

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 consumption 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 Aëtius, 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^e 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 *éructante*, 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 muqueuse 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 Caunterets, 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 stupéifiantes.

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 AIGUE 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 de la bronchite 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'affaïsser 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 beaucoup 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 sapes. 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 percutée rend 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 poumon.

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 sibilants et ronflants. 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 capillaire et pseudo-membraneuse*, dont nous avons déjà fait connaître les caractères anatomiques.

1^o 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'affaiblissent, 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'affaiblissent 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 récidive.

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 siffilante; 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 tout 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 essaiera 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

du doigt, comme on le voit si fréquemment pour la muqueuse gastro-intestinale. C'est à tort que quelques auteurs ont signalé les ulcérations comme étant un caractère anatomique assez fréquent de la bronchite chronique. Les recherches des médecins français, celles de MM. Louis et Andral surtout, ont en effet démontré que les ulcérations des bronches étaient excessivement rares en dehors de l'affection tuberculeuse. On voit, au contraire, quelquefois la muqueuse chroniquement enflammée subir un épaissement assez considérable pour rétrécir ou même pour oblitérer tout à fait le calibre des petites ramifications; on y a même vu des concrétions pseudo-membraneuses s'y former comme à l'état aigu. Enfin, il est d'autres altérations qui coïncident fréquemment avec la bronchite chronique: je veux parler de la dilatation des bronches et de l'emphysème pulmonaire. Nous en parlerons dans le second volume.

Symptômes. — Dans la bronchite chronique, il n'existe communément aucune douleur de poitrine; quelquefois pourtant les malades éprouvent à l'épigastre et derrière le sternum un sentiment de gêne, de chaleur ou de pression qui est permanent, ou qui ne se réveille passagèrement qu'après les quintes de toux. La respiration n'est pas ordinairement accélérée, du moins lorsque les malades sont au repos; cependant quelques-uns ont une dyspnée habituelle, qui augmente par l'exercice, et qui peut quelquefois se montrer sous forme d'accès. La bronchite chronique peut produire, en effet, la série d'accidents qui caractérisent les accès d'asthme; c'est ce qu'on observe spécialement dans le cas où la membrane muqueuse des bronches est épaissie dans une grande étendue. On a encore supposé que ces mêmes accidents pouvaient résulter d'une congestion subite de la muqueuse ou de l'obstruction des rameaux bronchiques par des mucosités. Quoi qu'il en soit, dans ces cas, la dyspnée, survenant presque subitement, arrive rapidement à son plus haut degré d'intensité; elle disparaît ordinairement après une expulsion abondante de crachats, et ne laisse après elle d'autres troubles dans les fonctions respiratoires que ceux qui résultent de la bronchite elle-même.

La toux et l'expectoration sont les deux symptômes dominants de la bronchite chronique. La toux est rare ou fréquente; dans ce dernier cas, elle a lieu par quintes. L'expectoration est facile ou difficile, rare ou abondante. Les matières rejetées sont très-variables: elles peuvent être grisâtres, jaunâtres, verdâtres, opaques, ou d'un blanc mat, ou tout à fait purulentes; elles adhèrent au fond du vase (*catarrhe muqueux*); ailleurs c'est un liquide incolore, transparent, filant, spumeux à la surface, et qui, lorsqu'on a enlevé cette écume, ressemble à du blanc d'œuf délayé dans de l'eau (*catarrhe pituiteux*). Mais cette espèce d'expectoration caractérise bien moins la bronchite chronique qu'un flux particulier des bronches, dont nous parlerons plus tard en détail (voyez *Bronchorrhée*). La quantité des crachats varie beaucoup; le plus souvent elle est de 40 à 60 grammes; mais elle s'élève quelquefois à plus d'un kilogramme, et, dans ce cas, il est fréquent de voir les malades rejeter les crachats en grande quantité à la fois, comme si une vomique s'était ouverte dans les bronches; enfin, d'autres fois, il n'y a point d'expectoration, du moins les malades ne rejettent, dans les vingt-quatre heures, que quelques crachats globuleux, nacrés, d'un gris de perle et de consistance d'empois (c'est le *catarrhe sec* de Laënnec).

