

d'abord limitée aux dernières ramifications bronchiques (bronchite capillaire proprement dite) ou qu'elle a envahi le lobule (bronchopneumonie).

1° Dans le premier cas, ce qui domine, c'est la *dyspnée*, dyspnée excessive si le processus est généralisé, et qui s'explique naturellement par l'imperméabilité des bronchioles terminales; l'air n'arrive plus en quantité suffisante jusqu'aux alvéoles, le champ de l'hématose est considérablement rétréci. Traube attribue la dyspnée à l'excitation centripète des extrémités du pneumogastrique par l'acide carbonique du sang anhémosé.

La toux est fréquente, souvent accompagnée d'une douleur sternale déchirante; elle aboutit au rejet de crachats mousseux, quelquefois compacts et striés de sang. Chez les enfants, l'expectoration manque, parce qu'ils avalent leurs crachats.

Le rythme respiratoire est profondément troublé; le malade fait jusqu'à 45 et 50 inspirations par minute. Cependant la sonorité du thorax n'est pas notablement modifiée, à moins que dans quelques points le poumon atelectasié ne se soit affaissé, auquel cas on peut percevoir de la submatité dans une zone très limitée.

Les vibrations thoraciques ne sont pas sensiblement altérées, l'auscultation de la voix ne fournit aucun signe spécial; mais on entend dans toute l'étendue de la poitrine une série de râles de différents caractères. Ce sont des râles fins, *sous-crépitants*, qui se perçoivent en avant comme en arrière du thorax et qui prennent naissance dans les bronches du plus petit calibre; ils s'entendent aux deux temps de la respiration; ils sont mêlés à *des râles muqueux à plus grosses bulles et à des rhonchus sonores ou sibilants* qui résultent de l'inflammation des grosses bronches. Ces différents bruits se confondent les uns dans les autres et arrivent à l'oreille comme fusionnés (*bruit de tempête* de Récamier).

La température peut ne pas dépasser 38°,5 ou 39 degrés. Il y a quelquefois du délire chez l'adulte; chez l'enfant, des convulsions.

Ceci dure de quatre à sept jours; alors, soit que le processus ait été d'emblée trop étendu, ou que la thérapeutique ne soit pas intervenue d'une façon efficace, la dyspnée augmente d'une façon progressive et continue; la cyanose apparaît, les échanges chimiques ne se font plus, les sécrétions se tarissent, et la mort survient au milieu des symptômes de l'asphyxie.

2° Il arrive fréquemment que pendant le cours d'une bronchite capillaire, du sixième au huitième jour en général, la fièvre devient

plus intense, la respiration plus difficile; le malade ressent un point de côté, il éprouve des frissonnements; l'inflammation a envahi les lobules pulmonaires, et cela principalement dans les régions postérieures et inférieures du thorax. Si l'on percute ces différents points, on constate souvent que la sonorité de la poitrine est un peu diminuée, le doigt éprouve un léger degré de résistance, et l'auscultation permet de constater une respiration non point tubaire, comme dans la pneumonie franche, mais *soufflante*, surtout à la fin de l'inspiration. Il peut y avoir au même niveau un peu de retentissement de la voix et une légère augmentation dans l'intensité des vibrations thoraciques. C'est là ce que Legendre et Baillie avaient appelé la bronchite capillaire à forme pneumonique.

La température est plus élevée que dans la forme précédente (40 degrés, 40°,5, Ziemssen), mais n'affecte pas de type régulier dans sa marche. En pareille circonstance, la mort est le terme presque nécessaire de la maladie; dans une épidémie observée à l'hôpital Necker, Henri Roger l'a observée vingt-deux fois sur vingt-quatre.

