

quelques-unes sont banales, d'autres pyogènes, qui ont envahi l'épithélium respiratoire et les glandules de la muqueuse; — et en partie aussi, elles peuvent provenir des modifications réactionnelles des éléments des tissus envahis par le mouvement « catarrhal ». Il y a même là une virulence qui se développe par les conditions pathologiques. Tous les vieux cliniciens que j'ai connus étaient d'accord pour déclarer, avec ou sans réserve, que le rhume vulgaire est faiblement contagieux. Par certaines constitutions saisonnières, par la promiscuité, l'encombrement, cette virulence et cette contagiosité s'exaltent. La réceptivité est très augmentée par la fatigue, le surmenage musculaire ou nerveux antérieurs. Il y a aussi des épidémies de lieu. On y prend un rhume, on change de ville et le rhume commencé ne se développe pas. Dans certaines localités règnent pendant l'hiver de véritables rhumes infectieux : ceci tout à fait en dehors des épidémies de grippe légitime. On appelle du reste assez volontiers ces rhumes des gripes, et certains se compliquent même de bronchite diffuse. Tout cela ne tire pas à conséquence chez un individu robuste, préalablement bien portant et exempt de toute tare organique majeure. Si au contraire cette tare existe, il en va tout autrement. D'autre part, si la bronchite s'est développée sous l'influence d'une épidémie de grippe, ou si elle est symptomatique d'une maladie infectieuse ou d'une intoxication déterminée, là aussi l'on cesse d'être en présence de cas simples, et les difficultés thérapeutiques commencent. Il faut en effet tenir compte, dans le traitement des bronchites, des indications fournies, soit par la tare organique, soit par la maladie infectieuse dont la bronchite n'est qu'une expression locale ou qu'un satellite.

VII

Indications particulières à la bronchite grippale.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

J'entends par bronchite grippale celle qui est symptomatique de la grippe vraie, c'est-à-dire épidémique, et non pas le rhume infectieux vulgaire des hivers ordinaires. Communément elle n'apparaît pas tout à fait à l'origine de la grippe, qui débute par un coup de fièvre haute, à $+40^{\circ}$ ou $+40,5^{\circ}$ chez l'adulte, sans localisation immédiate. Presque toujours, c'est vingt-quatre ou quarante-huit heures après ce premier accès de fièvre, souvent aussi un peu plus tard, que débute à son tour le rhume de poitrine, lequel s'accompagne d'asthénie générale et d'embarras gastrique, parfois même de faiblesse cardiaque hors de proportion avec les phénomènes locaux qu'on observe du côté de l'appareil pulmonaire. La bronchite des grosses bronches a, dans ce cas, une grande tendance à devenir une bronchite diffuse; celle-ci une fois produite se capillarise facilement. Enfin, la caractéristique majeure de la bronchite grippale est la tendance aux rechutes, assez souvent plus graves que la bronchite initiale. Ces rechutes sont déterminées avec la plus grande facilité par le retour du malade à ses occupations ordinaires. Il devient d'une façon étrange vulnérable par le froid, et le moindre exercice musculaire agit comme le ferait chez un autre le véritable surmenage. Dans nombre de cas, la bronchite même superficielle s'accompagne alors d'albuminurie épisodique tout comme le ferait une pneumonie.

B. — TRAITEMENT

1° Le patient atteint d'une forme quelconque de bronchite grippale doit donc se résigner au *repos* absolu et à un

véritable traitement de préservation quant à l'action du froid, auquel il est exagérément sensible. Il est avant tout justiciable du *quinquina* et de la *quinine*. Pendant toute la durée de son mal, deux ou même trois suppositoires à 0^{gr},25 de bromhydrate de quinine toutes les vingt-quatre heures; du *vin* et surtout du *vin de quinquina*; des *alcooliques* et des *excitants diffusibles*; le *champagne* largement. Comme nourriture, du lait écrémé. Un peu de *strophantus* (1 milligramme d'extrait matin et soir), si le cœur est trop faible. Avec cela, le traitement général de la bronchite tel qu'il a été indiqué plus haut.

