

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

quelquefois tout à fait le sommeil. S'ils se reproduisent presque sans interruption pendant plusieurs minutes, on voit alors les jugulaires se gonfler, la face se congestionner, les yeux devenir larmoyants, et les malades accuser de la céphalalgie et un grand malaise. Les quintes fréquentes produisent en outre de l'endolorissement à l'épigastre, aux hypochondres et vers les attaches du diaphragme. Enfin, les accès de toux, s'ils sont violents ou s'ils surviennent pendant le travail de la digestion, s'accompagnent de nausées, de vomissements alimentaires, bilieux ou glaireux. La toux, qui est tantôt rauque, tantôt plus ou moins éclatante, est d'abord sèche; mais elle ne tarde pas, au bout d'un ou plusieurs jours, à être suivie d'une expectoration formée d'abord par des crachats muqueux, aqueux, quelquefois striés de sang et d'une saveur salée. En dehors des quintes, l'oppression est généralement peu considérable. La poitrine percute partout un son naturel; mais l'auscultation fait constater l'existence de râles sibilants et ronflants. Si la sécrétion bronchique est assez considérable, il existe aussi un râle muqueux ou sous-crépitant; et celui-ci, si l'on en excepte les cas de bronchite capillaire, siège presque toujours à la racine des bronches ou à la base de l'un et de l'autre poulmon.

Le râle *sibilant* donne la sensation d'un petit sifflement prolongé, aigu ou grave; d'autres fois il ressemble davantage au gazouillement des oiseaux. Le râle *sonore* ou *ronflant*, au contraire, généralement plus bruyant, consiste en un bruit qui imite le ronflement d'un homme qui dort, ou le roucoulement de la tourterelle, ou celui que donne une corde de basse qu'on frotte avec le doigt. Le râle sibilant semble se passer dans les petites bronches, le râle ronflant dans les plus grosses. Ils s'expliquent l'un et l'autre par le rétrécissement des tuyaux aériens, produit par le boursoufflement de la muqueuse ou par des mucosités très-adhérentes. Ces deux râles sont souvent désignés sous le nom de *râles secs*; on les entend indifféremment pendant l'inspiration et pendant l'expiration. Le râle *sous-crépitant* qu'on a comparé au bruit qu'on fait en soufflant avec un chalumeau dans de l'eau de savon, est caractérisé par des bulles un peu grosses et humides inégales entre elles, et qu'on entend *surtout*, mais *non exclusivement*, pendant l'inspiration; il forme la transition entre le râle *crépitant sec* de la pneumonie et le râle *muqueux*. Celui-ci est constitué par des bulles plus grosses, plus humides et plus rares; il donne la sensation d'un véritable gargouillement, lorsque les mucosités qui le produisent sont accumulées dans des grosses bronches ou dans des bronches dilatées. Les râles sous-crépitant et muqueux sont déterminés par le passage de l'air à travers un liquide. Le premier siège *peut-être* dans les vésicules; le second est certainement produit dans les bronches.

Pour terminer l'étude des phénomènes que l'auscultation révèle, disons que dans la bronchite aiguë le murmure respiratoire est quelquefois devenu puéril; souvent il est affaibli ou masqué par des râles; quelquefois il est tout à fait nul, en raison de l'occlusion momentanée des tuyaux bronchiques par quelques mucosités; mais dès que celles-ci se sont déplacées, soit spontanément, soit après des efforts de toux, le bruit respiratoire reparait. Cette occlusion momentanée des bronches peut également suspendre les râles sibilant et ronflant. Enfin, le râle muqueux étant produit par le passage de l'air à travers des mucosités, on conçoit qu'il puisse à son tour cesser d'être perçu, lorsque les liquides se déplacent et surtout aussitôt qu'ils ont été expulsés.

Indépendamment de ces symptômes locaux, la bronchite aiguë intense s'accompagne de phénomènes généraux et sympathiques. Les malades accusent de la céphalalgie sus-orbitaire et du malaise; ils ont des horripilations; la peau

est chaude, moite, le pouls accéléré, la langue blanche, la soif vive, l'appétit nul. Souvent la plupart de ces symptômes s'exaspèrent le soir, et constituent un véritable paroxysme.

Cependant, après avoir persisté ainsi à l'état aigu, les symptômes généraux et sympathiques diminuent d'intensité, les quintes sont moins pénibles, moins fréquentes; la sécrétion bronchique augmente, elle est blanche, opaque, verdâtre; le vulgaire dit alors que le *rhume mûrit*. C'est la période dite de *coction* des anciens auteurs.