Les matières expectorées, dans la bronchite chronique, n'exhalent communément aucune odeur, cependant elles peuvent devenir accidentellement ou assez habituellement infectes. Cela peut dépendre de plusieurs causes: d'une gangrène de la muqueuse tapissant quelques bronches dilatées; de l'altération

subie par les liquides bronchiques retenus dans quelque ampoule de l'arbre bronchique. On a dit enfin qu'une perversion de l'innervation comparable à celle qui détermine l'apparition du sucre dans le sang, pouvait altérer les mucosités bronchiques. C'est là un point qui demande à être éclairé par des observations plus nombreuses et peut-être plus précises que celles qu'on doit au docteur Laycock (1).

J'ai dit précédemment que la bronchite pseudo-membraneuse pouvait exister à l'état chronique. Dans cette forme de l'affection, on voit les malades qui toussent toujours devenir de temps en temps plus souffrants, et rejeter, au milieu d'une anxiété plus ou moins vive, après des quintes répétées, et parfois aussi sans beaucoup de difficulté, des fausses membranes tubulées mêlées à une plus ou moins grande quantité de crachats ordinaires. Ces crises se renouvellent à des intervalles plus ou moins rapprochés, et pendant deux, quatre, six et sept années de suite.

Quelle que soit d'ailleurs l'espèce de bronchite, l'expectoration offre de nombreuses différences chez le même individu: c'est ainsi qu'elle devient plus abondante dans les temps humides ou après un refroidissement, avec l'usage de certains aliments, et généralement après toutes les causes capables d'augmenter la congestion de la membrane muqueuse des bronches.

Dans la bronchite chronique, la sonorité du thorax est normale, et à l'auscultation on constate l'existence des râles ronflant, sibilant, muqueux et sous-crépitant de l'état aigu. Les deux premiers existent souvent dans toute l'étendue des poumons, tandis que les deux autres, le dernier surtout, ne se retrouvent guère qu'en arrière à la base de ces organes. En général, la bronchite chronique simple ne s'accompagne pas de fièvre ni d'aucun trouble grave du côté des fonctions digestives et assimilatrices. Cependant, si la sécrétion bronchique est très-considérable, il peut y avoir un peu d'amaigrissement: celui-ci dépend souvent aussi d'un trouble concomitant dans les fonctions digestives.

Marche. Durée. Terminaisons. — La bronchite chronique persiste, en général, pendant plusieurs mois d'une manière continue ou avec des exacerbations. Si elle naît au commencement de l'hiver, il est rare qu'elle cesse complètement avant les chaleurs de l'été; elle reparait souvent avec les premiers froids; sa durée, par conséquent, n'a rien de fixe. Cette maladie peut se terminer par résolution; celle-ci est quelquefois hâtée par le passage de la phlegmasie à l'état aigu; mais chez les vieillards, cette recrudescence annonce souvent le début d'une pneumonie. Enfin, il paraît que quelquefois la mort a été produite par l'épuisement seul qu'entraîne toute sécrétion exagérée. Cependant, lorsque la bronchite chronique tue, il est très-rare qu'il n'y ait pas quelque grave altération, qui à elle seule peut expliquer la mort, ou qui du moins a dû en rapprocher le terme: tels sont surtout les tubercules pulmonaires et les maladies du cœur. Enfin, il arrive fréquemment que tous les signes anatomiques de l'inflammation cessant, on voit la muqueuse reprendre sa couleur, sa consistance et son épaisseur; mais, nonobstant cela, l'expectoration continue à être tout aussi abondante que par le passé; la maladie a alors évidemment changé de nature. On ne doit plus voir ici qu'une simple modification, qu'une perversion de la sécrétion, qui a pour point de départ l'inflammation, mais qui continue ensuite quoique celle-ci ait disparu. Il est à supposer que la membrane a subi alors une modification toute vitale, et par conséquent insaisissable.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel de la bronchite chronique sera

(1) *On Fetid Bronchitis*, in *Medical Times and Gazette*, année 1857.

