

catarrhale, Virchow entend bronchite superficielle, épithéliale, et les autres, bronchite avec sécrétion abondante. Toute l'histoire des bronchites que nous allons retracer montre que ces distinctions n'ont, à l'heure présente, qu'une médiocre utilité.

Dans l'histoire de la bronchite, l'œuvre de Laënnec tient une place importante. Sans se préoccuper de discussions doctrinales, Laënnec garde le mot catarrhe bronchique pour spécifier toutes les bronchites. A l'aide de l'auscultation et de l'anatomie pathologique, il en décrit les caractères, en sépare les variétés, et apprend à les distinguer des maladies qui peuvent être confondues avec elles.

Après Laënnec, on a un peu modifié les classifications; mais, en vérité, on ne peut pas dire que, jusqu'à l'avènement des doctrines microbiennes, la question ait fait de très grands progrès. Il faut citer cependant, parmi les essais intéressants, les leçons de Lasègue, la thèse d'agrégation de M. Hayem (1869), les livres de M. G. Sée (1885-1886), et les leçons de M. Ferrand (1888).

Dans ces derniers temps, la question des bronchites s'est complètement renouvelée sous l'influence des doctrines microbiennes. En 1889, L. von Besser fait voir que les bronches renferment des microbes à l'état normal; en 1890, Babès établit que, dans les bronchites, le nombre de ces microbes augmente dans des proportions considérables; Pansini confirme ces recherches et le rôle de l'infection dans les bronchites commence à apparaître. En 1891, j'ai apporté ma contribution à cette étude et dans la première édition de ce *Traité*, parue en 1892, je me suis efforcé de mettre la pathologie des bronchites en harmonie avec ces données nouvelles. M. P. Claisse a publié depuis un important travail sur les *Infections bronchiques* (1895). Bien qu'il subsiste encore beaucoup de points obscurs, il semble bien que déjà toutes les bronchites puissent être considérées comme liées à une infection des bronches; dans un certain nombre de formes, il est vrai que les bactéries ne jouent pas au début le rôle principal; mais elles interviennent tôt ou tard et c'est à elles qu'on doit imputer la plupart des accidents de la maladie⁽¹⁾.

Nous diviserons l'étude des bronchites en trois parties :

(1) LAËNNEC, *Traité de l'auscultation médiate*. Édition de la Faculté de médecine de Paris, d'après l'édition de 1826. — GRAVES, *Leçons de clinique médicale*. Traduit et annoté par le Dr Jaccoud, Paris, 1865, t. II, 59^e leçon. — GINTRAC, Article MALADIES DES BRONCHES du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. V, 1866. — BARTH et BLACHEZ, Article MALADIES DES BRONCHES, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. X et XI de la 1^{re} série, 1869. — HAYEM, Des bronchites (Pathologie générale et classification). Thèse d'agrégation, Paris, 1869. — JACCOUD, *Pathologie interne*, 7^e édition, t. II, 1885. — CORNIL et RANVIER, *Manuel d'histologie pathologique*, 2^e édition, t. II, 1882, p. 8 et 65, 1884. — LASÈGUE, *Études médicales*, t. II, 1884. — FERRAND, Leçons cliniques sur les formes et le traitement des bronchites, Paris, 1888. — G. SÉE, Bronchites aiguës; *Maladies spécifiques non tub. du poumon*, Paris, 1885; — Bronchites chroniques; *Maladies simples du poumon*, Paris, 1886. — CORNIL et BABÈS, *Les bactéries*, 5^e édition, 1890, t. II, p. 572. — EICHHORST, *Traité de pathologie interne*, trad. franç., t. I, p. 1889; et *Traité de diagnostic médical*, trad. franç., 1890 (article CRACHATS). — STRÜMPPELL, *Traité de pathologie spéciale et de théor.*, 2^e édit. française, 1890. — VON BESSER, Sur les bactéries des voies aériennes à l'état normal. *Beiträge zur pathologische Anatomie von Ziegler*, t. VI, n^o 4, 1889. — PAULSEN, Mikro-organismen in der gesunden Nasenhöhle und beim akuten Schnupfen. *Centralbl. für Bakt.*, Bd VIII, 1890, p. 544. — PANSINI, *Archiv. für path. Anat. und Phys.* Bd CXXII, Hft 5. — MARFAN, Essai sur l'étiologie et la classification des bronchites. *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1891, n^o 45. — PAUL CLAISSE, Les infections bronchiques. *Thèse de Paris*, 1895. — V. MONNIER, Les infections bronchiques chez les vieillards. *Gazette méd. de Nantes*, 12 avril 1894. — CH. SAINZ, Même sujet. *Thèse de Paris*, nov. 1895. — J. RENAUT, Traitement des bronchites dans le *Traité de thérapeutique appliquée* publié sous la direction d'A. Robin. Fasc., VII, 1896.