3° Le plus souvent l'inflammation atteint du même coup les bronches terminales et le lobule pulmonaire. On constate alors dès le premier jour les signes physiques de la bronchite capillaire compliquée de pneumonie lobulaire. Cette forme est généralement moins grave que les précédentes, par ce fait même qu'elle est souvent plus limitée et que les fonctions de l'hématose peuvent encore s'accomplir régulièrement. Vers le huitième ou dixième jour, la fièvre perd de son intensité, la dyspnée est moins prononcée, l'auscultation révèle la présence de râles plus humides (*gros râles muqueux*), les crachats deviennent jaunâtres, muco-purulents; enfin la température tombe, et le malade ne tarde pas à entrer en convalescence.

La bronchopneumonie affecte parfois une marche subaiguë: au lieu d'évoluer en deux semaines environ, elle dure un mois et demi ou deux mois. Cette modalité est commune surtout à la suite de la coqueluche; la fièvre est modérée, les signes stéthoscopiques sont limités, mais la nutrition s'altère rapidement, l'enfant maigrit, sa peau se couvre d'éruptions ecthymateuses, et il finit souvent par succomber dans l'épuisement et le marasme.

La bronchopneumonie chronique ne succède que d'une façon exceptionnelle à la bronchopneumonie aiguë.

Quant aux bronchopneumonies qui deviendraient tuberculeuses

parce qu'elles évoluent sur un mauvais terrain, leur existence n'est rien moins que démontrée. Ces bronchopneumonies, aux allures spéciales, sont très probablement *tuberculeuses dès l'origine*; il ne faut donc pas considérer comme une bronchopneumonie dont l'exsudat aurait subi la transformation caséuse, par suite du mauvais état général du malade, ce qui n'est qu'une manifestation anatomique et clinique particulière de la tuberculose pulmonaire (voy. plus loin, art. *Phthisie*).

DIAGNOSTIC. — La bronchite capillaire généralisée ne saurait être confondue avec la bronchite chronique, dont l'état fébrile la distingue suffisamment. Il n'y a guère que la phthisie aiguë qui puisse quelquefois embarrasser le médecin. Dans les deux cas, en effet, la dyspnée est excessive, il peut y avoir des râles sous-crépitaux, disséminés dans toute l'étendue du thorax, et l'expectoration peut être teintée de sang.

Pour se guider dans le diagnostic, on devra tenir grand compte de ce fait que, *dans la phthisie aiguë, il n'existe pas de rapport entre l'intensité de la dyspnée et l'importance des signes stéthoscopiques*; dans la bronchite capillaire, au contraire, la dyspnée croît en proportion directe de l'intensité de ces bruits; dans ce dernier cas aussi les râles sont plus abondants au niveau des bases et des régions postérieures; dans la granulie, ils tendent à se localiser au sommet. Dans la tuberculose aiguë, la température présente souvent des maxima le matin, caractère mis dernièrement en relief par le docteur Brunig (de Copenhague) qui lui a donné le nom de *type inverse de la température*. Il faudra aussi considérer attentivement l'état général du malade, et les anamnestiques, dont on peut tirer de précieux renseignements.

On devra se préoccuper encore de la nature de la bronchite capillaire : est-elle simple ou *pseudo-membraneuse*? Dans ce second cas, outre que l'on trouvera souvent dans l'expectoration ou sur le fond de la gorge des débris de fausse membrane, l'auscultation de la poitrine fera constater une diminution notable dans l'intensité du murmure respiratoire qui sera sec et sourd; les râles sous-crépitaux seront rares, parfois on entendra un *bruit de claquement* (Barth), produit par le déplacement des pseudo-membranes.

La bronchopneumonie, quand elle est circonscrite, doit être différenciée de la pneumonie lobaire franche, surtout à la période de résolution, de la congestion pulmonaire, et de la forme bronchopneumonique de la tuberculose du poumon.