L'*antipyrine*, que l'on a si fort préconisée contre la grippe, est le plus dangereux des médicaments en pareil cas. La grippe est la maladie asthénique par excellence, celle dans laquelle les forces radicales sont le plus rapidement atteintes et où le système musculaire tout entier, y compris le cœur, perd le plus immédiatement sa tonicité. Le poison grippal est un sidérateur du système nerveux, auquel il ne laisse que sa susceptibilité douloureuse devenue plus subtile et comme exaltée. Donner en pareil cas un médicament qui touche ce même système si profondément qu'il le rend insensible aux douleurs d'une sciaticque ou d'une névralgie dentaire constitue un non-sens pharmaco-dynamique. Et la clinique est ici d'accord avec la théorie : la mortalité de par la grippe traitée systématiquement par l'antipyrine est la mortalité maxima ; celle fournie par la grippe traitée par le quinquina et la quinine est la mortalité minima. *La quinine est le médicament de choix et vraiment héroïque de la grippe.*

2° L'enfant affecté de bronchite grippale doit être traité par la *quinine*, le *vin de quinquina* et le *bain chaud*. Les *révulsifs épispastiques*, déjà contre-indiqués dans la bronchite fébrile ordinaire, le sont bien davantage encore ici où l'on a affaire à une maladie dont la localisation rénale est si peu exceptionnelle qu'à la suite des épidémies de grippe on voit toujours un certain nombre d'individus rester albuminuriques et développer des néphrites mixtes d'origine première purement grippale.

VIII

Indications particulières aux bronchites satellites des maladies infectieuses.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Nous ne connaissons pas positivement la nature des bronchites accompagnant pour ainsi dire nécessairement les diverses maladies infectieuses. La *bronchite morbilleuse*, celle qui accompagne la rougeole, soit au début (catarrhe initial), soit après la floraison de l'exanthème (complication bronchitique), sont évidemment suscitées l'une comme l'autre par le poison de la rougeole. Mais, à partir de là, et sur le terrain préparé, se développent le long des bronches des germes multiples, ne différant pas de ceux qu'on trouve dans l'exsudat des bronchites ordinaires. De même dans la *coqueluche*, dans la *fièvre typhoïde*. Dans cette dernière maladie, nous savons toutefois que le bacille d'Éberth forme des colonies au sein de la muqueuse des voies aériennes. Dans la *diphthérie*, la spécificité de la bronchite est souvent accusée par son caractère pseudo-membraneux. Bref, dans tous ces cas, il y a lieu de considérer la maladie des voies aériennes comme mixte à la fois dans ses lésions et ses expressions symptomatiques locales et générales. De là aussi des indications thérapeutiques toutes spéciales.

B. — TRAITEMENT

1° Le remède essentiel de la *bronchite satellite de la fièvre typhoïde* est le *bain froid*, administré selon la formule de Brand. La bronchite dothiéntérique de la fin du premier septénaire et l'albuminurie de cette même période s'effacent net et dans tous les cas en quarante-huit ou soixante heures. C'est là un fait que les travaux de Brand, et en France ceux de Glénard, de Bouveret et Tripier et de toute l'école lyon-

naise, ont mis absolument hors de conteste et que pour ma part je n'ai jamais vu manquer. Il faut le bien connaître; car, dans les milieux où le bain froid n'est pas accepté encore par le public à l'encontre de la fièvre typhoïde, la principale objection qu'on opposera à ce mode de traitement sera l'existence de la bronchite diffuse symptomatique. Affirmez alors hardiment qu'en baignant précisément ce malade bronchitique toutes les trois heures, nuit et jour, selon la formule de Brand, vous ferez disparaître la bronchite. Votre prédiction se vérifiera dans tous les cas, et en outre vos dothiéntériques guériront dans la proportion de 90 p. 100 environ.

