

suivie en apparence du rétablissement des fonctions respiratoires et circulatoires. La laryngo-trachéotomie pourrait être insuffisante dans les cas où l'infiltration a gagné le tissu cellulaire sous-muqueux de la partie inférieure du larynx : car on peut voir alors, ainsi que la chose est arrivée à Casimir Broussais, un ou deux bourrelets œdémateux obstruer le canal, et mettre ainsi obstacle à l'entrée de l'air; en pareil cas on n'hésiterait pas à inciser ces replis pour donner issue à la sérosité qui les distend.

L'angine œdémateuse étant caractérisée par des altérations qui sont presque toujours bornées au larynx, ces lésions étant pour la plupart peu profondes et capables de disparaître en un temps très-court, il s'ensuit que la trachéotomie doit être suivie de guérison dans une proportion considérable. Sestier établit en effet, dans son excellente monographie, que la bronchotomie a réussi dans les deux cinquièmes des cas, tandis que sans cette opération la proportion des guérisons ne s'élève pas tout à fait au quart. Et encore est-il utile de remarquer ici que l'opération a presque toujours été faite *in extremis*. La trachéotomie ne réussit pas dans la même proportion dans toutes les catégories d'angine laryngée; l'opération échoue, en effet, presque toujours, ou 19 fois sur 20, lorsque l'infiltration est consécutive à une grave altération du larynx (nécrose, carie, ulcérations); elle ne réussit guère que sur un sixième ou un huitième, lorsque les individus ont été pris d'angine dans le cours d'une maladie grave ou pendant une convalescence. Il n'en est plus de même lorsque l'angine est primitive et dégagée de toute complication, car alors l'ouverture des voies aériennes réussit dans le plus grand nombre des cas, pourvu cependant qu'on ne la pratique pas trop tard. Il faut aussi que la maladie reste circonscrite, car j'ai vu, après la trachéotomie, la phlegmasie s'étendant dans les parties profondes et le pus fusant le long de la trachée, rendre infructueuse une opération qui avait été suivie d'un grand soulagement et parfois même d'un commencement de convalescence.

#### DE LA LARYNGITE CHRONIQUE

La laryngite existe souvent à l'état chronique; cependant sous cette dénomination la plupart des auteurs ont réuni des altérations très-diverses, depuis la simple injection, avec ou sans ramollissement de la membrane muqueuse, jusqu'à son ulcération, qui s'accompagne souvent elle-même de la destruction des tissus subjacents. Ces ulcérations sont communément regardées comme constituant le caractère anatomique d'une forme de la laryngite chronique désignée sous le nom de *phthisie laryngée*, en raison des symptômes de consommation qui l'accompagnent. En traitant de l'anatomie pathologique, nous verrons si, dans l'état actuel de la science, on peut admettre une phthisie laryngée idiopathique. Quoi qu'il en soit, il importe pour le moment de maintenir encore la distinction qu'on a faite de la laryngite chronique en *simple*, *bénigne* ou *non ulcéreuse*, et en *grave* ou *ulcéreuse*.

**Historique.** — Les altérations du larynx, vaguement indiquées par Galien et par Aétius, ne commencèrent à être étudiées que par Morgagni (1), et surtout par Borsieri (2); mais les travaux les plus complets datent de ce siècle, et se trouvent dans les thèses inaugurales de MM. Laignelet (année 1806), Sauvée (1808), Papillon (1812), Bravaz (1824). Les ouvrages de Bayle et de M. Louis sur la phthisie, ainsi que le tome IV de la *Clinique* de M. Andral,

(1) Lettre xv, §§ 13 et 15; lettre xxii, § 27.

(2) *Institutiones medico-practicae*, t. IV, §§ 57 et 62.

renferment de nombreuses observations et des détails anatomiques précieux. Nous en dirons autant d'un mémoire de M. Barth, inséré en 1839 dans les *Archives générales de médecine*. Mais le travail le plus complet qui ait été publié est la monographie dont MM. Trousseau et Belloc sont les auteurs, et qui est insérée dans le VI<sup>e</sup> volume des *Mémoires de l'Académie de médecine*.