La *pneumonie franche* est caractérisée par des signes d'une grande netteté : frisson violent et unique, point de côté très douloureux, élévation brusque de la température, crachats rouillés, *râles crépitants fins*, évolution cyclique, etc.; enfin, le mal est limité, tandis que dans la bronchopneumonie il est rare de ne pas rencontrer des signes d'inflammation en dehors du foyer principal. A la période de résolution, les râles sous-crépitaux de retour, les crachats muqueux et opaques pourraient induire en erreur; l'étude des antécédents, la marche régulière de la température, la défervescence critique, la circonscription exacte des signes stéthoscopiques, doivent lever les doutes.

La congestion aiguë du poumon (congestion de Woillez) ne saurait guère prêter à la confusion : il n'en est plus de même de la congestion lente et torpide (mélange d'hyperhémie et d'hypostase), qui apparaît dans le cours de certaines pyrexies, de la dothiéntérie en particulier. Mais, dans ce cas, les signes stéthoscopiques sont presque uniquement limités aux bases; le retentissement sur l'état général est peu marqué; l'expectoration, d'ailleurs rare, reste muqueuse; l'hyperhémie *n'est pas devenue phlegmasie*.

Quant à la bronchopneumonie tuberculeuse, son diagnostic différentiel avec la bronchite capillaire est souvent des plus délicats. Dans bien des circonstances, c'est l'évolution des accidents qui seule tranche les incertitudes. Cependant si la maladie prend naissance chez un adulte, en dehors de tout autre état pyrétique (coqueluche, rougeole, diphthérie, etc.), si l'amaigrissement est rapide, l'affaiblissement général prononcé, s'il existe des antécédents héréditaires, on pourra soupçonner la nature véritable de la maladie. L'existence dans les urines de proportions exagérées d'acide phosphorique (fait qui n'est pas habituel dans le cours des maladies aiguës) nous a permis dans plusieurs circonstances de poser le diagnostic presque à coup sûr.

TRAITEMENT. — Après avoir eu recours aux émissions sanguines quand elles sont possibles, la première indication à remplir, indication formelle et immédiate, en présence d'une bronchite capillaire généralisée, c'est de combattre la dyspnée en désobstruant les bronches. On administrera les vomitifs coup sur coup, matin et soir, et deux ou trois jours de suite si cela est nécessaire. Le vomitif auquel on donnera la préférence, surtout chez l'enfant, c'est l'ipéca (poudre et sirop); l'émétique augmente la dépression des forces et il est très mal toléré par les jeunes sujets. On pourra

aussi administrer avec avantage le kermès ou l'oxyde blanc d'antimoine.

On appliquera des vésicatoires volants sur la poitrine, pour prévenir l'extension du mal, soit au lobule pulmonaire, soit aux régions du poumon jusqu'alors respectées. En cas de bronchite diphthéritique, ventouses sèches, afin d'éviter la diphthérite cutanée.

On aura recours aux stimulants (carbonate d'ammoniaque, musc, polygala); on prescrira l'alcool, *larga manu*, pour combattre l'asphyxie et augmenter l'énergie des forces respiratoires. Si la dyspnée est extrême, on appliquera sur les jambes de larges sinapismes, sur la poitrine le marteau de Mayor.

Pour calmer la toux et l'insomnie, on pourra recourir aux narcotiques légers, mais il faudra les administrer avec prudence; l'eau de laurier-cerise, la belladone, plus rarement l'opium, seront utilisés de préférence. Le chloral est mal supporté (d'Espine et Picot).

On donnera le plus tôt possible le lait (le lait de chèvre ou le lait d'ânesse surtout), qui calme la toux, qui entretient la nutrition, répare les forces.

La convalescence sera surveillée avec grand soin. On conseillera le repos à la campagne ou l'air des montagnes; pendant ce temps, on continuera l'usage des toniques: quinquina, huile de foie de morue. On n'oubliera pas que la dilatation des bronches peut survivre à la bronchopneumonie, d'où la nécessité de veiller attentivement sur la bronchite qui persiste souvent plusieurs semaines après la disparition des symptômes généraux.