étudié avec soin aux articles *Bronchorrhée* et *Phthisie pulmonaire*, qui sont les seules affections avec lesquelles on pourrait la confondre. Nous déterminerons aussi aux articles consacrés à la *dilatation des bronches* et à l'*emphysème pulmonaire*, maladies qui se compliquent le plus souvent de bronchite, quels sont les symptômes propres à ces affections et ceux qui dépendent de la phlegmasie bronchique.

Pronostic. — Le pronostic n'est grave que chez les vieillards et chez les sujets affaiblis. Dans tous les cas, la bronchite chronique constitue une affection incommode, souvent dégoûtante, très-rebelle à la thérapeutique, sujette aux récidives, et pouvant produire, ou tout au moins favoriser le développement de diverses lésions organiques, comme les anévrysmes du cœur, la dilatation des bronches, et surtout l'emphysème pulmonaire. L'accumulation des mucosités dans les bronches et les efforts répétés de toux expliquent pourquoi les tuyaux aériens et les vésicules se dilatent. L'aggravation ou le développement des anévrysmes cardiaques trouve sa raison probable dans les troubles circulatoires du poulmon, par suite de l'engouement des bronches, et par suite aussi des quintes de toux pendant lesquelles quelques malades sont presque cyanosés. Quant aux tubercules qu'on a regardés comme une suite fréquente de la bronchite, nous prouverons plus tard qu'ils en sont complètement indépendants.

La bronchite pseudo-membraneuse est assez sérieuse, mais moins pourtant dans sa forme chronique que dans sa forme aiguë.

Étiologie. — La bronchite chronique se montre à tous les âges, mais elle affecte surtout les vieillards; elle est rare dans l'enfance. Les sujets d'une constitution molle, lymphatique, ceux qui habitent les lieux humides ou qui sont exposés aux variations atmosphériques, y sont davantage prédisposés. Chez les enfants, la maladie est souvent consécutive à la coqueluche.

Traitement. — Comme dans toutes les autres affections, le traitement de la bronchite chronique doit varier suivant l'état général et suivant l'état local. Il est fort rare que la médication antiphlogistique soit indiquée; il serait utile pourtant d'y recourir si le sujet était fort et si la dyspnée était permanente. Les révulsifs sont au contraire toujours avantageux. On prescrira d'abord l'usage de la flanelle sur la poitrine et même sur tout le corps; on fera des frictions sèches, aromatiques, sur le thorax; on y appliquera des emplâtres rubéfiants et même vésicants (poix de Bourgogne, vésicatoires), ou des pommades irritantes avec l'huile de croton ou l'émétique; on excitera une forte diaphorèse à l'aide des bains de vapeur; enfin, si l'état des organes digestifs le permet, on administrera quelques laxatifs, et si le sujet est faible, on donnera la préférence aux préparations qui, comme la rhubarbe, jouissent en même temps de propriétés toniques. Laënnec a également préconisé les vomitifs, répétés autant que le permettent les forces des sujets et la manière dont on les supporte. Les Anglais préfèrent le colchique, qui agit à la fois comme drastique et peut-être comme diurétique.

