhydrate de quinine, sont introduits matin et soir dans le rectum. Chez l'adolescent et l'adulte, cette même dose bi-quotidienne sera portée à 25 centigrammes. On continuera plusieurs jours encore après la chute de la fièvre, des râles, et la cessation de l'oppression.

En général, ces moyens suffisent pour empêcher une bronchite infantile de se capillariser, pour la ramener en quelques jours à l'état de rhume non fébrile : le tout sans vésicatoires, sans badigeonnages d'iode, et même, le plus communément, sans vomitifs. Toutefois, si l'on est appelé seulement au bout de quelques jours, si l'enfant a la poitrine pleine de râles et brasse des mucosités nombreuses durant les secousses de toux, un vomitif pourra avoir épisodiquement son utilité. On donnera alors le *sirop d'ipéca* purement et simplement, par cuillerées à café, de dix en dix minutes, jusqu'à ce que le vomissement se produise. On débarrassera ainsi mécaniquement les grosses bronches, les bronches de bifurcation et la trachée, surtout le vestibule laryngien qui est le plus encombré par le mucus tenace de ses glandes mixtes. Du même coup et de par l'administration de doses faibles et échelonnées, on aura fait agir l'ipécacuanha, non plus seulement comme vomitif extemporané, mais aussi comme médicament vaso-constricteur des artérioles bronchiques qui commandent les glandes et les hyper-actionnent constamment. Ce résultat est, comme on sait, toujours subordonné à l'absorption de

petites doses, que l'on n'obtient presque jamais par une administration unique et massive.

La seule réelle objection qu'on puisse opposer au traitement de la bronchite diffuse infantile tel que je viens de l'exposer, c'est que la balnéation chaude sera, dans nombre de cas, l'objet de vives contestations de la part de l'entourage. Mais cette objection est absolument vaine à mon sens. Faire accepter une médication est l'affaire propre du médecin. Quand il aura dit fermement qu'un enfant risque une bronchite capillaire et la mort, et que, de par la médication, il répond de sa vie, — ce qui est d'ailleurs tout à fait exact, — il ne rencontrera plus d'obstacle et sera laissé libre d'agir. Il devra, il est vrai, donner lui-même le premier bain, faire l'éducation des parents pour les suivants, en déterminer les heures. Tout cela n'est peut-être pas aussi facile que de prescrire un looch; mais nul n'a jamais prétendu que faire de la bonne thérapeutique allât sans quelques sacrifices de temps ou même de personne.

Je n'ajouterai plus maintenant que ceci : *jamais un centigramme d'antipyrine ni d'antithermiques* analogues dans une bronchite diffuse! Même chez l'enfant, où le cœur tient bon jusqu'au dernier moment, c'est là une médication dangereuse. A l'inverse de la précédente, elle est facile. Une potion à l'antipyrine fait en apparence tomber la fièvre. Mais la dyspnée, la toux, l'encombrement des voies aériennes ne cessent pas pour cela. Bien au contraire, ils s'exagèrent. Sidérer le système nerveux et affaiblir le cœur au cours d'une affection respiratoire diffuse et grave, alors que c'est par eux que la résistance de l'organisme à l'encontre du mal peut seule s'effectuer, c'est commettre un non-sens pharmacodynamique. C'est commettre également une faute de thérapeutique clinique; et la preuve en fut faite par la dernière épidémie de grippe, où l'antipyrine a fait périr plus de malades que la grippe elle-même.

