

CHAPITRE II

FORMES CLINIQUES DE LA BRONCHITE

I

BRONCHITES AIGUËS SIMPLES

Nous prendrons pour type des bronchites aiguës simples, celles qui succèdent à un refroidissement. Nous en décrirons deux formes, la *forme légère* qui est habituellement une trachéo-bronchite, une bronchite tronculaire, et la *forme intense* qui est le plus souvent une bronchite plus profonde, une bronchite ramusculaire. On pourrait décrire la bronchite capillaire comme une troisième forme, la forme grave; mais il nous semble plus conforme à l'observation clinique de décrire le catarrhe suffocant, comme une des complications de la bronchite commune. Toutes les bronchites aiguës évoluent en deux périodes que les anciens désignaient, la première sous le nom de période de crudité, la seconde sous le nom de période de coction ou de maturité.

I. Forme légère. — Elle est extrêmement commune. Elle succède ordinairement à un coryza, ce qui fait dire au vulgaire que le rhume est tombé sur la poitrine (rhume de poitrine). Le sujet éprouve une sensation de chaleur et de chatouillement derrière la poignée du sternum; cette sensation provoque une toux plus ou moins fréquente, qui est d'autant plus intense et plus forte que le processus est plus marqué dans la zone de bifurcation de la trachée, zone tussipare très sensible. La toux est souvent plus accusée le soir au coucher, et dans la seconde moitié de la nuit; sèche au début, elle s'accompagne bientôt d'une expectoration muqueuse, gélatiniforme et visqueuse (*sputum crudum*). La toux n'expulse que très difficilement ce mucus concret et adhérent du stade initial; aussi est-elle répétée, intense, pénible. A l'auscultation, on n'entend aucun bruit anormal ou on entend seulement quelques râles ronflants, discrets, car le processus est souvent limité à la trachée, et, dans tous les cas, ne s'étend guère au delà des grosses bronches. Telle est la *phase de crudité*.

A mesure que l'affection suit son cours, les crachats deviennent plus abondants, plus fluides, moins adhérents, et ils offrent des traces de purulence; ils sont plus opaques, avec des stries ou des taches jaunâtres ou verdâtres (*sputum coctum*); ces crachats ne sont pas aérés. Vers la fin, ils renferment des fils noueux qui viennent des canaux excréteurs des glandes. Alors la toux est grasse, humide, plus facile, plus efficace; elle est beaucoup moins pénible et devient plus rare. Les râles sonores sont moins secs et sont bientôt remplacés par quelques râles muqueux à grosses bulles, en général très discrets. Telle est la *période de coction ou de maturité*.

Aucun trouble de l'état général n'accompagne la bronchite légère; vers le dixième ou quinzième jour, tous les phénomènes morbides ont disparu et la guérison est complète.

II. Forme intense. — Elle succède à la forme légère ou elle s'établit d'emblée. Dans ce dernier cas, elle est caractérisée par l'intensité initiale des phénomènes généraux; dès le début le malade est pris de malaise, de céphalalgie, de douleurs musculaires; il ressent des frissonnements et la température s'élève; la fièvre a un maximum vespéral (fièvre catarrhale); souvent même elle est nettement intermittente, la température du matin étant à peu près normale. Elle s'accompagne d'un état saburral plus ou moins marqué des voies digestives supérieures et de constipation. Il peut arriver que les phénomènes fébriles précèdent d'un ou deux jours l'éclosion des symptômes thoraciques; et si l'on ne tient un grand compte des caractères spéciaux de la fièvre, on peut croire au début d'une fièvre éruptive ou d'une dothiéntérie. Mais le plus souvent la bronchite est annoncée d'emblée soit par un coryza, soit par des signes qui lui appartiennent en propre.

Le malade éprouve une sensation de brûlure et de plénitude rétro-sternale; la toux est pénible, fatigante, quinteuse, retentissante; elle est d'abord sèche; les changements de la température ambiante, l'ingestion de liquides trop froids ou trop chauds la provoquent. L'effort musculaire que nécessite la toux finit par donner lieu à des douleurs péri-thoraciques qui occupent principalement les attaches du diaphragme et qui sont exaspérées à chaque quinte nouvelle. Le processus, malgré son intensité, ne produit pas de dyspnée, parce qu'il siège sur les grosses et moyennes bronches et ne gêne en rien l'entrée de l'air dans la poitrine.