SYDENHAM. Opera universa, 1705. — LÉGER. De la pneumonie latente. Th. Paris, 1823. — LAENNEC. Traité de l'auscultation médiate. — ANDRAL. Clinique médicale, 1826. — RILLIET et BARTHEZ. Loc. cit. — FAUVEL. Recherches sur la bronchite capillaire, purulente et pseudo-membraneuse, Th. 1840. — BARRIER. Traité des maladies de l'enfance. — ZIEMSEN. Pleurites und Pneumonia. Berlin, 1862. — LEGENDRE et BAILLY. Nouvelles recherches sur quelques maladies du poumon (Arch. de méd., Paris, 1844). — GAIRDNER. On the pathol. States of the Lung connected with Bronchitis and Bronchial obstructions (Edinb. Monthly Journ. of med. Sc., vol. XI, p. 246, XII, p. 440, et XIII, 1850-1851). — BÉHIER et HARDY. Traité de pathologie. — BREHMER. In Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie, 1867. — VULPIAN. Pneumonies secondaires. Th. d'agrégation, 1860. — PETER. Lésions bronchiques et pulmonaires dans le croup (Gaz. hebdom., 1864). — BARTEL'S. Virch. Arch., 1861, Band XXI. — GINTRAC. Art. Bronchite, in Nouv. Dict. méd. et chirurg. Paris, 1866. — BOUCHUT. Traité pratique des maladies des nouveau-nés, 1878. — BUHL. Pneumonie desquamative (Arch. de Virchow, 1857, Band XI). — DAMASCHINO. Différentes formes de la pneumonie des enfants. Paris, 1867. — HAYEM. Des bronchites. Th. 1869. — H. ROGER. Article Bronchopneumonie du Dict. encyclop., 1869. — PICOT et D'ESPINE. Loc. cit. — C. FRIEDLANDER. Untersuchungen über Lungen entzündung. Berlin, 1873. — CHARCOT. Cours de la Faculté, 1878 (inédit). — KAESTER. Berliner

klinische Wochenschrift, 1877. — BALZER. Communication à la Société anat., 1878. — BALZER. Contribution à l'étude de la bronchopneumonie. Th., Paris, 1878. — PARROT. Ecchymoses sous-pleurales dans les affections broncho-pulm. des enfants (Rev. mens., 1879). — BALZER. Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1880, t. XXVIII. — JOFFROY. Différentes formes de la bronchopneumonie. Th., conc., Paris, 1880.

BRONCHITE CHRONIQUE.

La bronchite catarrhale aiguë, en se répétant chez le même individu, peut amener des altérations persistantes de la muqueuse bronchique, et passer à l'état chronique. Le plus souvent le processus est *chronique d'emblée*; il est la conséquence d'une congestion chronique du poumon (maladies du cœur), ou d'un état constitutionnel provoquant des déterminations morbides du côté des bronches: tels sont le mal de Bright, la goutte, l'arthritisme, etc. Dans d'autres circonstances, enfin, la maladie a une cause directe, toute locale, comme l'action prolongée des vapeurs ou des poussières irritantes, les accès d'asthme répétés, ou bien encore la susceptibilité que crée pour l'appareil bronchique une coqueluche antérieure, la grippe ou la rougeole.

La bronchite chronique s'observe à tout âge, mais elle est beaucoup plus fréquente chez les vieillards que chez l'adulte, chez l'homme que chez la femme. Les contrées froides et humides, les saisons pluvieuses en favorisent le développement.

La bronchite chronique peut se présenter avec des formes anatomiques et cliniques variées. Nous nous attacherons à décrire principalement: 1° la forme catarrhale chronique simple; 2° la bronchite fétide; 3° la bronchite chronique pseudo-membraneuse. Quelle que soit la forme que l'on considère, la bronchite chronique a une tendance naturelle à entraîner à sa suite des altérations nouvelles des bronches et du poumon, altérations qui modifient les caractères anatomiques de la maladie ainsi que ses allures cliniques; nous avons nommé la *dilatation des bronches* et l'*emphysème pulmonaire*. Nous examinerons cependant la bronchite chronique, abstraction faite de ces complications auxquelles nous consacrons deux chapitres spéciaux.