Les praticiens sont d'accord pour recommander, dans la bronchite chronique, l'emploi des substances amères et aromatiques en tisanes, potions, tablettes, etc. : tels sont le lichen, le lierre terrestre, l'hysope, le polygala, le quinquina, l'eau de goudron, la térébenthine, le copahu, les baumes du Pérou, de la Mecque, de Tolu; ajoutons-y le chlorate de potasse, et surtout les préparations de soufre, spécialement les eaux naturelles transportées, telles que Enghien, Bonnes, Labassère; les malades en prendront un ou deux verres par jour, pures ou coupées avec du lait ou avec du sirop de gomme, de Tolu, etc. On emploiera aussi avec un grand avantage les bains sulfureux artificiels; ils

sont utiles par l'excitation qu'ils produisent à la peau et par l'impression favorable que les vapeurs soufrées déterminent sur la muqueuse des voies aériennes. Dans la belle saison, les malades seront envoyés aux établissements thermaux. On préfère généralement les eaux sulfureuses sodiques ou calciques, telles que Bonnes, Canterets, Saint-Sauveur, Luchon, Amélie-les-Bains, le Vernet, Enghien, Allevard, Schinznach; parfois on choisit des eaux bicarbonatées sodiques, telles que Ems ou le Mont-Dore: Ems chez les sujets qu'on craindrait d'exciter très-vivement; le Mont-Dore lorsqu'on tient à opérer une vive révulsion vers la peau.

Je ne dis rien des préparations mercurielles, je ne les ai point expérimentées; cependant je ne saurais passer sous silence ce qu'en dit Graves dans ses *Leçons*. Cet éminent clinicien dit que les mercuriaux peuvent rapidement amener et guérir les catarrhes anciens avec symptômes asthmatiques (1).

On a essayé encore de modifier l'état de la muqueuse bronchique avec des médicaments plus ou moins volatils, capables d'agir localement sur les parties malades: telles sont les fumigations de goudron, de créosote, d'iode, de chlore, faites à l'aide de certains appareils, ou en dégageant les vapeurs dans de petites pièces où les malades séjournent pendant plus ou moins longtemps. Il y a quelques années, on a préconisé également les aspirations ammoniacales, tantôt en faisant passer rapidement sous le nez et devant la bouche un flacon contenant de l'ammoniaque liquide, tantôt en mettant, chose préférable, deux cuillerées à café de cette substance dans un verre d'eau chaude dont on respire les vapeurs.

Mais, quoi qu'on fasse, ces moyens restent souvent sans utilité réelle, parce qu'il est difficile, en effet, de modifier l'état de la muqueuse bronchique. Les moyens hygiéniques ont une bien autre puissance. Combien de bronchites chroniques qui se modifient heureusement et de la manière la plus prompte par le passage dans un climat plus doux! Quelquefois même il suffit, sous la même latitude, de faire émigrer le malade d'un lieu dans un autre, de l'envoyer à la campagne, par exemple, ou de lui faire quitter la plaine pour les montagnes, pour voir cesser promptement les accidents de la bronchite. Si l'on veut envoyer les malades dans des climats plus cléments, on choisira ceux que nous conseillerons plus tard aux tuberculeux.

Il est des symptômes qui réclament certains moyens spéciaux. Lorsque les quintes de toux sont trop fréquentes, on les calmera souvent par l'emploi des narcotiques, et surtout par l'opium qu'on donne dans la soirée. Si les crachats sont difficilement expectorés, et si, s'accumulant dans les bronches, ils menacent de produire des accidents, on conseillera les vomitifs, surtout l'ipécacuanha, qu'on pourra donner de manière à provoquer des vomissements, ou bien à doses fractionnées, pour entretenir des nausées continues. Dans les cas dont je parle, on emploie encore avec avantage le kermès et l'oxymel scillitique. Lorsque la difficulté de l'expectoration tient à la viscosité excessive des crachats, qui sont en même temps en petite quantité (*crachats perlés*), tels enfin qu'on les observe dans la variété de bronchite que Laënnec a désignée sous le nom de *catarrhe sec*, on pourra, à l'exemple de cet illustre médecin, essayer l'usage des alcalins, tels que le savon amygdalin en pilules, les bains au carbonate de potasse, l'eau de Vichy, etc. Les astringents qu'on a souvent pronés pour combattre l'exagération de sécrétion de la muqueuse bronchique, sont en général sans grand avantage, et leur emploi prolongé aurait l'inconvénient de troubler gravement les fonctions de l'estomac; il faut donc ne pas insister sur leur

(1) *Leçons de clinique*, t. II, p. 30, 2^e édition, traduction du docteur Jaccoud.

emploi et compter plutôt sur l'usage des sulfureux, des substances aromatiques et balsamiques dont j'ai parlé précédemment.