Les crachats sont d'abord muqueux et visqueux, très adhérents et difficiles à expulser; c'est la *phase de crudité* qui dure de 5 à 5 jours. Ensuite, il deviennent plus abondants, plus liquides, moins adhérents; ils sont alors franchement muco-purulents, c'est-à-dire opaques avec des parcelles jaunâtres ou verdâtres qui représentent du pus concret. Ces crachats sont souvent spumeux, aérés, proviennent ordinairement de bronches plus profondes et ont été brassés par l'air. L'expectoration est en général abondante et peut se prolonger assez longtemps. Quand elle devient facile, c'est-à-dire quand commence la période de maturité, la fièvre tombe habituellement, en même temps que les phénomènes généraux s'amendent.

Il est facile de suivre l'évolution de la lésion par les signes physiques. Pendant la période de crudité, l'auscultation laisse entendre des râles sonores, ronflants quand l'inflammation atteint les grosses bronches, sibilants quand elle atteint des bronches plus étroites. A la période de maturité, l'air passant à travers les sécrétions bronchiques plus abondantes et plus fluides, les râles deviennent humides (muqueux), à bulles moyennes ou petites. Tous ces râles sont symétriques et prédominent en général dans les régions postéro-inférieures. Le son de percussion, le murmure vésiculaire, la bronchophonie sont normaux.

La maladie est d'ordinaire terminée vers le quinzième jour. Cependant l'expectoration muco-purulente peut persister plus longtemps, sans qu'il existe aucun trouble de la santé.

Pronostic. — Chez l'adulte, la bronchite aiguë simple, *a frigore*, est une affection ordinairement bénigne, même dans ses formes intenses. Cependant après

une première atteinte, les bronches restent vulnérables et les récidives sont faciles. Quand plusieurs poussées aiguës se sont produites, la maladie peut passer à l'état chronique, surtout lorsque sont réalisées les conditions principales qui engendrent la chronicité du mal (tuberculose, affections chroniques naso-pharyngées, emphysème, cardiopathies, mal de Bright).

Chez les sujets prédisposés, c'est souvent une bronchite simple, *a frigore*, qui semble ouvrir la porte à la tuberculose. La bronchite aiguë est un accident redoutable chez les cardiopathes, car elle provoque souvent une attaque d'astolie. Chez les albuminuriques, elle est parfois la cause occasionnelle d'une attaque d'urémie. Chez l'enfant très jeune et chez le vieillard, elle est très souvent suivie de bronchite capillaire ou de broncho-pneumonie.

Elle peut avoir une gravité exceptionnelle chez les bossus. Dans une étude sur ce sujet, nous avons cherché à préciser les caractères de la physiologie pathologique des bossus. Le premier phénomène qu'on observe chez tout bossu c'est la dyspnée (*asthma a gibbo*, *dyspnœa thoracica*); cette dyspnée est due d'abord à la petitesse des poumons et à l'insuffisance consécutive de la quantité d'air inspiré; elle est due aussi à la rigidité de la cage thoracique, qui ralentit la circulation pulmonaire parce qu'elle entrave l'aspiration thoracique. L'insuffisance respiratoire produit la dyspnée, et la dyspnée produit l'emphysème qui est la règle chez les bossus. Pour compenser cette insuffisance respiratoire, le cœur droit s'hypertrophie, et l'équilibre se rétablit dans une certaine mesure; mais c'est un équilibre instable susceptible d'être détruit par la cause la plus minime, par le plus petit désordre circulatoire. Ce désordre est réalisé par une bronchite simple. Sous son influence, la circulation pulmonaire s'arrête et le malade peut mourir avec tous les signes de l'asphyxie. A l'autopsie, on trouve les lésions de la bronchite et de la congestion passive du poumon⁽¹⁾. Même dans les formes simples de la bronchite, il y a intervention des microbes. On doit donc s'attendre à observer des complications infectieuses. Cependant celles-ci sont fort rares; la seule qui ait été nettement constatée et bien étudiée est la néphrite. J. Seitz l'a rencontrée deux fois, chez un garçon de douze ans et une fillette de huit ans. Après s'être exposés à un refroidissement, ils furent tous les deux pris de coryza et de toux avec râles sibilants et fièvre modérée. Quelques jours après, on nota dans les urines, qui jusque-là n'avaient rien présenté de particulier, de l'albumine en forte proportion, ainsi que du sang, des cylindres et de l'épithélium rénal. Il s'agissait donc de néphrite aiguë. Dans les deux cas on put exclure avec certitude l'existence d'une scarlatine ou d'une affection autre que la bronchite aiguë. Seitz pratiqua l'examen bactériologique des crachats et de l'urine et décela chez les deux petits malades de nombreux staphylocoques et streptocoques pyogènes, aussi bien dans les produits d'expectoration que dans le liquide urinaire. Ces microbes étaient très virulents. L'élimination des micro-organismes par les urines ne tarda pas à diminuer dans les deux cas et cessa bientôt tout à fait. Chez la fillette, l'albuminurie s'atténua parallèlement, puis disparut d'une façon définitive. Quant au garçon, il conserva une lésion rénale persistante.