1° *Bronchite chronique simple*. — La muqueuse bronchique est rouge et violacée, le chorion est notablement épaissi, d'aspect vilieux; il forme des saillies bourgeonnantes qui sont dues à une prolifération active du tissu conjonctif. On y observe de petits pertuis

glandulaires conduisant à des culs-de-sac dilatés ou rompus. L'épithélium est desquamé par places.

Le liquide qui remplit les canaux bronchiques et qui est rejeté par l'expectoration se présente sous différents aspects. Tantôt il est jaunâtre, muco-purulent (catarrhe muqueux); tantôt il est spumeux, filant, transparent, analogue à du blanc d'œuf (catarrhe pituiteux); ces derniers caractères correspondent spécialement aux faits dans lesquels les altérations anatomiques intéressent surtout les éléments glandulaires. Dans d'autres cas enfin, l'exsudat est rare, mais il est épais, compact et glutineux; la muqueuse alors est fortement boursoufflée, c'est le *catarrhe sec* de Laennec. L'expectoration élimine d'abord des chlorures en assez grandes proportions (Biermer), puis du phosphate de potasse (Biermer, Marcet de Londres).

Les signes physiques et les troubles fonctionnels éprouvés par les malades varient un peu suivant la nature des modifications anatomiques que nous venons d'indiquer. Dans le *catarrhe muqueux et pituiteux* (catarrhe humide) ce qui domine, c'est l'abondance de l'expectoration: la toux est rare, non quinteuse, toujours grasse; elle incommode le malade, mais ne provoque pas de gêne notable de la respiration. L'expectoration est plus abondante le matin, et les crachats ont, à ce moment, un caractère muco-purulent plus accentué.

Les signes stéthoscopiques ne diffèrent en rien de ceux de la bronchite aiguë (râles sonores, sibilants ou ronflants, râles muqueux de grosseur différente, suivant le calibre des bronches intéressées, etc.). La sonorité du thorax, l'état des vibrations vocales ne sont pas modifiés.

Dans le *catarrhe sec*, la toux et la dyspnée occupent la première place parmi les symptômes. La muqueuse bronchique est plus tuméfiée; la viscosité du produit de sécrétion rend les crachats plus adhérents; les voies de l'air se trouvent plus rétrécies. Le malade est ordinairement essoufflé; tous les efforts lui deviennent pénibles, son thorax dilaté au maximum semble fixé dans l'inspiration forcée. Il y a de la gêne dans la circulation de retour, la face est souvent violacée, le malade a l'habitus extérieur d'un asthmatique ou d'un cardiaque. C'est seulement à la suite de quintes de toux pénibles, qu'il arrive à se débarrasser de ces quelques mucosités épaisses et gluantes qui obstruent les canaux bronchiques, ceux de troisième ou de quatrième ordre principalement.

Chez ces malades, ce qui domine à l'auscultation, c'est une inspiration sifflante, accompagnée de sibilances à timbre élevé; les *râles bullaires* sont rares; parfois on constate une diminution assez marquée dans l'intensité du murmure vésiculaire.

La bronchite chronique a une durée indéterminée; au début elle laisse au malade des rémissions assez longues: pendant l'été les symptômes s'amendent, puis à l'automne il se produit une recrudescence qui persiste tout l'hiver. Les atteintes de bronchite aiguë sont fréquentes dans l'espèce; elles sont d'autant plus graves qu'elles viennent se fixer sur un organe dont le fonctionnement est déjà entravé; elles exagèrent l'intensité des symptômes, augmentent la dyspnée, la toux et l'expectoration.

Il n'est pas rare de voir chez les arthritiques la bronchite chronique disparaître brusquement pour être remplacée par une poussée d'eczéma ou d'urticaire, ou inversement une de ces manifestations cutanées être contre-balancée par la détermination respiratoire.