2° Aucune médication ne réussit à faire avorter, par contre, la bronchite (trachéo-bronchite) du début de la *rougeole*. Si, dans la période pré-exanthématique, il y a de la fièvre, l'enfant bénéficiera toutefois du *bain chaud* systématique qui, dans tous les cas, écartera le danger de capillarisation et ne saurait que favoriser d'ailleurs la floraison de l'éruption cutanée. Quant à la bronchite apparaissant après l'exanthème, c'est là une complication redoutable à cause de sa grande tendance à la capillarisation. Il s'agit ici le plus souvent d'une contamination secondaire par les microbes, et notamment par les pneumocoques, du cavum des fosses nasales et de la gorge. Ceux-ci, trouvant le terrain préparé, développent le long des bronches en cours de desquamation une bronchite diffuse, puis une broncho-pneumonie bactériologiquement banales. Alors on traite celles-ci exactement comme il a été dit plus haut, s'il s'agit d'un enfant du premier, du second âge ou même d'un adolescent encore maniable, c'est-à-dire qu'on puisse baigner sans difficulté au pied de son lit.

Si, au contraire, il s'agit d'un adulte, la complication bronchique sera traitée comme si elle n'était pas symptomatique, sauf qu'ici la saignée générale est contre-indiquée. Si l'on est appelé dès le début, pendant la période même de congestion initiale où en quelques heures la dyspnée et l'encombrement du poumon se développent d'une façon intense, on agira par l'*ipéca* à dose vomitive, en couvrant en même temps la poi-

trine et les cuisses d'une multitude de *ventouses sèches*. Si toutefois il y a à ce moment de l'hyperthermie très accusée. (+ 40°,5, ou + 41° et même + 41°,5), un *grand bain* à + 37°, de dix minutes, avec affusion fraîche sur la tête et essuyage rapide du corps avec des linges chauds, fera le plus souvent tomber les râles et diminuera dans une large proportion l'encombrement pulmonaire.

Mais c'est là un moyen d'exception. Dans les cas ordinaires, surtout chez les jeunes sujets, un réel adjuvant du traitement général est au contraire la *lotion chaude* des membres et du tronc, faite pendant quelques minutes toutes les deux heures ou même toutes les heures avec des compresses trempées dans l'eau chaude, puis ensuite exprimées de façon à ne pas ruisseler. On ramène ainsi à l'activité l'exanthème cutané pâli, on fait du même coup une large *révulsion* périphérique, d'ailleurs parfaitement inoffensive.

3° La *bronchite coquelucheuse* est une complication toujours grave de la coqueluche, parce que neuf fois sur dix elle se capillarise et d'emblée menace la vie. Un autre de ses caractères, c'est d'être à la fois tenace et à retours. C'est elle surtout qui présente ces phases d'extension rapide marquées par des accès bi-quotidiens de fièvre haute, menant en moins d'une heure la température du voisinage de la normale à + 40°,5 ou même + 41°. Elle se caractérise aussi par des signes physiques très singuliers, que je n'ai vus d'ailleurs bien décrits nulle part : c'est pourquoi j'en dirai un mot ici. Une portion du poumon était tout à fait libre à un moment donné; quelques heures après, si l'on ausculte, on y trouve du souffle tubaire et des bouffées de râles sous-crépitaux. Il y a là une apparence d'hépatisation très étendue. Si l'on provoque une quinte, à la suite de celle-ci tout disparaît. Ainsi de suite; dans les intervalles des quintes, que très souvent la bronchite capillaire abolit, le *parenchyme pulmonaire devient momentanément imperméable*¹. Si l'on abandonne à eux-mêmes ces points d'até-

1. Ceci est assez difficile à expliquer. Je crois toutefois qu'il s'agit de portions du parenchyme pulmonaire qui se vident peu à peu à travers le muco-pus encom-

lectasie incomplète, il s'y développe fatalement des lésions fixes.