Diagnostic. — Chez les névropathes, la toux bronchitique affecte quelquefois un caractère si violent (forme convulsive) qu'on peut penser soit à la coqueluche, soit à l'adénopathie trachéo-bronchique; un examen attentif lèvera tous les

⁽¹⁾ MARFAN. Observation pour servir au pronostic de la bronchite chez les bossus; *Archives générales de médecine*, 1884, septembre.

doutes. Une bronchite aiguë doit toujours faire penser à la rougeole; le milieu épidémique, l'évolution de la maladie permettront d'établir le diagnostic.

Traitement. — Dans toutes les formes de la bronchite, le malade devra autant que possible garder la chambre; celle-ci devra être facile à aérer et être maintenue à une température constante de 17 à 18 degrés. Il sera utile de saturer l'atmosphère de vapeur d'eau, laquelle, en humectant les bronches, favorise l'expulsion des crachats; à la période de maturité, on pourra faire respirer des vapeurs balsamiques, en ajoutant à l'eau qu'on fait évaporer quelques feuilles d'eucalyptus ou une petite quantité d'essence de térébenthine. La bronchite aiguë est souvent associée à une rhinite, à une rhinopharyngite, à une stomatite qui en ont parfois déterminé le développement; il est donc indiqué de réaliser l'antisepsie des premières voies à l'aide des moyens usuels. Chez les très jeunes enfants, chez les vieillards et chez les grabataires, le décubitus dorsal prolongé favorise l'extension de la bronchite au lobule pulmonaire; il sera nécessaire de varier le décubitus dans la mesure du possible. A ces prescriptions communes à toutes les formes de bronchite aiguë, il faut joindre celles qui conviennent aux divers cas particuliers.

Chez l'adulte, la bronchite aiguë légère, le rhume simple, ne réclament pas un traitement actif: le repos à la chambre, un peu d'opium, des tisanes chaudes (béchique ou pectorale) suffisent à la soigner.

Dans la forme intense, l'état fébrile est une indication importante; souvent il réclame l'usage du sulfate de quinine (50 à 75 centigrammes par jour). Donnée dès le début, et pendant trois ou quatre jours consécutifs, ce médicament détermine très vite la chute des phénomènes généraux et diminue la durée totale de la maladie.

A défaut de la quinine, l'antipyrine ou la phénacétine combattent avec succès les symptômes généraux. Si la toux est intense et empêche le sommeil, on donnera le soir, au coucher, une ou deux cuillerées à soupe de la potion suivante:

Sirop diacode	100 grammes
Eau de laurier-cerise	20 —
Extrait aqueux de datura	0 ^{er} ,10.

On cessera l'usage de cette potion à la période de maturité.

Des cataplasmes sinapisés, appliqués deux ou trois fois par jour, soulagent beaucoup les malades.

Quand la période de crudité dure au delà des limites ordinaires, que l'expectoration reste difficile et pénible, l'acétate ou le chlorhydrate d'ammoniaque, ou bien le benzoate de soude préconisé par M. Ruault, en raison de leurs propriétés stimulantes et hypercriniques, seront très utiles; on les administrera à la dose quotidienne de 1 gr. 50 à 2 gr., soit sous forme de cachets, soit incorporés à la potion précédente.

A la période de maturité, les balsamiques sont les seuls médicaments utiles, et parmi ceux-ci nous donnons la préférence à la terpine, que nous prescrivons sous la forme suivante:

Terpine	} $\bar{a}\bar{a}$ 0 ^{er} ,25.
Benzoate de soude	

Pour 1 cachet: 2 ou 5 par jour.