La bronchite se termine presque toujours par résolution; d'autres fois elle passe à l'état chronique. Elle n'a jamais une issue funeste, excepté chez les sujets très-affaiblis par l'âge ou par quelque maladie grave. Lorsque la mort survient dans le cours d'une bronchite, elle résulte toujours de ce que la phlegmasie s'est propagée aux petites ramifications (*bronchite capillaire*), ou au parenchyme pulmonaire (*pneumonie*), ou bien encore de ce que les mucosités ayant été sécrétées en grande abondance, et les forces ne suffisant plus pour les expulser, s'accumulent dans l'arbre aérien, gênent l'entrée de l'air, et déterminent l'asphyxie. La durée varie entre quelques jours et plusieurs semaines; elle est en général d'autant plus longue que la saison est plus froide et plus humide, que les individus sont plus faibles, plus délicats, et que la maladie a déjà récidivé un plus grand nombre de fois.

Variétés. — La bronchite aiguë peut présenter quelques modifications dans ses symptômes généraux et locaux. Affecte-t-elle des sujets pléthoriques, vigoureux, on observera le cortège ordinaire de la fièvre angioténique: les auteurs disent alors que le catarrhe est *inflammatoire*. D'autres fois il existe concurremment des symptômes bilieux: c'est ainsi qu'un grand nombre des affections que Stoll a observées dans le siècle dernier, et qu'il a décrites comme des pneumonies bilieuses, n'étaient, pour la plupart, que des bronchites intenses, compliquées d'un état bilieux qui, à cette époque, était le caractère prédominant de la constitution médicale de l'Europe. C'est encore à la bronchite qu'il faut rapporter les nombreuses relations qu'on trouve sur diverses fièvres catarrhales bilieuses qui ont souvent régné épidémiquement à la même époque. Il y a encore une bronchite qu'on peut appeler *latente*, car elle ne se révèle le plus ordinairement que par une toux sèche qu'on regarde souvent comme étant nerveuse et comme un résultat sympathique de la souffrance d'un autre organe: l'auscultation ne fait entendre alors aucun bruit morbide, ni aucune altération du murmure vésiculaire. Tout porte à penser que, dans ces cas, la phlegmasie est légère et bornée aux premières divisions des conduits aériens. Mais les variétés les plus importantes de la bronchite sont celles dans lesquelles la phlegmasie envahit les petites ramifications, et les obstrue par des mucosités ou par des fausses membranes: ce sont les *bronchites capillaires* et *pseudo-membraneuse*, dont nous avons déjà fait connaître les caractères anatomiques.

1° Bronchite capillaire. — La bronchite capillaire, ou *catarrhe suffocant*, paraît succéder presque toujours à une bronchite ordinaire de médiocre intensité; ce n'est que dans des cas fort rares que l'inflammation envahit primitivement les petites bronches, et s'annonce aussitôt par des symptômes plus ou moins graves. Quel que soit son début, dès que la bronchite capillaire existe, on observe une oppression extrême, survenant parfois presque tout à coup. L'inspiration, accompagnée souvent de sifflement, se fait péniblement et par la contraction convulsive et simultanée de tous les muscles qui peuvent y con-