**Caractères anatomiques.** — Les lésions qu'on constate chez les individus qui succombent dans le cours d'une laryngite chronique sont très-variables. Tantôt la membrane muqueuse est injectée, bleuâtre ou de couleur ardoisée; ailleurs elle est pâle, mais mamelonnée et épaissie, plus résistante ou plus friable; parfois elle est comme fongueuse et hérissée de végétations. L'appareil folliculaire peut avoir subi une sorte d'hypertrophie; celle-ci coexiste souvent avec une lésion analogue des follicules du pharynx que nous avons décrite précédemment page 274. Quelquefois, enfin, dans la laryngite chronique il y a une infiltration purulente du tissu sous-muqueux, ou bien le pus est réuni en petits foyers formant une légère saillie dans le larynx, et qu'il faut bien éviter de prendre pour des tubercules ramollis. Ces lésions occupent rarement toute l'étendue du larynx; elles sont ordinairement limitées à une portion de l'organe, et se montrent surtout sur les cordes vocales, dans les ventricules ou sur l'épiglotte.

Jusque dans ces derniers temps, on a regardé les ulcérations comme succédant fréquemment aux inflammations idiopathiques de la muqueuse du larynx; cependant une observation plus attentive a aujourd'hui mis hors de doute que, dans la presque totalité des cas, sinon dans tous, les ulcérations du larynx étaient symptomatiques. Ainsi, à l'état aigu, on ne les observe que dans le cours de la morve et de l'affection typhoïde, plus rarement dans la variole ou après l'emploi du tartre stibié à haute dose; à l'état chronique, elles se lient presque toujours à l'existence de tubercules pulmonaires; enfin, dans quelques cas elles sont consécutives à l'infection syphilitique. Est-ce à dire pourtant que les ulcérations du larynx ne puissent jamais être primitives? Je suis loin d'en contester la possibilité; cependant je prétends que ce fait doit être excessivement rare: car, dans les nombreuses autopsies que j'ai faites depuis trente-cinq ans, je n'en ai encore rencontré aucun exemple, et dans les recherches auxquelles je me suis livré dans les auteurs, il m'a été impossible aussi d'en trouver aucun qui fût bien authentique. Je dirai même que les sept observations que MM. Trousseau et Belloc ont rassemblées ne sont point concluantes, puisque, s'il est vrai qu'il n'existât aucun tubercule pulmonaire, il n'est pas aussi bien démontré pour moi qu'il n'y ait pas eu d'infection vénérienne. Je le répète donc, je ne nie pas absolument la possibilité des ulcérations primitives, idiopathiques; je dis seulement qu'elles sont rares, tellement rares, que, lorsqu'on les rencontre sur les cadavres ou qu'on les soupçonne sur le vivant, il faut supposer l'action de quelques-unes des causes générales que j'ai précédemment signalées. Nous n'avons pas à nous occuper dans cet article des ulcérations symptomatiques, qui d'ailleurs se forment très-probablement d'après un mécanisme différent de celui qui préside au développement des ulcérations de nature inflammatoire. (Voyez les articles qui les concernent.)

Les auteurs qui décrivent des ulcérations simples du larynx nous les représentent tantôt superficielles, tantôt profondes, n'intéressant que la muqueuse ou ayant détruit les muscles et jusqu'aux cartilages eux-mêmes. Elles auraient des bords arrondis ou irréguliers; leur fond serait lisse ou inégal. Elles pourraient se cicatriser, ce qu'on reconnaîtrait à une tache bleuâtre de la muqueuse, qui parfois serait dure, adhérente en ce point; si la perte de substance

a été considérable, il y aurait une bride résistante, et le canal serait plus ou moins déformé.

Les cartilages sont fréquemment altérés dans le cours de la laryngite; nous avons dit qu'ils pouvaient être détruits par le travail ulcératif. Le plus souvent ils sont épaissis et subissent prématurément un travail d'ossification: c'est ce que l'on constate même dans les cas où la muqueuse est seulement épaissie.