L'inflammation chronique des bronches retentit à la longue sur le cœur droit et détermine souvent la mort, en provoquant l'ensemble des troubles fonctionnels des affections organiques du cœur, et l'asthysolie.

2^e Bronchite fétide. — Depuis les travaux de Briquet, Lasèque, Dittrich, Thierfelder, Laycock, Rosentein, etc., on sait que l'expectoration à odeur putride n'est pas spéciale à la gangrène du poumon. Les produits de sécrétion, en séjournant longtemps dans les canaux bronchiques, peuvent se décomposer; il se produit une fermentation (butyrique, lactique, etc.) qui donne à l'expectoration une odeur repoussante.

Cette forme de bronchite chronique n'est jamais primitive; elle s'observe principalement chez les sujets atteints de catarrhe pulmonaire chronique qui, par suite d'un état de débilitation avancée, ont de la peine à expulser leurs crachats, et chez lesquels le poumon a perdu son élasticité. Les malades résorbent en partie ces produits de désorganisation, d'où résulte une sorte de fièvre putride qui vient s'ajouter au mauvais état général, et l'aggraver d'autant. Les crachats renferment des champignons (*Leptothrix pulmonalis*, Leyden et Jaffe) et des acides gras (Bamberger).

On rencontre encore cette expectoration fétide dans la dilatation des bronches; mais là elle a un mécanisme un peu différent; elle relève du sphacèle des portions superficielles de la muqueuse des

bronches dilatées (voy. le chapitre suivant pour les caractères de l'expectoration et pour le diagnostic).

3° *Bronchite pseudo-membraneuse*. — Cette variété de bronchite chronique n'est pas de nature infectieuse (diphthéritique), elle se distingue par son évolution plus longue, sa gravité moindre, enfin par la structure même de la pseudo-membrane. Étudiée sommairement par Leudet, Gintrac, Lebert, Laboulbène, la bronchite pseudo-membraneuse a été l'objet d'un travail approfondi de la part de Paul Lucas-Championnière, qui en a rapporté quarante-quatre observations, dont plusieurs empruntées au service du professeur Jaccoud.

Les fausses membranes rejetées par le malade se présentent sous forme de fragments qui mesurent quelquefois de 8 à 10 centimètres de longueur. Ces fragments, sortes de moules bronchiques, sont constitués par une série de feuillettes concentriques irrégulièrement stratifiées, mais ne présentant *pas de lumière centrale*. Ils ont été considérés comme des concrétions fibrineuses consécutives à un épanchement sanguin (Laennec, Rilliet et Barthez), ou bien encore comme des productions analogues aux exsudats de la diphthérie (Rokitansky et Remak). Ils sont simplement composés de *mucine* et d'*albumine* (Grancher); de plus, en les examinant avec attention, on les trouve semés à leur surface de petits blocs qui rappellent la forme des culs-de-sac glandulaires, points où ils ont dû très vraisemblablement prendre naissance. Cette altération anatomique coïncide assez fréquemment avec la tuberculose du poumon.

Il est rare que la bronchite chronique pseudo-membraneuse s'observe chez les individus fortement constitués; on la rencontre surtout chez les sujets chétifs qui ont eu plusieurs bronchites antérieures, ou qui sont prédisposés à la tuberculose. Presque exceptionnelle chez l'enfant, la bronchite pseudo-membraneuse atteint de préférence les sujets déjà avancés en âge, les hommes surtout.

Le plus habituellement le début est lent, progressif; et si, dans quelques cas, assez rares du reste, l'affection a eu pour point de départ une bronchite aiguë pseudo-membraneuse, c'est en général à la suite d'une bronchite ordinaire, et spécialement d'une bronchite chronique, qu'elle se développe.

Le symptôme le plus saillant de la maladie consiste en accès d'oppression et de toux convulsive accompagnés d'expectoration très abondante; deux ou trois heures après, a lieu l'expulsion de fausses

membranes teintées ou non de sang. Il peut y avoir une hémoptysie abondante (Chvostek).