## 2° Bronchite diffuse de l'adulte.

Quand, en dehors de circonstances d'ailleurs tout à fait exceptionnelles, le médecin voit se développer chez un sujet adulte une bronchite diffuse et profonde, son premier mouvement doit être de se méfier. Comme l'a dit quelque part Villemin, « on n'a pas le droit d'avoir une bronchite généralisée. » Le plus souvent sous la bronchite se trouvera une tare, qui motive celle-ci. Brightisme latent, emphysème, goutte larvée, affaiblissements myocardiques d'origines diverses, l'arthritisme sous toutes ses formes, la tuberculose surtout : telles sont les causes profondes, et pour ainsi dire radicales, de la bronchite diffuse des adultes, en dehors des maladies générales aiguës à détermination bronchitique connue. En dehors aussi de la tuberculose ou d'une insuffisance rénale d'origine albuminurique, l'adulte a encore bien moins le droit de réaliser une bronchite diffuse *unilatérale*. Je rappelle ici ces choses, bien connues de tous les cliniciens, afin qu'aucun médecin ne néglige, alors qu'il est en présence d'une bronchite diffuse, l'enquête pathogénique et étiologique d'emblée indispensable au pronostic et aux mesures de traitement que j'appellerai *électives*. Car, s'il y a un traitement général de la bronchite, communément il ne vaut guère qu'appuyé par le traitement spécial visant la nature et les causes particulières de celle-ci.

Il faut examiner tout d'abord l'urine. L'albuminurie est rare dans la bronchite diffuse non brightique ou non liée aux albuminuries dyscrasiques. L'urine présente alors des caractères tranchés, qui ne sont ni ceux de l'urine albumineuse des cardiaques, ni ceux des urines d'origine purement fébrile. Il faut examiner les sommets. Si les signes physiques y sont prédominants, ou encore si, dans le décours de la maladie, ils persistent là après s'être effacés ailleurs, il faut envisager, ne fût-ce que par précaution tout à fait intime, la possibilité d'une bacillose. Si l'auscultation du cœur révèle une lésion

orificielle, on aura aussi une conduite toute particulière à tenir. Je reviendrai sur ce sujet un peu plus tard. Pour le moment, ne considérons que le syndrome bronchitique en lui-même, tel qu'il survient dans la véritable bronchite essentielle, ou si l'on veut, *a frigore*. Cette forme existe. Elle peut succéder, chez un faible, un surmené, à un rhume vulgaire dont l'extension est due à l'action du froid intense, alors que l'individu n'a pu réagir. Cette cause (*exposure* des médecins anglais), peut même souvent déterminer d'emblée la bronchite diffuse intense. J'en ai vu maints exemples durant la guerre de 1870-1871. Rien n'est non plus moins rare que ce genre de bronchite chez l'individu tombé ivre-mort et demeuré inerte plus ou moins longtemps par les nuits ou les soirées d'hiver. L'homme s'est enivré bien portant; on l'apporte à l'hôpital avec une bronchite diffuse généralisée, qui le plus souvent même se capillarise en quelques heures.

A. — Si la bronchite diffuse est bien et dûment généralisée à l'ensemble des deux poumons, si la fièvre atteint ou dépasse + 39°,5, ou + 40° dans le rectum, s'il y a de la dyspnée intense et de l'orthopnée, il n'y a pas à hésiter, il faut employer une méthode de force et agir intensément et tout de suite sur la congestion générale de la muqueuse bronchique. Pour cela, il y a un moyen presque héroïque : c'est la combinaison de la *saignée* et de la *médication vomitive* employées coup sur coup. On fait une saignée du bras et l'on tire entre 150 grammes et 250 grammes de sang. Puis, une demi-heure ou une heure après, on administre, dans un peu de vin d'Espagne, 1<sup>er</sup>,50 d'*ipéca* en poudre. Si un quart d'heure s'écoule sans que le malade ait vomi, on lui donne de la même façon un second paquet pareil. Il vomira alors fatalement, comme l'enseigne Trousseau, sauf dans le cas où l'empoisonnement du système nerveux par le sang veineux est réalisé déjà. Dans ce cas très rare, on est d'ailleurs désarmé; car on est alors en pleine période pré-agonique et en présence d'un catarrhe suffocant tendant vers son terme fatal.

B. — Mais c'est là l'exception, et dans la grande majorité

des cas, au cours de la demi-journée qui suit la saignée et le vomitif, les râles tombent d'un coup, et avec eux la dyspnée, et jusqu'à un certain point la fièvre. L'imminence du catarrhe suffocant est écartée et l'on peut dès lors reprendre le patient et le soumettre à l'action d'une médication continue et méthodique.