courir; les mouvements respiratoires sont accélérés, surtout chez les enfants, chez lesquels on a compté jusqu'à quatre-vingts ou cent respirations par minute. La toux est fréquente, quinteuse, pénible par les douleurs déchirantes qu'elle excite derrière le sternum. Enfin, après des secousses nombreuses, les malades rejettent quelques mucosités filantes, mousseuses, et des crachats blancs, visqueux, aérés ou parfois striés de sang; ailleurs ce sont des mucosités jaunâtres, non aérées, dont l'expulsion n'amène aucun soulagement: c'est ce qui eut lieu dans l'épidémie de Nantes. La percussion donne partout un son clair; il arrive même quelquefois que la sonorité est exagérée, surtout antérieurement, ce qui s'explique par l'emphysème concomitant. L'auscultation révèle, comme dans la bronchite ordinaire, l'existence de râles ronflant, sibilant, muqueux; mais le râle sibilant est plus fin, plus ténu: il est général et mêlé presque partout à du râle sous-crépitant; enfin, le murmure vésiculaire cesse souvent d'être perçu, tant l'obstruction des petites bronches est complète. Avec un trouble si profond dans les fonctions respiratoires, la parole est brève, saccadée; le pouls, toujours accéléré, acquiert parfois une fréquence excessive; la peau est chaude, sèche ou couverte de sueur; toute l'habitude extérieure exprime la souffrance, l'anxiété. Les malades sont constamment assis, leurs bras arc-boutés pour fournir un point d'appui à quelques-uns des muscles inspirateurs; la figure est pâle, altérée, marbrée; les lèvres et les joues sont violacées. Cependant cette lutte incessante de l'organisme et l'hématose qui se fait si incomplètement finissent par épuiser les forces. Au bout de quelques jours de réaction, les malades s'affaissent, la respiration diminue de fréquence sans devenir plus facile; les râles persistent au même degré, excepté le râle sous-crépitant, qui ordinairement diminue ou cesse même complètement. L'expectoration est en même temps plus pénible; des mucosités, s'accumulant dans l'arbre aérien, y déterminent par le passage alternatif de l'air un bruit de râlement ou de gargouillement. La teinte violacée de la face est plus foncée; on observe la même coloration aux pieds et aux mains; quelquefois même des vergetures, des plaques violacées se dessinent sur toute la surface du corps; le pouls perd de sa force, sa fréquence augmente, et il devient irrégulier. Les malades s'affaissent de plus en plus; ils tombent dans la somnolence, et succombent lentement en conservant jusqu'au dernier moment l'intégrité des facultés intellectuelles. Si, au contraire, la maladie doit avoir une heureuse issue, on voit diminuer simultanément le nombre des respirations et l'anxiété. Les râles sont moins bruyants, moins étendus, moins nombreux, ce qui indique que le poumon est devenu plus perméable; la peau perd peu à peu sa coloration violacée; enfin, la convalescence se déclare. Cependant les malades présentent souvent pendant longtemps encore tous les symptômes d'une bronchite simple.

Les accidents propres à la bronchite capillaire cessent après une durée variable. Celle-ci est rarement moindre de cinq jours, et ne dépasse guère dix ou quinze. Lorsque la mort survient, elle a communément lieu dans cet intervalle. La convalescence est toujours assez longue. La bronchite capillaire est très-sujette à récidiver.

2° *Bronchite pseudo-membraneuse*. — Les symptômes que je viens d'indiquer sont précisément ceux qu'on observe dans la bronchite *pseudo-membraneuse*: c'est la même dyspnée, la même anxiété, la même suffocation; mais le caractère essentiel est fourni par l'expectoration. Dans la bronchite pseudo-membraneuse, les malades, après des quintes de toux plus ou moins

répétées, et après avoir rejeté quelques crachats blancs ou sanguinolents, expulsent des fausses membranes, les unes aplaties, rubanées; les autres tubulées, canaliculées, plus ou moins ramifiées, donnant quelquefois l'image d'une racine avec son chevelu. Ces fausses membranes n'ont parfois que quelques millimètres de long, mais il en est qui ont jusqu'à 10 ou 15 centimètres; elles peuvent égaler le volume d'une grosse plume d'oie et avoir des parois épaisses de 3 à 15 millimètres. Les malades sont soulagés après cette expulsion; mais les signes de suffocation et d'asphyxie reparaissent aussitôt que la fausse membrane s'est reproduite. Dans l'espèce de bronchite dont il s'agit ici, on observe les râles sibilants et ronflants qu'on trouve dans les bronchites ordinaires; quelques personnes ont dit qu'on percevait en outre un bruit particulier, une espèce de *bruit de soupape*, qui se produit lorsque les fausses membranes, détachées en partie, flottent dans l'arbre aérien. Mais ce bruit n'a rien de bien tranché, et l'on comprend qu'un mucus un peu consistant puisse donner à l'oreille la même sensation.

Il est inutile de dire que dans cette affection on n'observe aucun trouble du côté du larynx; point de fausses membranes dans le pharynx, c'est-à-dire rien qui puisse faire croire à l'existence d'un croup.

La bronchite pseudo-membraneuse a la même marche que la bronchite capillaire. Elle tue de la même manière, c'est-à-dire par asphyxie ou par complication de pneumonie; mais elle peut, contrairement à l'autre, exister à l'état chronique. (Voyez plus bas, *Bronchite chronique*.)

Diagnostic. — Le diagnostic de la bronchite est presque toujours facile; en effet, le caractère de la toux et de l'expectoration, la sonorité conservée de la poitrine et la nature des râles secs et humides, ne permettront de la confondre avec aucune autre maladie aiguë de poitrine. La bronchite capillaire offre des caractères non moins tranchés, et l'on verra plus tard qu'il n'est pas possible de la confondre avec la coqueluche ni avec la pneumonie. On la distinguera aisément de la laryngite striduleuse, maladie presque apyrétique, qui détermine une suffocation arrivant subitement et par accès; en outre, dans celle-ci on ne trouve pas à l'auscultation les râles bruyants, ni à la percussion la sonorité d'emphysème qu'on observe dans la bronchite capillaire. Nous avons dit précédemment (p. 46), que la bronchite capillaire pouvait parfois simuler une fièvre typhoïde, et nous verrons ailleurs à l'article *Phthisie*, qu'elle peut masquer aussi une tuberculisation pulmonaire aiguë. La bronchite pseudo-membraneuse, malgré l'oppression qui l'accompagne et le rejet des fausses membranes, ne pourra pas non plus être confondue avec le croup, en raison de l'absence de la respiration sifflante; de l'enrouement, de l'aphonie, de la toux et de la voix croupales.