Pendant l'accès, la dyspnée est violente; elle reconnaît plusieurs causes: d'abord l'énorme hypersécrétion bronchique qui obstrue les conduits de l'air, puis la présence de la fausse membrane qui diminue considérablement la capacité pulmonaire (expérience spirométrique de Spath), enfin la congestion pulmonaire qui peut être assez violente pour produire l'hémorrhagie (P. Lucas-Championnière). Le plus souvent l'apyrexie est complète.

La percussion et l'auscultation ne révèlent aucun signe qui ait une sérieuse valeur; en dehors des bruits spéciaux au catarrhe chronique des bronches, la modification la plus constante semble être la diminution et quelquefois l'absence du murmure vésiculaire dans les points correspondants aux canaux obstrués.

Après l'accès il survient en général une notable amélioration. Quant à sa cause déterminante, c'est habituellement l'action du froid et une recrudescence dans l'intensité de la bronchite. Les crises se répètent quelquefois toutes les semaines, mais elles peuvent être séparées par des intervalles qui mesurent des mois et même des années. Pendant ce temps le malade continue à se livrer à ses occupations; d'autres fois il est forcé de s'aliter.

La bronchite chronique pseudo-membraneuse peut durer très longtemps sans compromettre l'existence. La difficulté qu'on a de suivre les malades empêche d'affirmer nettement la possibilité de la guérison; ce que l'on sait seulement, c'est que certains malades finissent par mourir cachectiques, et que d'autres succombent pendant les accès de suffocation, avant l'expulsion des cylindres pseudo-membraneux.

En dehors de l'expectoration qui est caractéristique, le diagnostic est à peu près impossible.

TRAITEMENT. — Il doit satisfaire à deux indications: l'indication causale (puisque le catarrhe chronique est le plus souvent secondaire) et l'indication symptomatique. Pour remplir la première, on donnera les sulfureux, les arsenicaux, les alcalins, suivant que l'on s'adressera à la scrofule, à l'arthritisme ou à la goutte. Pour remplir la seconde, on recourra à l'usage des expectorants (kermès, ipéca) ou des balsamiques (goudron, tolu, térébenthine, etc.), qui ont de plus l'avantage de modifier la vitalité de la muqueuse bronchique.

En cas de recrudescence de la bronchite, les révulsifs cutanés et

les dérivatifs intestinaux peuvent rendre des services. Si la dyspnée est accentuée et si la toux revêt un caractère spasmodique, on aura recours à la belladone, aux fumigations de datura, à l'extrait de cannabis indica (Jaccoud), à l'aspiration des vapeurs phéniquées.

La bronchite fétide sera combattue par les procédés que nous indiquons plus loin (voy. *Dilat. des bronches*). Les cautérisations ponctuées de la paroi thoracique sont souvent suivies d'excellent effet.

Quant à la bronchite chronique pseudo-membraneuse, la thérapeutique n'a pas jusqu'ici obtenu d'importants résultats. L'iodure de potassium, le mercure, le goudron, sont les seules substances qui paraissent avoir eu quelque action sur la maladie (P. Lucas-Championnière).

NONAT. Arch. de méd., t. XIV. — BRIQUET. Bronchite putride, 1841. — THIERFELDER. Mém. sur la bronchite pseudo-membran. (Arch. für phys. Heilkunde von Vierordt, 1854). — PEACOCK. Transact. of the Pathol. Society of London, 1854, vol. V, p. 43. — LEUDET. Gaz. hebdom., 1855. — LASEGUE. Arch. gén. de méd., 1857. — LAYCOCK. On fetid Bronchitis (Med. Times and Gaz., 1857). — LABOULBÈNE. Traité des affect. pseudo-membr., 1861. — GINTRAC. Article Bronches, in Nouv. Dict. méd. et chirurg., 1865. — WEISENTHANNER. Consid. génér. sur la bronchite chronique. Th. Montpellier, 1867. — GREENHOW. On chronic Bronchitis (the Lancet, 1867, vol. I). — ROSENSTEIN. Zur putriden Bronchitis (Berlin. klin. Wochenschr., 1867). — LEBERT. Arch. für klin. Med., 1869, Band VI. — HAYEM. Les bronchites. Th. de concours, 1866. — BIEMER. In Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie, 1871. — HYDRE. Diphthérie chronique. Th., Paris, 1876. — PAUL LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. De la bronchite pseudo-membran. chronique. Th., Paris, 1876.