Dans la *première*, nous étudierons la pathologie générale des bronchites, c'est-à-dire qu'après avoir exposé leur pathogénie et essayé d'en classer rationnellement les causes, nous étudierons les lésions, les symptômes et les indications thérapeutiques communes à toutes les bronchites.

Dans la *seconde partie*, nous étudierons en particulier les principaux types cliniques de la bronchite aiguë et de la bronchite chronique. Nous ne séparerons pas dans cette étude la trachéite de la bronchite. La trachée et les bronches, ayant la même structure et les mêmes fonctions, les secondes n'étant en définitive qu'un épanouissement de la première, on comprend que leur pathologie soit la même. La trachéite et la bronchite peuvent et doivent être décrites dans le même chapitre. S'il est vrai que, dans une forme de l'inflammation trachéo-bronchique chronique, la trachéite prédomine, en somme, il ne s'agit là que d'une simple variété clinique que nous décrivons plus loin.

Dans la *troisième partie*, nous nous occuperons de quelques états morbides qui peuvent être considérés comme des complications de la bronchite : la *bronchite capillaire*, la *gangrène des bronches*, la *dilatation des bronches*, le *rétrécissement des bronches* et la *lithiase bronchique*.

CHAPITRE PREMIER

PATHOLOGIE GÉNÉRALE DES BRONCHITES

I

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE GÉNÉRALES DES BRONCHITES

La bronchite est une maladie très commune. On l'observe avec une égale fréquence chez l'enfant, chez l'adulte et chez le vieillard.

Au point de vue clinique, on divise les bronchites en *bronchites aiguës* et en *bronchites chroniques*. Cette division, très importante en pratique, ne saurait servir pour l'étude des causes. Ce qui fait l'acuité ou la chronicité d'une bronchite, c'est tantôt la durée d'action du facteur étiologique, tantôt les qualités de l'organisme sur lequel elle s'est développée. Mais une même cause peut se retrouver à l'origine d'une bronchite aiguë et à l'origine d'une bronchite chronique.

Les investigations poursuivies par la bactériologie tendent à prouver que dans toutes les bronchites, les microbes jouent un rôle important, et il est certain que dans quelques-unes ils jouent un rôle essentiel. C'est à ce point de vue qu'il faut désormais envisager l'étiologie des bronchites.

Nous diviserons les bronchites en deux groupes, suivant qu'elles se rattachent à une infection spécifique ou à une infection non spécifique. Les infections spécifiques sont celles dont les symptômes et les lésions sont caractéristiques, toujours les mêmes, et ne peuvent être engendrés par une autre maladie. Les

infections non spécifiques (communes ou septiques) créent des lésions d'inflammation ou de dégénérescence communes et des symptômes de réaction banale, les unes et les autres n'étant pas assez caractérisés pour qu'on puisse reconnaître le microbe qui les a provoqués sans examen bactériologique. Bien qu'entre ces deux formes d'infections, il y ait des faits de passages qui empêchent de considérer leur séparation comme absolue, il n'en est pas moins vrai qu'en l'état actuel de la science, cette distinction est la seule rationnelle. Tandis que les infections spécifiques sont toujours le résultat prochain ou éloigné de la contagion, les infections non spécifiques sont tantôt le résultat de l'auto-infection, tantôt celui de la contagion. Le tableau suivant représente la classification des bronchites fondée sur ces principes.

BRONCHITES.	par infection non spécifique : Br. communes (dues principale- ment aux pneumocoques et aux streptocoques)	par infection endogène (auto-infection).	Auto-infection à distance.	Auto-infection sur place; muqueuse préalablement altérée par :	Refroidissement. Br. spécifiques antérieures. Affections chroniques du poumon, de la plèvre et du médiastin. Inhalations de substances irritantes (pous- sières ou gaz délétères). Intoxications (Iode, brome, cantharide). Cardiopathie. Albuminurie. Affections gastro-intestinales. Dyscrasies (asthme, fièvre des foies, urti- caire, goutte, arthritisme, lymphatisme). États adynamiques (fièvre typhoïde, mala- dies aiguës de longue durée, cachexies).	Auto-infection { Affections des 1 ^{res} voies. descendante. } Pyodermites. Auto-infection { Bronchites d'origine gas- tro-intestinale, d'origine septicémique. }				
							par infection spécifique : Br. spécifiques (sont toujours le résultat prochain ou éloigné de la contagion)	Bronchite de la grippe. — de la coqueluche. — de la rougeole. — de la diphtérie. — du charbon. — de la peste. — de la tuberculose. — de la variole. — de l'impaludisme. — de la morve. — de la syphilis.		
									par infection ectogène	contagion par inhalation.