Il faut donc provoquer les quintes, qui lèvent mécaniquement l'encombrement pulmonaire. Je ne connais pas pour cela de moyen plus efficace que l'*inhalation d'oxygène*. On envoie le gaz à la figure de l'enfant à l'aide de l'entonnoir de verre terminant le tube abducteur de l'appareil inhalateur. Au bout de quelques minutes, le petit malade s'agite, cherche à écarter l'entonnoir. Il se dresse enfin sur son séant et la quinte éclate.

Ces encombrements partiels du poumon, qui changent de place fréquemment et amènent dans le parenchyme un certain degré d'œdème inter-lobulaire, laissent parfois des zones d'obscurité avec un léger souffle bronchique chez le convalescent. Ce sont là des portions du tissu pulmonaire qui, légèrement altérées, œdémateuses subchroniquement et incomplètement atélectasiques, se contaminent le cas échéant par le bacille tuberculeux avec la plus grande facilité.

Or, dans la bronchite coquelucheuse, peut-être même à un plus haut degré que dans toute autre, le *bain chaud* systématique s'il n'y a pas de capillarisation, le *bain tiède* si déjà il s'agit d'une bronchite capillaire, constituent la véritable médication héroïque. C'est à elle que je crois devoir de n'avoir perdu, depuis dix ans, aucun enfant atteint de cette grave complication de la coqueluche.

Il y a presque toujours alors de l'*albumine* dans les urines. Dans les cas graves, le précipité est massif et il y a des périodes d'anurie. La plupart des petits malades ne veulent pas boire. Il faut les y forcer, donner des *lavements d'eau* et un *lavement purgatif* chaque jour. S'il se produit une véritable insuffisance rénale, il n'y a pas à hésiter : il faut mettre une ou plusieurs *sangsues* au triangle J.-L. Petit. La réouverture du rein s'accompagne en général d'une atténuation

brant les bronches inter-lobulaires. La quinte vide celles-ci et les inspirations forcées de la reprise font de nouveau pénétrer l'air. C'est à ce titre que la quinte est salutaire et doit être provoquée.

des accidents, probablement en rendant possible l'élimination d'une série de matériaux toxiques d'origine soit pulmonaire, soit même interstitielle.

4° La *bronchite diphthérique*, d'une énorme gravité, puisqu'elle s'accompagne d'exsudation pseudo-membraneuse et oblitérante des bronches, est justiciable de la *sérothérapie*. Il faut faire l'injection tout de suite, et jusqu'à ce qu'elle ait produit ses effets, lutter par la médication symptomatique, faite tout entière d'expédients en vue de gagner du temps. Quant à la broncho-pneumonie consécutive à la trachéotomie ou mécaniquement produite par le tirage laryngien préalablement à celle-ci dans le croup, elle ne présente guère d'indication spéciale.

IX

Indications spéciales aux bronchites tuberculeuses.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La bronchite diffuse profonde est très fréquemment pré-tuberculeuse. Deux cas peuvent se présenter :

1° Ou bien, chez un individu en apparence sain, sans grande cause appréciable, à l'occasion, si l'on veut, d'un refroidissement banal, la bronchite diffuse éclate, menace même de se capillariser ou se capillarise en effet. Le malade est traité par les méthodes ordinaires; il guérit, et ce n'est que plusieurs mois ou même plusieurs années après qu'il devient phtisique. Là, pas d'indication possible, et il faut agir comme si l'on avait affaire à une bronchite quelconque. Si, dans la convalescence, les sommets se dégagent en dernier lieu, il faut prévoir la phtisie pulmonaire à une échéance plus ou moins rapprochée ou lointaine. On fait une cure de *suralimentation*, de préservation d'abord, d'aguerrissement ensuite. On donne l'*huile de foie de morue*, les *glycéro-phosphates*, etc.

2° Ou bien, également chez un individu en apparence sain, la bronchite diffuse se développe, dure deux ou trois septénaires. Les râles tombés, on trouve des lésions tuberculeuses développées pendant la courte période bronchitique et que les râles sonores de celle-ci masquaient. Il s'ensuit une phtisie aiguë broncho-pneumonique, qui évolue en un minimum de soixante à quatre-vingts jours ou bien aboutit à une phtisie galopante tuant en quelques mois.