**Symptômes.** — Dans la laryngite chronique, la voix est constamment altérée; elle est parfois seulement voilée; d'autres fois elle est rauque, dure, inégale; les sons aigus ne peuvent plus être produits. Cet enrouement varie beaucoup dans la journée: il est, en général, plus marqué le matin que le soir. Il diminue par le séjour au milieu d'une température élevée, il s'aggrave par l'exposition au froid et à l'humidité. Cependant on a remarqué qu'il augmentait plutôt par le passage du froid au chaud que lorsque les individus passent brusquement du chaud au froid. Les fatigues, la faim, augmentent parfois aussi l'altération de la voix. Celle-ci, par contre, s'éclaircit souvent pendant le travail de la digestion, à moins pourtant que les malades n'aient pris des alcooliques en trop grande quantité. La voix n'est pas seulement enrouée, mais elle est encore inégale, raboteuse; quelquefois elle est tout à fait éteinte. La toux est plus ou moins fréquente et quinteuse; elle est parfois *éruclante*, c'est-à-dire que le malade, en toussant, semble faire un rot étouffé. Ce phénomène n'est guère constaté que lorsque les altérations sont assez profondes. Dans la laryngite chronique il y a parfois une douleur locale qui n'indique pas toujours le siège de la lésion: c'est tantôt une cuisson, un chatouillement incommode, ou bien un sentiment de gêne, ce qui excite les malades à faire des efforts d'expiration comme s'ils voulaient expulser un corps étranger qui serait engagé dans la partie supérieure du tuyau vocal. Les crachats sont, en général, rares; ils sont expulsés surtout au moment du réveil; ils sont d'un blanc jaunâtre, quelquefois pelotonnés; ils peuvent devenir puriformes et striés de sang lorsqu'il existe des ulcérations. L'inspection du cou ne fait, en général, rien noter d'insolite: le larynx a sa configuration et son volume normal; il arrive parfois que la pression extérieure est un peu douloureuse; l'action de parler, l'inspiration même faite un peu plus rapidement, produisent souvent une sensation pénible; la déglutition peut être également douloureuse par la pression que le bol alimentaire exerce sur l'épiglotte ou sur la paroi postérieure du larynx à travers l'œsophage. M. Barth, ayant ausculté le larynx, a trouvé que le bruit produit par l'air qui traverse ce canal est plus rude: il est même comme râpeux; mais c'est là une circonstance peu importante à noter. La plupart des malades dont nous parlons ont l'haleine un peu courte, et si le calibre du larynx était très-resserré, il y aurait de temps en temps des accès de suffocation qui s'expliquent par un boursoufflement accidentel de la muqueuse, ou seulement parce que la lumière du conduit est obstruée par une mucosité adhérente. Disons pourtant que l'accident dont je parle est extrêmement rare.

Dans la laryngite simple il n'y a guère que des symptômes locaux; il n'en est plus de même lorsqu'il y a des ulcérations. Les malades alors maigrissent, dépérissent; ils ont une fièvre hectique comme dans la tuberculisation pulmonaire presque constante d'ailleurs en pareil cas.

**Marche. Durée. Terminaisons.** — Cette maladie a une marche lente; elle peut présenter des exacerbations et passer momentanément à l'état aigu. Sa durée est indéterminée: elle peut persister pendant un grand nombre d'années sans influencer d'aucune sorte la santé générale. On a dit qu'en se prolongeant, elle pouvait dégénérer en *phthisie*, c'est-à-dire produire des ulcérations dans

le larynx et des tubercules dans les poumons. Il est certain que, dans quelques cas, la laryngite chronique précède de longtemps la tuberculisation pulmonaire; mais celle-ci est-elle véritablement l'effet de la première? C'est ce qu'il est difficile de prouver. Expressions l'une et l'autre d'une même diathèse, nous croyons que la lésion peut prédominer dans un point ou apparaître plus tôt que de coutume, sans qu'on soit autorisé pourtant à rattacher à l'altération qui débute les désordres analogues qui surviendront plus tard vers les autres organes.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de la laryngite chronique ne présente aucune difficulté, mais il importe surtout de bien distinguer la laryngite simple des différentes espèces d'ulcérations qui peuvent se former dans le larynx. Lorsqu'un malade ayant de l'enrouement maigrit, lorsqu'il y a de la fièvre le soir, et des sueurs pendant le sommeil de la nuit, il faudra soupçonner une affection tuberculeuse des poumons, et presque toujours l'auscultation et la percussion de la poitrine donneront de la réalité à ces présomptions. L'enrouement dépend-il d'une infection syphilitique, il sera plus considérable que dans la laryngite simple; il s'accompagnera souvent d'une expectoration purulente; il existera en outre des signes de syphilis constitutionnelle, tels que des syphilides, des exostoses, des douleurs ostéocopes, et surtout des ulcérations caractéristiques sur la langue, sur les amygdales, sur le voile du palais et au pharynx. Si ces signes manquaient, on aurait recours aux commémoratifs. Ajoutons que les phénomènes de consommation n'existent jamais dans la laryngite simple; aussi, lorsqu'on ne peut rattacher ceux-ci à aucune lésion tuberculeuse des poumons, on devra considérer les accidents qu'on observe du côté du larynx comme étant de nature syphilitique. Enfin le cancer du larynx se traduit par des signes tellement évidents, qu'il sera impossible de le confondre avec une laryngite simple (voyez les articles *Phthisie pulmonaire* et *Syphilis du larynx*). Quant à l'aphonie nerveuse, accident qui le plus communément est une des manifestations de l'hystérie, on la voit débiter le plus souvent d'une façon brusque et elle ne s'accompagne d'aucune gêne, d'aucune douleur locale. L'examen fait avec le laryngoscope pourra d'ailleurs, dans beaucoup de cas, éclairer le diagnostic, en permettant de constater directement l'état de la membrane muqueuse qui tapisse la partie supérieure du larynx.