Dans les cas où les fausses membranes sont sécrétées par les bronches, il faut donner des vomitifs pour en provoquer l'expulsion; mais on n'a encore aucun moyen capable d'en empêcher la formation. On a employé tour à tour dans ce but les fumigations aromatiques, balsamiques, irritantes, surtout avec l'acide chlorhydrique; on a donné l'iodure de potassium, les mercuriaux, les alcalins, sans résultat bien manifeste.

Voyez, comme complément, dans le tome II, les articles *Emphysème* et *Dilatation des bronches*.

DE LA GRIPPE

SYNONYME. — Catarrhe épidémique; cocote, influenza, etc. — Grippe vient, dit-on, du polonais *chrypha*, qui signifie enrrouement.

La grippe est une maladie caractérisée par le coryza et par les symptômes ordinaires d'une bronchite peu intense, avec fièvre, céphalalgie, brisement, courbature, et un affaissement remarquable des forces, qui n'est en rapport ni avec les souffrances ni avec les lésions locales qu'on observe.

Historique. — Un médecin aussi distingué par le talent que par le caractère, M. Raige-Delorme, a, dans le tome X du *Dictionnaire de médecine*, inséré un article extrêmement remarquable sur la grippe, et il a démontré qu'il n'y avait aucun document prouvant l'existence de la maladie avant le xv^e siècle; les premières descriptions ne datent même guère que de 1580. Depuis cette époque, la grippe s'est montrée de temps en temps sur diverses parties du globe. Toutes les épidémies qu'on a décrites ont été remarquables par le grand nombre d'individus qu'elles ont frappés et par l'étendue de pays qu'elles ont parcourue. La grippe ne s'était pas montrée en France depuis 1803, lorsqu'elle apparut en 1830, revint en 1833, sévit de nouveau en 1837, et plusieurs fois encore depuis cette époque.

Anatomie pathologique. — La grippe ne tuant les malades que par ses complications, on n'a presque aucune notion sur les lésions propres à la maladie; on sait seulement qu'à l'autopsie on trouve communément les muqueuses des fosses nasales, du pharynx et du larynx, rouges, injectées, boursoufflées; que la même altération se prolonge souvent bien avant dans les bronches, où M. Nonat et d'autres ont trouvé plusieurs fois des pseudo-membranes; mais presque toujours alors il existait une pneumonie simple ou double, qui est la lésion concomitante de la grippe la plus fréquente, celle qui fait périr le plus grand nombre de malades.

Symptômes. — Dès le début, les malades se plaignent de malaise; ils sont accablés, courbaturés; ils éprouvent des douleurs contusives dans les membres, dans la poitrine et à l'épigastre; ils ont une céphalalgie violente, quelquefois atroce, tantôt générale, le plus souvent limitée au front, avec vertiges et bourdonnements d'oreille; ils ont fréquemment des épistaxis. Leur figure exprime la souffrance; leurs forces, toujours prostrées, le sont quelquefois à un degré extrême, de sorte qu'on croirait les malades atteints de quelque affection grave commençante; beaucoup ont même des lipothymies. La fièvre, variable, tantôt violente, tantôt légère, pouvant même manquer, a généralement une intensité médiocre; elle offre souvent des redoublements le soir; aussi les nuits sont agitées et pénibles. Le sang tiré des veines n'a pas toujours le même aspect. Le caillot est parfois assez