A. — BRONCHITES SPÉCIFIQUES

Les bronchites spécifiques sont celles dont la cause est un parasite spécifique, c'est-à-dire engendrant toujours la même maladie; elles sont constamment le résultat prochain ou éloigné d'une contagion; pour qu'elles puissent se développer, la pénétration dans la muqueuse des bronches du parasite spécifique est la condition nécessaire et souvent suffisante.

Dans la *grippe*, dans la *coqueluche*, dans la *rougeole*, la bronchite est à peu près constante, elle est associée ordinairement à un catarrhe des premières voies, et

l'arbre respiratoire représente sans doute le foyer initial de l'infection, le germe de ces maladies pénétrant dans l'organisme avec l'air inspiré. Dans la *diphtérie*, les fausses membranes produites par le bacille de Klebs peuvent s'étendre des premières voies dans la trachée et les bronches, donnant lieu à une forme morbide que nous appellerons, pour éviter toute confusion, *bronchite pseudo-membraneuse diphtérique*. M. Lodge fils (de Bradford) a montré que, chez les trieurs de laine, l'infection charbonneuse pouvait produire, par aspiration des spores, une bronchite très grave, souvent mortelle, liée à la pullulation de la bactérie charbonneuse sur la muqueuse bronchique (maladie des trieurs de laine)⁽¹⁾. Signalons la bronchite par *tuberculose* des parois bronchiques qui sera décrite avec la phtisie pulmonaire et les rétrécissements trachéo-bronchiques.

Le bacille de la *peste* détermine ordinairement des lésions bronchiques et pulmonaires. Souvent c'est par inhalation que le virus pénètre dans l'organisme et les voies respiratoires constituent alors la porte d'entrée et le foyer initial de la maladie.

A côté de ces bronchites ectogènes où le microbe arrive aux bronches par les bronches elles-mêmes, il existe des bronchites hématogènes où le germe leur est apporté par le sang. Dans la *variole*, l'éruption peut se produire sur la trachée et les bronches et les vésico-pustules donnent souvent naissance à une fausse membrane. Une bronchite intermittente peut être la manifestation de l'*impaludisme*. Dans la *morve*, l'éruption nodulaire trachéo-bronchique s'accompagne d'une phlegmasie diffuse de la muqueuse. Dans la *syphilis secondaire*, l'éruption peut frapper les bronches (Voy. *Syphilis de la trachée et des bronches*). Enfin, on a avancé que, dans certains cas, le *pemphigus de la peau* s'accompagnait d'une éruption semblable sur la trachée et les bronches⁽²⁾; cette question doit être réservée; car, à l'heure actuelle, le groupe pemphigus est l'objet d'un démembrement complet.

B. — BRONCHITES INFECTIEUSES NON SPÉCIFIQUES OU BRONCHITES COMMUNES

Bactériologie. — Les bronchites non spécifiques sont dues à des microbes qui peuvent engendrer les affections les plus diverses, microbes à tout faire, comme disait Péter; on rencontre, en effet, dans l'exsudat de ces bronchites le streptocoque, le pneumocoque, les staphylocoques, la diplo-bactérie de Friedländer, le *bacterium coli commune*, etc. Ces bactéries sont rarement isolées, elles sont souvent associées deux par deux, trois par trois. Probablement, toutes ces espèces n'ont pas la même importance; mais il est difficile de déterminer celle qui joue le rôle prépondérant. Pour arriver à cette détermination, il ne faut pas se borner à isoler des bactéries par l'examen microscopique et les cultures; il faut aussi étudier leur virulence chez l'animal et même chercher à reproduire expérimentalement des bronchites.

Par l'examen microscopique et les cultures, on peut isoler des bactéries, soit dans les crachats expectorés par le vivant, soit dans l'exsudat bronchique recueilli peu de temps après la mort, soit enfin dans la paroi bronchique elle-

⁽¹⁾ Archives de méd. expérim., nov. 1890. Voyez aussi A. OLLIVIER, Note sur un cas de charbon interne chez un enfant de cinq mois. *Revue mens. des maladies de l'enfance*, 1891, p. 195.

⁽²⁾ DE LIGNEROLLES, *Soc. anat.*, 1866. — MADER, *Wien. med. Woch.*, 1882.