**Pronostic.** — La laryngite chronique simple est une affection bénigne, mais qui néanmoins est incommode et plus ou moins rebelle. Le pronostic de la laryngite ulcéreuse est toujours fâcheux. Il est en rapport avec la gravité de la diathèse qui a produit les ulcérations: celles-ci sont curables, si elles sont l'effet de la syphilis; mais la maladie a une issue nécessairement fatale s'il y a cancer, et peut-être aussi lorsque les ulcérations sont l'effet d'une diathèse tuberculeuse.

**Étiologie.** — Rare chez les enfants, plus fréquente chez l'homme que chez la femme, la laryngite chronique affecte spécialement les hommes qui, par état, fatiguent beaucoup les organes de la voix, surtout lorsque leurs professions les exposent en outre aux intempéries de l'air: tels sont les marchands et chanteurs ambulants. Les excès alcooliques ont également une grande influence. C'est à cette triple cause surtout qu'il faut rapporter ces laryngites chroniques qui sont si communes chez les filles publiques de bas étage. Il ne paraît pas, comme on l'a cru pendant longtemps, que l'exposition aux vapeurs irritantes, et surtout que l'inspiration des corps pulvérulents, soient des causes actives de laryngite chronique. Il n'en est plus de même de l'introduction dans le larynx de corps étrangers volumineux comme des noyaux de fruits, des corps métal-

liques, des pièces de monnaie, etc., dont le séjour prolongé peut être suivi de pneumonie ou de la production de tubercules pulmonaires; quelquefois pourtant il n'y a qu'une laryngite, probablement avec ulcérations, attendu qu'elle s'accompagne d'amaigrissement et de fièvre hectique. Ces accidents cèdent en général rapidement, dès que le corps étranger a été extrait ou qu'il a été expulsé par la nature.

**Traitement.** — Il faut d'abord éloigner les causes qui ont paru présider au développement de la maladie. Si l'enrouement est considérable, les malades s'abstiendront de parler; s'il existe de la douleur et des symptômes subaigus, on fera une application de sangsues au-devant du larynx, ou bien on mettra quelques ventouses à la nuque. Cependant les antiphlogistiques ne conviennent que dans le plus petit nombre des cas et d'une manière passagère; les révulsifs, au contraire, sont toujours indiqués. Parmi ceux-ci on doit mettre en première ligne le vésicatoire volant, ou mieux encore un vésicatoire placé à demeure au-devant du cou ou bien à la nuque; les frictions avec l'huile de croton, les douches aromatiques ou alcalines. On a encore conseillé la pommade stibiée, le séton à la nuque ou le long du larynx, ou bien encore des cautères sur les parties latérales du cou; mais nous ne croyons pas qu'on doive employer des remèdes aussi violents et qui laissent des traces indélébiles; car, dans la laryngite simple, le mal ne justifie pas la violence du remède, et si la laryngite est ulcéreuse, ces moyens sont impuissants. Dans les cas de laryngite chronique simple, on a fréquemment obtenu des effets avantageux des Eaux-Bonnes, d'Enghien, de Cauterets, prises en boisson ou inspirées, ou données aussi en bains et en douches sur l'organe malade. Il est un symptôme incommode et cause lui-même de divers accidents qu'il faut chercher à modérer: je veux parler de la toux, qu'on calme souvent par l'emploi des narcotiques, en donnant des pilules d'opium, ou bien des fumigations de datura stramonium; les malades pourront également fumer cette dernière substance. On s'est servi aussi d'emplâtres et de pommades stupéfiantes.