On peut quelquefois se rendre compte que cette seconde forme de bronchite diffuse est symptomatique, ce qui conduira à ne pas la traiter par la saignée et l'ipéca coup sur coup; — car c'est alors à la fois inutile et nocif. Inutile, parce que la médication ne coupera pas court à l'encombrement bronchique excessif; nocif, parce qu'il ne faut jamais spolier les tuberculeux d'un gramme de leur sang.

Il faut donc, chez les individus suspects, rechercher les stigmates tuberculeux antérieurs (ganglions, cicatrices d'écrouelles, taies indicatrices de la kératite scrofuleuse, etc. — Il faut explorer les sommets avec grand soin, s'assurer que les signes physiques de la bronchite n'y sont pas prédominants, que la bronchite n'est pas d'une façon marquée plus intense à droite qu'à gauche et réciproquement.

3° Un grand et important caractère de la bronchite diffuse tuberculeuse consiste dans les *associations paradoxales des signes physiques* et dans la marche du processus fébrile. Très souvent la fièvre est inverse, avec des maxima régulièrement matutinaux. D'un autre côté, avec des râles exclusivement sonores à une base, ou sous l'aisselle, ou en avant, on trouve un peu de matité et au contraire de l'exagération légère des vibrations thoraciques. Ou bien c'est un peu de voix aphone et pas d'égophonie. D'autres fois, il y a un peu de souffle bronchitique voilé par les râles sonores, et nul retentissement de la voix, etc. Je pourrais multiplier ces exemples; ceux-ci suffisent pour définir ce que j'appelle l'association paradoxale, c'est-à-dire celle des signes de bronchite, d'induration parenchymateuse, de pleurite même, qui ne se complètent pas les uns par les

autres, ne fournissent que des soupçons vagues de lésion, et en somme, ne concordent pas entre eux.

Quand on observe ces associations ou ces dissociations paradoxales, il faut véhémentement soupçonner la tuberculose et réduire la médication à une expectative armée et à des *toniques généraux*. Du reste, en pareil cas, le malade n'est guère exposé à mourir de la bronchite capillaire. Il semble même supporter avec une dyspnée modérée sa tempête de râles. Il ne faut, dans ce cas, ni saigner l'adulte ni baigner l'enfant. Au bout de quelques jours parfois, constamment au milieu ou à la fin de la seconde semaine, on sera fixé. Il ne faudrait pas croire qu'on le soit souvent plus tôt par l'examen bactériologique des crachats. Les bacilles y manquent en effet très souvent et même le plus souvent. Il s'agit, en effet, ordinairement d'une bronchite banale n'évoluant avec intensité que parce qu'elle s'est greffée sur un terrain tuberculeux. Sans lésions ulcéreuses, ordinairement point de bacilles.

B. — TRAITEMENT

1° La nature tuberculeuse du mal reconnue, il faut bien se garder de donner la *créosote*. Je considère celle-ci comme un détestable remède dans les formes aiguës. Là, le malade n'a qu'une ressource : lutter contre l'infection bacillaire par la nutrition. Or, il a la fièvre, il ne mange presque rien. La créosote ne le guérit certes pas; mais en revanche, elle l'empêche de manger et fait de la sorte la véritable affaire du bacille.

Par contre, je suis ici partisan des *vésicatoires*, — petits, multipliés, de façon à faire absorber des quantités infinitésimales de cantharidine. On sait que celle-ci agit un peu à la façon de la tuberculine de Koch, par action *leucocytaire*. Elle jette sur les lésions tuberculeuses une infinité de cellules migratrices; elle mobilise vers elles les réserves phagocytaires.