Quelques médecins conseillent l'usage de la *poudre de Dower* à toutes les périodes de la bronchite aiguë (0 gr. 40 à 0 gr. 50 par jour). Cette préparation, qui renferme de l'ipéca, de l'opium, peut être utile par ses propriétés stimulantes et diaphorétiques.

La forme intense exige le repos au lit pendant la période fébrile. La phase aiguë terminée, il ne faut pas permettre au malade de sortir tant que l'auscultation révèle des râles et tant que la toux n'a pas notablement diminué.

Chez les vieillards débilités, chez les cardiaques, chez les sujets prédisposés à la tuberculose, la bronchite aiguë a une tendance à se limiter en un foyer persistant ou à passer à l'état chronique; dans ce cas, la révulsion locale et profonde, telle que la réalisent des pointes de feu ou des vésicatoires, est capable de hâter la résolution.

Chez les ENFANTS très jeunes, chez ceux qui n'ont pas encore atteint la troisième année, la bronchite aiguë exige une thérapeutique active et spéciale. A cette période de la vie, la bronchite est toujours une menace de bronchite capillaire ou de broncho-pneumonie; le traitement doit donc être énergique. D'autre part, il faut être très sobre de médications internes et donner la préférence aux applications externes; le traitement doit donc être spécial.

Dans les formes légères, caractérisées par le petit nombre de râles et l'absence ou le faible degré de la fièvre (la température ne dépasse guère 38°), après avoir mis en œuvre les prescriptions communes à toutes les formes de bronchite aiguë (séjour dans une chambre convenable, vapeur d'eau, antiseptie des premières voies, changement de décubitus), le mieux sera de se borner à appliquer deux fois par jour des cataplasmes sinapisés qui devront couvrir presque entièrement la poitrine: la toux étant un phénomène de défense, devra être particulièrement respectée chez les enfants; toutefois, si elle est trop marquée, on prescrira la potion suivante:

Eau de tilleul	50 grammes
Sirop de fleurs d'oranger	} aa 15 —
Sirop de codéine	
Alcoolature de racines d'aconit	VI gouttes.

Autant de cuillerées à café par jour que l'enfant a de semestres.

Après six ou sept jours, la bronchite légère des enfants diminue d'intensité; on cesse alors l'application des cataplasmes sinapisés et la potion calmante, et on met en œuvre la médication balsamique; au-dessous d'un an, on fera faire deux fois par jour des onctions sur le thorax avec un mélange parties égales d'huile d'olive et d'essence de térébenthine; au-dessus d'un an, on prescrira une potion avec de la terpine et du benzoate de soude.

Julep gommeux	60 grammes
Terpine	0 ^{gr} ,50
Benzoate de soude	0 ^{gr} ,60.

Autant de cuillerées à café que l'enfant a de semestres.

La bronchite intense des jeunes enfants est caractérisée par la diffusion et le grand nombre des râles (ronflants, sibilants, muqueux à bulles grosses ou moyennes); elle offre deux variétés: l'une apyrétique ou presque apyrétique, l'autre accompagnée d'une fièvre intense qui atteint ou dépasse 39°; elle est tou-

jours, mais surtout dans sa variété fébrile, une menace de bronchite capillaire ou de broncho-pneumonie.

La bronchite intense apyrétique ou peu fébrile soulève la question de l'emploi du vomitif. Autrefois, certains médecins ne commençaient jamais le traitement d'une bronchite infantile sans administrer un vomitif. Les vomitifs, et en particulier l'ipéca, le seul qu'il faille employer chez l'enfant, diminuent l'hyperémie pulmonaire, comme le prouve leur action favorable sur les hémoptisies; ils agissent surtout en évacuant les bronches par les contractions violentes du diaphragme qu'ils déterminent et en empêchant leur obstruction. Mais l'abus des vomitifs chez les enfants, trop répandu encore, a de sérieux inconvénients; il fatigue beaucoup les nourrissons de moins d'un an, et chez les cachectiques, il est capable de déterminer la mort subite. On ne prescrira donc un vomitif qu'aux enfants robustes âgés de plus d'un an (une cuillerée à café de sirop d'ipéca toutes les cinq minutes jusqu'à vomissement; on ne renouvelera la prescription qu'en cas de nécessité et à deux ou trois jours au moins d'intervalle). Chez les sujets très jeunes ou cachectiques, on emploiera l'ipéca à doses faibles et fractionnées, de façon à ce qu'il ne détermine pas le vomissement; sous cette forme, il exerce encore sur les muscles de Reissessen et sur les vaso-moteurs du poumon une action stimulante qui n'est pas à négliger:

Racine d'ipéca	0 ^{gr} ,10 à 0 ^{gr} ,20
Eau bouillante	60 grammes.