Dans ces derniers temps, MM. Trousseau et Belloc ont beaucoup insisté pour opposer à la laryngite chronique une médication topique. Il ne paraît pas que les substances aromatiques excitantes, administrées sous forme sèche ou humide, aient eu des résultats très-avantageux; il n'en serait pas de même des astringents, surtout des caustiques, comme le nitrate d'argent. M. Trousseau semble, en effet, avoir obtenu par ces moyens quelques succès. Le nitrate d'argent est employé en solution (2 à 4 grammes pour 4 d'eau distillée). Si l'on veut cautériser la partie supérieure du larynx, on prend une baleine recourbée et armée d'un morceau d'éponge qu'on trempe dans la solution caustique. On fait alors ouvrir largement la bouche au malade; puis, attirant la langue en avant et déprimant sa base, on met à découvert l'épiglotte, au-dessous de laquelle on insinue l'éponge, qui pénètre ainsi dans le larynx et le cautérise. On peut encore se servir, pour la même opération, d'une seringue d'argent semblable à celle d'Anel, dont le siphon a 15 centimètres de longueur et se recourbe fortement à son extrémité. L'ouverture du siphon aura un demi-millimètre de diamètre. Enfin, le même médecin a souvent employé des insufflations de sous-nitrate de bismuth, de sulfate de zinc, de cuivre, d'acétate de plomb, combinés avec une quantité de sucre variable (de 2 à 36 fois leur poids). Ces insufflations pourront être faites par le malade à l'aide d'un tube ayant 24 à 30 centimètres de long sur 4 à 6 millimètres de diamètre; il introduit une des extrémités de ce tube, chargé de poudre médicamenteuse, le plus profondément qu'il peut dans la gorge; puis faisant une grande inspiration, le médicament

est entraîné par la colonne d'air, qui le fait pénétrer en partie dans le larynx. Quoique l'emploi de tous ces moyens semble justifié par quelques succès, ceux-ci ne sont pas encore assez multipliés pour qu'on puisse, en s'en servant, compter beaucoup sur une prompte réussite.

D'ailleurs, dans la méthode indiquée plus haut, on marche en aveugle. Pour mieux diriger les modificateurs locaux qu'on emploie, on devrait mettre les parties malades à découvert avec le laryngoscope; de cette manière on pourrait porter sur un point précis l'agent modificateur. C'est ce que nous avons fait avec le docteur Fauvel sur une personne qui me fut adressée par le docteur Mauricet (de Vannes). Une fongosité qui produisait de l'enrouement, et provoquait souvent une expulsion sanguine, put être réprimée par deux applications de caustique.

#### DE LA TRACHÉITE AIGÜE ET DE LA TRACHÉITE CHRONIQUE

Je ne veux point traiter spécialement de la trachéite, car chacun sait que l'inflammation est rarement bornée à cet organe; mais elle y arrive presque toujours par extension, soit du côté des bronches, soit du côté du larynx. Dans les cas rares où la trachéite existe seule, on constate un léger sentiment de gêne et de picotement à la partie inférieure du cou, il existe un peu de toux, et les malades rejettent quelques crachats filants, transparents ou opaques; quelques-uns se plaignent d'être oppressés; il n'y a presque jamais de fièvre. Il est, je crois, sans exemple que la trachéite ait mis la vie des malades en péril.

La trachéite peut exister à l'état chronique. Comme la laryngite, elle peut être simple ou avec ulcérations. On a voulu faire de cette dernière une forme spéciale de phthisie (*phthisie trachéale*). Cayol l'a décrite dans sa thèse soutenue en 1810. Mais il est reconnu aujourd'hui que les ulcères de la trachée ne sont jamais indépendants, que toujours ils coexistent avec des ulcérations du larynx, se liant elles-mêmes à une diathèse tuberculeuse, ou bien à une infection syphilitique ou farcineuse. (Voyez ces affections.)

#### DE LA BRONCHITE

SYNONYMIE. — Rhume; catarrhe pulmonaire; fièvre catarrhale.

Le mot *bronchite* sert à désigner l'inflammation de la membrane muqueuse des bronches. Cette expression est préférable à celle de *catarrhe pulmonaire*, qui donne l'idée d'un flux muqueux souvent indépendant d'un travail inflammatoire et parce qu'en outre il peut y avoir phlegmasie de la muqueuse des bronches, sans que pour cela il y ait nécessairement une augmentation dans la sécrétion de cette membrane.