dense et couenneux; d'autres fois il est mou et presque diffluent. C'est ce que j'ai noté surtout dans la grippe de 1837. En même temps il existe constamment des signes de phlegmasie du côté de quelques membranes muqueuses: il y a de l'encliffement, l'odorat est perdu, un fluide séreux s'écoule en abondance des narines, les yeux sont rouges, larmoyants, un peu tuméfiés et supportent difficilement l'impression de la lumière. Beaucoup de malades accusent un léger mal de gorge; presque tous ont la voix rauque, ils éprouvent un chatouillement à la partie supérieure du larynx, et un sentiment d'ardeur et de chaleur derrière le sternum; la toux est plus ou moins fréquente, quinteuse, toujours très-pénible, très-douloureuse, d'abord sèche, mais provoquant plus tard l'expulsion de crachats muqueux plus ou moins abondants. La poitrine est sonore à la percussion; le plus ordinairement on constate la présence de quelques râles sibilants, ronflants, sous-crépitaux ou muqueux. Il existe aussi de la dyspnée et un sentiment d'oppression, symptômes qui ne sont nullement en rapport avec les résultats fournis par l'exploration physique. Les troubles du côté des organes digestifs sont très-variables; il n'y a souvent d'autre phénomène qu'un peu d'inappétence. Dans beaucoup d'épidémies, il existait presque toujours des nausées, des vomissements ou de la diarrhée.

La plupart des symptômes précédents peuvent exister ensemble à un degré médiocre; ailleurs, au contraire, quelques-uns d'entre eux manquent ou sont à peine marqués, tandis que plusieurs prédominent et donnent à la maladie une physionomie spéciale. C'est ainsi que, suivant le caractère de l'épidémie ou les prédispositions individuelles, on voit prédominer dans un cas les symptômes nerveux, dans d'autres ce sont les troubles abdominaux, ailleurs ce sont les accidents thoraciques; de là une division de la grippe en grippe *encéphalique*, *abdominale*, *pectorale*, proposée par quelques médecins modernes.

Marche. Durée. Terminaisons. — Le plus souvent la grippe suit une marche continue et rapide. Dans son état de simplicité, elle dure de quatre à dix jours, et se juge souvent par des phénomènes critiques, surtout par des sueurs abondantes, quelquefois par de la diarrhée, par des urines sédimenteuses, par une épistaxis ou par un herpès aux lèvres. La plupart des malades restent pendant quelque temps encore faibles et toussant, car la longueur de la convalescence n'est pas en rapport avec celle de la maladie. Il n'est pas rare, en effet, de voir des individus se rétablir lentement, quoique la grippe ait été des plus simples. Les forces surtout reviennent avec peine; la toux persiste longtemps, et les organes digestifs reprennent lentement leurs fonctions.

Lorsque la grippe est exempte de toute complication, il est presque sans exemple qu'elle fasse périr les malades; elle n'est grave que chez les phthisiques, dont elle accélère le terme fatal, ou lorsqu'une maladie intercurrente survient. Les pneumonies sont la complication la plus fréquente qu'on observe dans ces cas. Comme je l'ai démontré le premier dans l'épidémie de 1837 (voyez la *Presse médicale*), ces phlegmasies ont souvent une physionomie spéciale. C'est ainsi que la douleur de côté est généralement peu intense; rarement on constate la véritable crépitation fine, sèche, nombreuse, de la pneumonie franche; c'est plutôt du râle sous-crépitaux qu'on perçoit; les crachats, à peine aérés et visqueux, ne diffèrent guère de ceux que produit la bronchite simple; en général, la dyspnée est intense, sans rapport avec l'étendue de la phlegmasie; il n'est pas même rare de voir de véritables accidents d'asphyxie. Au milieu de ces troubles, le pouls a une fréquence moyenne; il est mou, sans résistance. Quelques malades ont du délire, des soubresauts de tendons; tous sont prostrés comme dans les fièvres graves. D'après cet appareil symptomatique,

il n'y a rien de surprenant que la maladie ait plus souvent une issue funeste que lorsque la pneumonie est tout à fait primitive.