Passez et ajoutez:

Sirop de capillaire	50 grammes
Acétate d'ammoniaque	1 gramme

Autant de cuillerées à dessert que l'enfant a de semestres.

Dans la bronchite intense fébrile, la médication vomitive est inefficace et parfois elle a le très fâcheux effet de déprimer l'enfant. Il n'y a guère que la médication par les bains très chauds qui soit capable de prévenir l'infection des bronches capillaires et du poumon. Cette médication a été préconisée par J. Renaut (de Lyon). Je l'emploie de la manière suivante. La température de l'enfant est prise toutes les trois heures, et toutes les fois qu'elle atteint ou dépasse 39°, on donne un bain à 38° pendant 8 à 10 minutes. Après 5 ou 6 bains, il arrive souvent que la température n'atteint plus 39°; la toux devient plus facile et plus humide, et la menace de bronchite capillaire est conjurée. Lorsque, pour une raison quelconque, on ne peut employer les bains, on les remplacera par l'application de la serviette mouillée; on trempe une serviette ou une grande compresse de tarlatane dans de l'eau froide; on la tord doucement et on l'applique autour du thorax, de l'aisselle à l'ombilic, en laissant les bras libres; puis on la recouvre d'une couche de taffetas gommé ou de toile cirée; on la laisse environ deux heures; puis on renouvelle l'application et on laisse le thorax enveloppé en permanence pendant au moins 24 heures; on fait 5 ou 4 applications de deux heures dans la journée suivante. Lorsque la période de maturité est arrivée, on met en œuvre la médication balsamique, comme dans la forme légère. Pendant la saison froide, l'enfant ne sortira que 8 ou 10 jours après la guérison complète; alors il sera souvent utile de le faire changer d'air.

Chez l'enfant, il n'y a pas de véritable bronchite chronique; mais il y a des bronchites à répétition. Quand celles-ci ne représentent pas des formes larvées

de l'asthme, elles indiquent l'existence de végétations adénoïdes, qu'il faudra enlever, ou celle de l'adénopathie trachéo-bronchique, qu'il faudra traiter par les moyens convenables pour éviter le retour de la bronchite.

II

BRONCHITE CHRONIQUE COMMUNE

Étiologie. — La bronchite chronique commune n'a pas de causes spéciales. Toutes celles que nous avons énumérées en étudiant l'étiologie générale peuvent en être l'origine. Ce qui fait la chronicité, c'est d'abord l'intensité, la persistance ou la répétition de la cause, c'est ensuite les qualités natives ou acquises de l'arbre bronchique chez certains sujets. Toute *bronchite aiguë* peut être suivie d'une bronchite chronique; soit que l'infection primitive ait été très intense, soit qu'elle se soit répétée souvent, elle lèse la muqueuse bronchique de façon que celle-ci ne peut revenir entièrement à l'état normal et elle la met pour toujours dans un état d'infériorité au point de vue de la défense contre les bactéries. Ainsi est constituée la bronchite chronique dans le plus grand nombre des cas. Certaines causes contribuent plus spécialement à entretenir une bronchite à l'état chronique. Telles d'abord les *affections chroniques des premières voies* (végétations adénoïdes du pharynx nasal, hypertrophie des cornets, etc.); il est des cas où une bronchite s'améliore ou guérit sous l'influence de l'amélioration ou de la cessation de l'affection naso-pharyngée. Puis viennent les *affections chroniques du poumon*, de la plèvre et du médiastin, particulièrement l'emphysème, la phtisie, la pleurésie adhésive chronique, l'adénopathie trachéo-bronchique. Citons aussi les dyspepsies chroniques, particulièrement la *dilatation de l'estomac* qui semble agir par auto-intoxication (Boucharde et Legendre).

Parmi les autres formes de bronchite chronique, la bronchite asthmatique, les bronchites cardiaques, les bronchites albuminuriques offrent quelques caractères spéciaux que nous indiquerons plus loin.