**Historique. Divisions.** — La bronchite, quoique très-anciennement connue, n'est pourtant bien décrite que depuis les immortels travaux de Laënnec. Parmi les nombreuses divisions qu'on a admises dans l'histoire de cette affection, il en est quelques-unes d'importantes et qu'il faut maintenir: telle est d'abord la division en *aiguë* et en *chronique*, puis la distinction de la première en bronchite *simple*, *capillaire* et *pseudo-membraneuse*. La bronchite capillaire, qui correspond au catarrhe suffocant des auteurs, n'a été convenablement étudiée que dans ces derniers temps. Elle l'a été d'abord par MM. Delaberge et Monneret dans leur *Compendium*, par le docteur Foucart (*Thèse*, année 1842), et par M. Fauvel, qui a publié ses recherches dans sa thèse d'abord (1840), et plus tard dans le tome II des *Mémoires de la Société médicale*

d'observation de Paris; enfin, MM. Mahot, Bonamy, Marcé et Malherbe, médecins de l'Hôtel-Dieu de Nantes, ont donné une excellente relation d'une épidémie de bronchite capillaire qu'ils ont observée en commun, de 1840 à 1841.

#### De la bronchite aiguë.

**Caractères anatomiques.** — Les bronches enflammées contiennent une quantité plus ou moins considérable d'un mucus blanc, visqueux, aéré, ou opaque et purulent. La membrane muqueuse est rouge; l'injection est disposée en arborisations, en plaques, en zones ou en piqueté; il est rare qu'on puisse constater une augmentation d'épaisseur du tissu. Plus fréquemment on trouve celui-ci plus ou moins ramolli; il ne paraît pas qu'on ait jamais observé ni la suppuration du tissu cellulaire sous-jacent, ni la gangrène de la muqueuse bronchique. Les caractères anatomiques de l'inflammation sont plus ou moins étendus; presque toujours on les trouve dans les deux poumons à la fois, mais ils sont limités à un certain nombre de bronches. Souvent ils ne dépassent pas les gros tuyaux, d'autres fois ils n'existent que dans les ramifications les plus ténues: on dit alors que la bronchite est *capillaire*. Dans ce dernier cas, en incisant les petites bronches, on les trouve remplies par une matière mucosopurulente, épaisse, non aérée, qui les oblitère depuis les deuxième ou troisième divisions jusqu'aux ramifications capillaires. Ces mucosités finissent par produire mécaniquement une dilatation uniforme de ces conduits, laquelle, d'ailleurs, est un peu moins marquée chez l'adulte que chez les enfants. La membrane muqueuse a son épaisseur et sa consistance normales, mais elle est d'un rouge intense, et cette rougeur va en s'affaiblissant des grosses ramifications vers les plus petites; d'autres fois c'est le contraire qu'on observe. L'obstruction des petites bronches, lorsqu'elle est générale, produit nécessairement la dilatation des vésicules (*emphysème vésiculaire*), surtout sur le bord tranchant de l'organe; plus rarement on voit un léger emphysème interlobulaire: ces lésions expliquent pourquoi les poumons, loin de s'affaisser lorsqu'on ouvre la poitrine, tendent au contraire à s'échapper de cette cavité. M. Fauvel, un des premiers, je crois, a fait voir en outre que, chez les enfants, un grand nombre de vésicules dilatées contenaient la même matière que les bronches; mais elle s'y montre sous forme de granulations blanchâtres ou jaunâtres, et il faudrait bien se garder de confondre celles-ci avec les granulations tuberculeuses, auxquelles elles ressemblent par leur configuration et leur volume. Mais le tubercule forme une tumeur dure, tandis qu'en piquant la granulation, qui n'est autre que la vésicule, on en fait sortir un liquide puriforme, et il reste à sa place une dépression, une vacuole communiquant avec une ramification bronchique. Lorsque beaucoup de vésicules pulmonaires ont été envahies, le poumon est friable et offre à la coupe une teinte grisâtre qui pourrait faire croire à l'existence d'une épatisation grise; mais un examen plus attentif ne permet pas de faire cette confusion; d'ailleurs, en insufflant le poumon, on lui rend sa souplesse, résultat qu'on n'obtient jamais lorsqu'il y a hépatisation.