Diagnostic. — La grippe, par l'accablement; par la prostration et par les douleurs qui l'accompagnent, sera aisément distinguée d'un coryza, d'une bronchite ordinaire ou d'un accès de migraine. Les symptômes nerveux si prononcés dès le début, joints souvent à des épistaxis et à de la diarrhée; à de l'insomnie, aux râles sibilants dans la poitrine, faisaient que parfois, dans l'épidémie de 1837, on ne savait trop si les malades avaient une grippe ou bien une fièvre typhoïde commençante. Cependant l'invasion brusque du mal, qui en quelques heures ou en un ou deux jours était arrivé au plus haut degré d'intensité (chose insolite dans l'affection typhoïde), portait plutôt à penser que les malades étaient sous l'influence de l'épidémie régnante. Il est souvent bien plus difficile de distinguer la grippe d'avec le deuxième stade de la rougeole, en raison des symptômes de catarrhe qui leur sont communs, et de l'état général, qui est souvent le même dans les deux maladies; mais la marche de l'affection ne tarde pas à fixer le médecin sur sa nature.

Pronostic. — D'après ce que nous avons dit précédemment, la grippe n'est grave que chez les sujets affaiblis, atteints déjà de quelques maladies sérieuses, ou bien lorsqu'elle se complique d'une phlegmasie pulmonaire: c'est par conséquent chez les vieillards qu'elle est le plus à craindre. Un mois de grippe, dit Marc d'Espine, fait mourir les vieillards de soixante-cinq à quatre-vingts ans dans la proportion de 32 sur 1000, tandis qu'un mois ordinaire n'en voit disparaître que 11 sur le même nombre (1).

Étiologie. — La grippe est une maladie essentiellement épidémique, dont l'apparition dans un pays ne peut être expliquée par aucune condition spéciale, attendu qu'on la voit sévir dans tous les climats et sous toutes les températures. On ne sait rien non plus de précis sur les conditions qui, pour chaque individu, peuvent constituer une prédisposition à contracter la maladie. Rien ne prouve que la grippe soit contagieuse.

Traitement. — Lorsque la grippe est simple, bénigne, il faut se borner à conseiller le repos, la diète, l'usage de boissons douces et chaudes pour provoquer les sueurs, et quelques pédiluves irritants pour dégager la tête. Si le pouls est large, dur, il ne faut pas hésiter à tirer un peu de sang; mais il a été généralement reconnu qu'on devait être sobre d'émissions sanguines. Les évacuants intestinaux sont le plus souvent utiles lorsqu'il existe de la constipation. Les vomitifs ne sont indiqués que lorsqu'il y a une complication saburrale, ou bien lorsque la bronchite est étendue, la sécrétion abondante, les crachats difficilement expulsés. L'opium est ordinairement avantageux pour calmer les douleurs et pour procurer quelque repos. Si les membres, et les jointures surtout, sont le siège de douleurs vives, comme cela existait dans l'épidémie de 1837, on apportera quelque soulagement par les cataplasmes laudanisés, ou par les onctions avec le baume tranquille et avec le laudanum; d'autres fois on les enlève par les liniments ammoniacaux; enfin, si elles résistent, il faut leur opposer un vésicatoire volant qu'on panse, si besoin est, avec un sel de morphine. (Pour les complications, voyez plus bas *Pneumonie*.)

Nature. — Quoique la grippe soit placée à côté de la bronchite, on ne doit pas croire pourtant qu'elle soit uniquement constituée par une phlegmasie de la muqueuse aérienne; car les troubles nerveux qui l'accompagnent et la dis-

(1) *Gazette médicale de Paris*, avril 1848, p. 383, relation de l'épidémie de Genève de 1847 à 1848.

proportion qui existe entre les symptômes thoraciques et les autres phénomènes morbides indiquent suffisamment l'action d'une cause générale encore inconnue dans son essence et dans son siège.