Pronostic. — Le pronostic de la bronchite capillaire est très-grave, puisque cette maladie emporte à peu près le sixième des adultes et les sept huitièmes des petits enfants, ainsi que des vieillards qui en sont atteints. Pour ces derniers, il ne faut pas oublier que la bronchite capillaire se complique fréquemment de pneumonie lobulaire, qui est une cause de nouveaux dangers. La bronchite pseudo-membraneuse est au moins aussi grave que la précédente. L'inflammation simple des grosses bronches est, au contraire, une affection bénigne dont l'issue est constamment heureuse, excepté chez quelques vieillards, chez les très-petits enfants, et généralement chez tous les sujets débilités. Souvent alors la mort arrive par asphyxie lorsque les mucosités sécrétées en grande abondance ne peuvent plus être expulsées.

Étiologie. — La bronchite est une maladie très-commune; il est rare qu'un

même individu n'en soit pas atteint plusieurs fois dans le cours de son existence. Plus fréquente pourtant aux deux extrêmes de la vie, elle paraît être aussi plus commune chez l'homme que chez la femme (Louis et Ruz), ce qui dépend probablement des conditions hygiéniques différentes auxquelles les deux sexes sont inégalement exposés. La prédisposition à la bronchite est d'autant plus grande qu'on en a déjà été atteint un plus grand nombre de fois. Cette maladie survient, dans la grande majorité des cas, d'une manière spontanée en apparence, et sans qu'on puisse saisir l'action d'aucune cause déterminante; mais assez souvent, néanmoins, elle est consécutive à l'action du froid, soit à un refroidissement partiel de la tête ou des pieds, ou bien à des variations brusques de température: aussi la maladie est-elle plus fréquente dans l'hiver, au printemps et en automne. C'est dans ces saisons qu'on la voit quelquefois régner épidémiquement. Il est des bronchites qui sont *symptomatiques*; nous n'avons pas à nous en occuper ici: ce sont celles qu'on observe dans la rougeole et dans la fièvre typhoïde, on les voit souvent devenir capillaires.

Nous ne savons rien sur l'étiologie de la bronchite pseudo-membraneuse, si ce n'est qu'elle semble se montrer préférablement chez des individus affaiblis et souffrant depuis longtemps de quelque affection des voies respiratoires.

Traitement. — Le traitement doit varier suivant l'intensité de la maladie. Si la bronchite est bénigne et toute à fait apyrétique, il suffira que les malades observent une bonne hygiène; ils useront avec avantage des boissons et des pâtes pectorales. C'est dans cette forme de la maladie que quelques personnes ont préconisé divers moyens pour faire avorter l'inflammation. Ainsi Laënnec, d'accord en cela avec le vulgaire, conseillait l'usage des spiritueux (vin, punch, eau-de-vie) pris chauds, de manière à exciter une forte diaphorèse; d'autres ont employé un bain d'étuve ou de vapeur et des révulsifs cutanés; ces derniers sont généralement utiles. Quant aux excitants diffusibles, il faut en restreindre l'emploi aux malades qui ne sont point pléthoriques, qui n'ont aucune phlegmasie gastro-intestinale, ni aucune tendance à contracter une pneumonie. Il est d'ailleurs prudent de s'abstenir de ces moyens. L'opium, administré le soir à dose modérée, est doublement utile, il modère la toux, et agissant en outre comme sudorifique, il arrête parfois la maladie d'une manière assez prompte.