Tous les auteurs signalent comme une lésion fréquente de la bronchite capillaire des noyaux d'hépatisation rouge ou grise, disséminés à la surface et dans l'épaisseur de l'un et de l'autre poumon: on lui a donné le nom de *pneumonie lobulaire*. Cependant on a contesté, il y a quelques années, la justesse de cette expression. Legendre et Bailly, dans un travail intéressant inséré dans les *Archives de médecine* en 1846, ont surtout cherché à prouver que cette lésion était distincte de la pneumonie; ils s'appuient sur ce que le tissu n'est ni tu-

méfié, ni grenu, ni friable, comme dans l'hépatisation, et sur ce qu'en pratiquant l'insufflation, on le rend de nouveau crépitant et aéré. Ils comparent ou plutôt ils assimilent cet état à celui d'un poumon qui n'a pas encore respiré. Pour eux, le tissu pulmonaire aurait subi dans quelques-unes de ses parties une sorte de retrait, parce que l'air, arrêté par les mucosités qui remplissent les bronches, a cessé d'y pénétrer. Les faits exposés par Legendre et Bailly ont une grande valeur; nous croyons leur opinion parfaitement fondée pour beau coup de cas, mais nous persistons encore à croire que, chez un grand nombre, les noyaux que les poumons présentent sont constitués par une véritable phlegmasie, ne différant de l'hépatisation ordinaire que par son peu d'étendue et par sa dissémination. Quoi qu'il en soit, les poumons des individus qui succombent à la bronchite capillaire sont en général rosés à la coupe, et les ganglions bronchiques, chez les enfants du moins, sont le plus souvent gonflés, rouges et ramollis.

Il existe une bronchite pseudo-membraneuse; elle est anatomiquement caractérisée par la production, dans les tuyaux bronchiques, de fausses membranes analogues à celles que nous avons rencontrées dans le croup. Elles se présentent sous forme de cylindres d'un blanc grisâtre, parfois rosés, envahissant un plus ou moins grand nombre de bronches. Elles sont denses, élastiques, et se composent de deux ou trois couches concentriques. En les soulevant et en tirant sur elles avec précaution, on parvient quelquefois à en extraire un nombre assez considérable, se composant d'une tige centrale de laquelle partent une foule de divisions pénétrant chacune dans une ramification capillaire. La pseudo-membrane est évidemment l'effet d'une sécrétion morbide de la membrane muqueuse; rien ne prouve qu'elle ait pour point de départ une hémorrhagie bronchique, et qu'elle ne soit autre qu'une transformation de la fibrine du sang.

**Symptômes. Marche. Terminaisons. Durée.** — Dans sa forme la plus bénigne, la bronchite ne produit d'autre accident qu'une toux peu forte, peu ou point douloureuse, avec expectoration de quelques crachats muqueux. Il n'y a, en général, point de fièvre, à peine de malaise, l'appétit est seulement un peu diminué, ou bien les aliments semblent moins sapides. Cette incommodité, vulgairement appelée *rhume*, succède souvent au coryza; elle disparaît fréquemment au bout de quelques jours; d'autres fois elle se prolonge pendant un temps plus ou moins long.

La bronchite aiguë intense est souvent précédée de prodromes, surtout lorsqu'elle survient d'une manière spontanée: ainsi il y a du malaise, des horripilations, de la sensibilité au froid, de l'inappétence, du coryza, une céphalalgie vive, etc. Dès que la bronchite est confirmée, les malades accusent un sentiment de gêne et de pesanteur dans la poitrine, parfois un chatouillement incommode ou bien une douleur obtuse, contusive ou déchirante derrière le sternum; une constriction à la base et sur les côtés du thorax. Ces souffrances s'exaspèrent par la toux; celle-ci s'accompagne fréquemment de douleurs vives, déchirantes, qui suivent la direction de la trachée-artère et des bronches. La toux est un symptôme très-pénible pour les malades. Elle est spontanée, ou bien elle est provoquée par la parole, par les mouvements du corps, par les émotions et par l'impression d'un air froid, etc. Un chatouillement ayant son siège vers la partie supérieure de la trachée la précède de peu d'instant. La toux se reproduit ordinairement sous forme de *quintes*, c'est-à-dire qu'une seule inspiration est suivie de cinq ou six secousses successives. Ces accès, qui sont toujours plus forts et plus fréquents le soir et surtout pendant la nuit, empêchent