Elle consistera en boissons chaudes, alcooliques et données souvent, par petites prises répétées : des *grogs*, du *thé au rhum*, du *lait* presque bouillant *alcoolisé*. Si les râles tardent à tomber, à se réduire à des sifflets et des rhonchus disséminés et peu denses, on appliquera aux deux bases, et même à plusieurs reprises dans une même journée, des *ventouses sèches*, — huit ou dix de chaque côté. En même temps, on poursuivra méthodiquement la médication *vaso-constrictive*.

Elle aura pour agents l'*ipéca* à faible dose, et par contre, l'*ergotine* à dose forte. Il faut à tout prix fermer les territoires vasculaires qui commandent l'œdème de la muqueuse et l'hypersécrétion des glandules bronchiques. Le grand mouvement de diaphorèse suscité par les boissons chaudes ouvrant toutes les artérioles de la peau, celles du tube digestif l'ayant été au besoin par un lavement purgatif du Codex, l'*ergot* agira principalement comme vaso-constricteur, et sur les vaisseaux pulmonaires, siège de la congestion, et sur ceux du centre nerveux, centre dont ils rompent ainsi l'incitation aberrante et vaso-dilatatrice pulmonaire. — On donnera donc d'heure en heure une cuillerée à soupe d'une potion telle que la suivante :

℞ Julep gommeux . . . . .	125 grammes
Rhum ou cognac . . . . .	40 —
Ergotine Bonjean . . . . .	4 —
Poudre d'ipéca . . . . .	0 <sup>sr</sup> ,50

F. s. a. Potion.

qu'on fera alterner avec les boissons alcooliques chaudes ou avec des coupes de champagne, lequel est ici, comme toujours,

un excitant diffusible agréable et aussi un tonique myocardique que je considère comme précieux.

Car, même chez l'adulte encore jeune, et dans tous les cas chez celui ayant atteint ou dépassé quarante ans, il faut tout aussi bien s'occuper du cœur dans la bronchite diffuse grave que dans la pneumonie fibrineuse. Le cœur lutte contre l'encombrement pulmonaire, et quand celui-ci l'a surpris ou qu'il est déjà devenu un peu faible, il ne tarde pas à donner des signes de fléchissement partiel. Un premier bon moyen de l'aider, c'est de donner les excitants alcooliques. Quant à augmenter son énergie myocardique par la *digitale*, il n'y faut pas songer. La digitale, Germain Sée l'a bien fait observer, n'est pas du reste un médicament myocardique; et d'ailleurs, durant la fièvre (laquelle existe toujours haute dans une bronchite diffuse grave), elle perd à peu près complètement son caractère de médicament cardiaque. Elle n'est plus qu'un diurétique, et dans ce cas, les boissons chaudes abondantes agiront tout aussi bien. Il faut donc tourner la difficulté, et cela n'est pas toujours facile. La faiblesse, l'inégalité du pouls et surtout les intermittences fausses ont une signification redoutable dans la bronchite diffuse. C'est pourquoi je prohibe absolument l'*antipyrine* dans le traitement de la bronchite. J'en exclus tout aussi bien la *spartéine*.

Ce médicament, merveilleux par son action instantanée chez les cardiaques ordinaires, m'a donné dans la bronchite, et alors que le myocarde faiblit, des résultats déplorables. Au bout de son action, j'ai vu survenir la syncope, et elle fut une fois mortelle. Il s'agissait d'ailleurs d'un malade atteint de bronchite diffuse et affecté depuis longtemps d'un rétrécissement mitral. J'emploie donc et je conseille, le cas échéant, le seul médicament véritablement myocardique que je connaisse comme ayant fait à la fois la preuve de son activité et de sa parfaite innocuité : c'est le *strophantus hispidus*, à la dose de deux ou trois *milligrammes* d'extrait par vingt-quatre heures. Par exemple 1 milligramme le matin, 1 au milieu du jour et 1 le soir. Je préfère encore employer la *strophantine*, son