DILATATION DES BRONCHES.

La dilatation bronchique a été observée, la première fois, par Laennec, le 25 mars 1825 (1). Dix ans plus tard, Barth retrouvait dans le service de Louis, chez un malade présentant les signes d'une tuberculose avancée, des altérations de même nature, et il commençait cette longue série de recherches qui, continuées par les travaux de Stokes, de Corrigan, de Luys, de Gombault, de Trouseau, etc., nous permettent aujourd'hui de distinguer nettement cette affection.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. PATHOGÉNIE. — La dilatation des

(1) On lira avec le plus vif intérêt les deux importantes observations du *Traité de l'auscultation médiate* (n° 2, M^{lle} M..., maîtresse de piano, et n° 4, le cocher Chopinet), observations où l'anatomie pathologique de la dilatation des bronches se trouve tout entière.

bronches, comme les dilatations anévrysmales, peut se présenter sous différentes formes. Tantôt la dilatation porte uniformément sur toute la longueur du tuyau : c'est la *dilatation cylindrique*; tantôt elle est constituée par une succession de renflements qui donnent à la bronche l'aspect d'un chapelet : c'est la *dilatation moniliforme* de Cruveilhier; d'autres fois, c'est l'extrémité du conduit qui est dilatée en forme d'ampoule (*dilatation ampullaire* ou *sacciforme*). Généralement, la portion de la bronche qui suit le point dilaté tend à s'atrophier; quelquefois cependant, grâce à l'accumulation des produits de sécrétion bronchique, la partie terminale se dilate à son tour; et comme le développement du tissu de sclérose peut avoir interrompu la communication entre ce point extrême de la bronche et le reste du conduit, il se fait là une cavité, isolée en apparence, qui semble superficielle et qu'on a pu prendre pour un kyste caséux. Les *Bulletins de la Société anatomique* renferment plusieurs exemples de ce genre d'altération.

Dans la moitié des cas, la dilatation bronchique est unilatérale (vingt-deux fois sur quarante observations, Barth); elle se développe avec une égale fréquence à la base ou au sommet du poulmon.

Quand la dilatation n'est pas trop ancienne, quand elle date de quelques mois, ou seulement de trois à quatre ans, la muqueuse de revêtement n'est pas très altérée; elle est violacée, mais non ulcérée; l'épithélium est en général intact. A côté des lésions habituelles de la bronchite catarrhale chronique, qui coexistent la plupart du temps, on constate des modifications de structure bien spéciales : dans les parois de la bronche, les fibres élastiques ont disparu, les fibres musculaires sont dissociées, les vaisseaux sont atrophiés. Les glandes, au contraire, ont conservé leurs dimensions premières.

La disparition des fibres élastiques dans l'épaisseur de la bronche est un fait anatomique important; ces éléments persistant dans le parenchyme pulmonaire circonvoisin, les parois du conduit subissent une sorte d'appel excentrique dont on doit tenir grand compte au point de vue pathogénique.

Quand la dilatation dure depuis longtemps, les parois de la bronche sont le siège d'altérations profondes qui aboutissent à la désorganisation et à l'ulcération; la muqueuse est détruite par places, elle est baignée par une abondante suppuration; les éléments normaux ont disparu, tout est envahi et remplacé par du tissu embryonnaire. Le processus destructeur va parfois jusqu'au sphacèle, et l'expecto-