DE LA PNEUMONIE

SYNONYME. — Péri-pneumonie, pneumonie, fluxion de poitrine, fièvre pneumonique; *peripneumonia vera*, etc.

Le mot *pneumonie* sert à désigner l'inflammation du parenchyme pulmonaire.

Cette affection est l'une des plus importantes du cadre nosologique, en raison de sa fréquence extrême, de sa gravité et des difficultés que sa thérapeutique présente. Il me serait impossible d'embrasser dans cet article toutes les questions qui se rattachent à ce vaste sujet. Je renverrai donc souvent le lecteur à la monographie dont je viens de publier la deuxième édition. Dans cet ouvrage j'ai étudié la pneumonie aux différents âges de la vie, et dans les rapports qu'elle peut avoir avec les autres maladies, soit aiguës, soit chroniques, d'après l'analyse d'un nombre considérable d'observations, et en mettant aussi à profit les travaux de mes devanciers ainsi que ceux de mes contemporains, parmi lesquels je dois mentionner surtout Laënnec (1), MM. Andral (2), Chomel (3), Louis (4), Stokes (5), pour la pneumonie des adultes; Hourmann et M. Dechambre (6), pour celle des vieillards; MM. Gerhard (7), Ruz (8), Valleix (9), Rilliet, Barthez (10), Legendre (11), pour celle des enfants depuis la naissance jusqu'à la puberté.

Anatomie pathologique. — Depuis Laënnec, les anatomo-pathologistes ont admis trois degrés dans l'inflammation pulmonaire; on les désigne sous les noms d'*engouement*, d'*hépatisation rouge*, et d'*hépatisation grise*.

Dans le *premier degré*, ou *engouement*, le poumon offre extérieurement dans les points affectés une coloration violacée, livide ou lie de vin; il crépite moins, il a perdu son élasticité, il est plus pesant; mis dans l'eau, il surnage complètement. Lorsqu'on le divise avec le scalpel, il s'échappe de la surface des incisions un liquide séreux, rougeâtre, trouble, spumeux; le tissu est d'un rouge violacé; il est friable, et le doigt le pénètre facilement. Cette friabilité, qui persiste toujours après qu'on a exprimé le tissu des fluides qui l'engouaient, a longtemps été regardée comme pouvant faire distinguer l'engouement inflammatoire de celui qui n'est que cadavérique; mais nous avons prouvé précédemment qu'il était souvent impossible, d'après la simple inspection anatomique, de différencier ces deux états l'un de l'autre. Dans presque tous les cas, d'ailleurs, l'engouement coïncide avec une ou plusieurs des altérations qui caractérisent les deuxième et troisième degrés.

Dans la pneumonie qui est parvenue au *deuxième degré*, le poumon est manifestement augmenté de volume, ce qui fait que l'impression des côtes peut être marquée sur les surfaces malades. En même temps le tissu de l'organe est dur, il ne crépite plus, il ne peut plus être insufflé, il est absolument imper-

(1) *Traité de l'auscultation*, t. I.

(2) *Clinique médicale*, 3^e édition, 1834.

(3) *Dictionnaire en 30 volumes*, art. PNEUMONIE.

(4) *Recherches sur les effets de la saignée et de l'émétique*, 1835.

(5) *Diseases of the Chest*. Dublin, 1837.

(6) *Archives de médecine*, 2^e série, t. X et XII.

(7) *The American Journal*, 1834.

(8) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, année 1830.

(9) *Clinique des enfants nouveau-nés*, 1838.

(10) *Traité des maladies des enfants*, 2^e édition, 1853.

(11) *Recherches anatomo-pathologiques*. Paris, 1846, p. 157.