Ainsi agira aussi l'*iode* en badigeonnages; ainsi les *pointes de feu* superficielles : tout ce qui suscite — et n'importe où —

les mouvements de large diapédèse jetant l'armée des globules blancs dans les espaces inter-organiques où ils effectueront leur fonction de balayage, de circonscription des lésions par formation de barrières édifiées par les colonies de cellules lymphatiques du groupe aberrant. Il y a longtemps que nous avons, mon maître Ranvier et moi, insisté sur ce rôle des globules blancs migrants, et c'était nombre d'années avant que le terme de « phagocytisme » eût été introduit dans la science. C'est en agissant comme médicament leucocytaire général que l'*iodure de potassium* à haute dose a donné souvent de bons résultats dans la granulie. Dans les bronchites tuberculeuses, je lui préfère toutefois l'*iodure de strontium* donné à la dose de 2 ou 3 grammes par jour et qui n'a pas l'action dépressive générale des sels de potasse.

℥	Sirop d'écorces d'oranges . . .	} aa	100 grammes.
	Sirop de punch		
	Iodure de strontium		40 —
	Teinture d'oranges douces . . .		XXV gouttes.

M. s. a.

Une cuillerée à soupe renferme 1 gramme d'iodure de strontium; — en administrer deux ou trois par vingt-quatre heures dans une infusion ou dans un grog.

Mais ici la véritable clef du traitement, c'est l'*alimentation*. Deux litres de lait écrémé, donné d'heure en heure par dose de 100 grammes, dans les vingt-quatre heures. On déguise au besoin le lait en y ajoutant du *café*, du *thé*, du *cacao*. On fait avaler des œufs à la coque ou crus, des potages aux farines nutritives. Le tout malgré la fièvre, laquelle ne « nourrit » pas davantage le tuberculeux qu'un autre.

2° Quant aux bronchites épisodiques des tuberculeux avérés, des phtisiques, elles ne donnent presque jamais lieu à un encombrement respiratoire qui puisse motiver un traitement actif. C'est par la préservation, l'*opium*, l'*alcool* et les *boissons chaudes* qu'on les guérit. Chacune d'elles appelle les soins du médecin au même titre qu'une maladie grave.

X

Indications spéciales aux bronchites cachectiques.

A. — BRONCHITE ALBUMINURIQUE

La bronchite des albuminuriques a pour caractéristique majeure de s'accompagner d'œdème pulmonaire. Je renvoie donc à son sujet au TRAITEMENT DE L'ŒDÈME DU POU MON¹, où j'en parle assez longuement. Je ne m'occuperai ici que d'une seule forme, la *bronchite albuminurique du sommet*, laquelle est très mal connue.

Le plus ordinairement, c'est chez les individus atteints d'albuminurie dyscrasique, latente encore, ou bien d'albuminurie cyclique qu'on observe cette variété de bronchite. Le malade tousse, mais ne maigrit pas. Il crache un mucus spumeux, parfois diffusément teinté de sang. L'auscultation de la poitrine révèle au sommet des craquements humides, — ou plutôt de petites bulles d'œdème pulmonaire fin. Le plus souvent l'angine et la laryngite caractéristiques coexistent; et c'est le laryngologiste qui les reconnaît, examine les urines et fait le diagnostic.

Le *traitement général de l'albuminurie* et le *régime* font d'ordinaire disparaître rapidement cette bronchite du sommet. Quand elle est méconnue, il y a chance pour qu'un médecin la traite par les vésicatoires comme une phtisie au début. Ceci veut dire qu'avant de poser un vésicatoire à qui que ce soit, même à un malade paraissant phtisique, il faut faire l'examen sommaire de ses urines.

Il est d'autant plus intéressant de connaître la bronchite du sommet et de savoir comment il faut, et surtout comment il ne faut pas la traiter, que d'autre part l'albuminurie dyscrasique, cyclique, et même dans quelques cas une albuminurie continue extrêmement légère, peuvent avoir un caractère pré-tuberculeux. C'est ce qu'a bien établi J. Teissier pour

1. VOYEZ : TRAITEMENT DE L'ŒDÈME DU POU MON, fascicule VIII.