Si la bronchite est plus intense, si elle s'accompagne de fièvre, il faut prescrire un repos absolu, la diète, les mêmes boissons douces que précédemment; et si le pouls est large, la chaleur élevée, l'oppression forte, on devra pratiquer une et même plusieurs émissions sanguines. Il faut ordinairement préférer l'ouverture de la veine aux sangsues; on y joindra l'emploi de pédiluves irritants et de purgatifs doux. Si la poitrine est douloureuse, on pourra appliquer avec avantage, au-devant du sternum, un cataplasme émollient, qu'on recouvrira d'un taffetas ou d'une flanelle, afin de prévenir son refroidissement. Les vomitifs sont d'un usage fréquent dans la bronchite; on les emploie dans deux cas: ou bien pour combattre des symptômes bilieux ou pour favoriser l'expectoration. Lorsqu'en effet, par une cause quelconque, les mucosités sont incomplètement expulsées et s'accumulent dans les bronches, l'émétique et l'ipécacuanha en provoquent l'expulsion pendant les secousses du vomissement. Ces substances ont en outre l'avantage d'exciter la diaphorèse. Les vomitifs peuvent et doivent même être administrés dans la plupart des cas, bien qu'aucun accident gastrique ne semble en réclamer l'emploi. C'est un moyen que M. Girard (de Marseille) a beaucoup préconisé dans les bronchites aiguës avec fièvre (*Archives* de 1843). La toux est un symptôme très-incommode, et qui exige des moyens spéciaux. On emploiera contre elle les pédiluves irritants, et

surtout les préparations d'opium en pilules ou en potion; enfin, dans les cas les plus rebelles, on essayera l'emploi d'un bain tiède un peu prolongé. Ce moyen réussit surtout chez les enfants.

Peut-on dans les cas graves et lorsque les moyens indiqués plus haut ont échoué, espérer de bons effets des mercuriaux et particulièrement du calomel? Graves le dit, mais il manque encore à cet égard des expériences précises pour établir la valeur de cette médication. Lorsque tous les accidents aigus sont calmés; lorsque, les signes de congestion ayant cessé, la toux et l'expectoration persistent, on devra insister sur la médication révulsive, c'est-à-dire sur les purgatifs, sur les sudorifiques en boisson, ou appliqués à l'extérieur, tels que les bains de vapeur, les frictions sèches, aromatiques, sur la peau, les emplâtres excitants, rubéfiants, vésicants, sur la poitrine (sparadrap, poix de Bourgogne, vésicatoires). Les onctions avec l'huile de croton ou la pommade d'Autenrieth agiront de même. On associera à ces moyens l'usage de quelques boissons légèrement excitantes, telles que le lichen, le lierre terrestre, l'hysope, le polygala, etc. Enfin, si la maladie a passé tout à fait à l'état chronique, on prescrira la série de moyens dont nous parlerons plus bas.

Dans la bronchite capillaire, on insistera sur la médication antiphlogistique et révulsive; mais il faut éviter de trop prodiguer la saignée, dans la crainte d'épuiser les forces. D'ailleurs, si nous consultons notre propre observation, nous dirons que la saignée produit généralement un soulagement beaucoup moins prompt et moins marqué que ne le font les vomitifs, après l'emploi desquels les malades respirent presque toujours mieux. On devra donc les répéter plusieurs fois à quelques jours de distance: c'est une méthode dont M. Michel Lévy a constaté les bons effets à l'hôpital du Val-de-Grâce, ainsi que cela résulte d'un travail publié en 1845 dans la *Gazette médicale*, par M. Chambert. La médication vomitive est aussi spécialement applicable aux cas de bronchite pseudo-membraneuse. Les purgatifs sont beaucoup moins avantageux. Enfin, lorsque, nonobstant les moyens qui précèdent, l'oppression continue à faire des progrès, on pourra quelquefois conjurer le danger en appliquant un large vésicatoire sur la partie antérieure du thorax. Dans la seconde période, lorsqu'à la réaction s'unit de l'accablement, il convient de soutenir les forces par quelques toniques, par les macérations de quinquina et par les boissons vineuses; en même temps on donnera les substances dont l'usage est consacré par l'expérience comme favorisant l'expectation: tels sont, en particulier, le polygala, l'oxymel scillitique et le kermès. Dans tous les cas, il faut, surtout chez les vieillards et chez les enfants, surveiller le décubitus, et donner à ces malades, dans leur lit, la potion la plus convenable pour favoriser l'expectation; on les changera en outre souvent de place, afin de prévenir les congestions passives.

De la bronchite chronique.

La bronchite est souvent chronique; cette forme de la maladie est tantôt primitive et tantôt consécutive à l'état aigu.

Caractères anatomiques. — Les lésions diffèrent parfois très-peu de celles qu'on rencontre dans la forme aiguë. Dans la bronchite chronique, pourtant, la muqueuse est plus communément violacée, ardoisée: cette couleur est généralement partielle; elle existe uniformément sur une certaine surface, ou bien elle y est irrégulièrement disséminée. Il est rare que la membrane soit ramollie, et elle ne l'est jamais au point de se réduire en pulpe par la pression