Nous avons discuté déjà la question de l'influence des diathèses sur la bronchite chronique; c'est se leurrer de mots, et d'une manière préjudiciable à la pratique, que d'admettre une bronchite scrofuleuse, une bronchite herpétique, une bronchite arthritique. Non pas qu'on puisse nier la prédisposition de certains sujets au catarrhe chronique. Mais cette prédisposition peut être interprétée de la manière suivante. Elle est acquise ou héréditaire. La prédisposition acquise résulte d'atteintes antérieures de bronchite qui ont affaibli la résistance des éléments de la muqueuse. Quant à la prédisposition héréditaire, on peut la concevoir d'après ce que nous a appris la neurologie sur les affections familiales: dans certaines familles, certains systèmes anatomiques, certains appareils se développent incomplètement ou irrégulièrement et restent toujours plus ou moins débiles. Si c'est la muqueuse des voies respiratoires, la prédisposition aux catarrhes est créée. Il y a des familles de catarrheux comme il y a des familles de dyspeptiques, de dermatopathiques, de myopathiques, de névropathiques.

Symptômes. — C'est habituellement après une série de bronchites aiguës

que l'affection passe à l'état chronique. Quand la bronchite chronique est établie, il est rare que ses signes persistent sans discontinuité; chez le plus grand nombre des malades, ils disparaissent de temps en temps pour réapparaître ensuite; ils présentent des recrudescences, soit pendant l'hiver, soit au printemps, soit à l'automne. Les variations atmosphériques ont une très grande influence sur ces poussées. « La muqueuse bronchique devient un véritable baromètre, ou plutôt une sorte d'hygromètre, sensible à l'humidité et au froid » (C. Paul). Quelques malades ne toussent que pendant l'hiver (rhume d'hiver, toux hivernale) et sont bien portants pendant la belle saison. Souvent la fièvre apparaît au début de ces exacerbations aiguës.

Chez les catarrheux qui sont sujets aux dermatoses (eczéma, lichens, etc.), on observe parfois une alternance entre les manifestations cutanées et les manifestations bronchitiques. N. Guéneau de Mussy s'appuie sur ces faits pour considérer les bronchites chroniques comme des *endermoses*. La vérité est qu'on ne peut donner aujourd'hui aucune explication claire de ces alternances dont l'existence ne peut être contestée.

Les principaux symptômes de la bronchite chronique sont la *toux* et l'*expectoration*. La toux est constante, mais variable d'intensité; elle est plus fréquente la nuit que le jour, et les quintes sont souvent plus fortes au coucher et au lever. Quant à l'expectoration, elle présente des variations sur lesquelles on a fondé une division des bronchites chroniques.

Les *signes physiques* sont ceux de toute bronchite. Le son de percussion est normal, et l'auscultation laisse entendre soit des râles sonores (ronflants ou sibilants) si la sécrétion est rare et visqueuse, soit des râles humides (muqueux, sous-crépittants) si la sécrétion est abondante et fluide. Ces variétés de râles permettront de savoir jusqu'à quelles ramifications bronchiques le processus plegmasique est étendu.

Formes de la bronchite chronique commune. — Laënnec, et la plupart des auteurs après lui, ont distingué diverses formes de bronchite chronique suivant les caractères de l'expectoration. Le catarrhe bronchique est, en effet, sec ou humide, suivant le cas.

Il est impossible d'établir un parallélisme étroit entre la forme sèche ou humide de la bronchite et telle ou telle cause spéciale. Chez un même sujet, la bronchite chronique est tantôt sèche et tantôt humide et, dans ce dernier cas, tantôt muqueuse, tantôt purulente. Il y a ici quelque chose d'analogue à ce que l'on observe chez les eczémateux dont la dermatose est tantôt sèche, tantôt humide, et qui, sur divers points du corps, peuvent présenter en même temps les deux formes. Chez d'autres, le catarrhe est toujours humide; chez d'autres enfin, après avoir été un catarrhe sec, une bronchite sibilante, pendant de longues années, il finit par devenir humide (muqueux ou purulent).

Ceci posé, on peut distinguer les variétés suivantes d'après l'expectoration: 1° la bronchite humide ou muco-purulente vulgaire, type le plus commun; 2° la bronchite sèche; 3° la bronchite séreuse ou catarrhe piteux de Laënnec; 4° la broncho-pyorrhée ou bronchite purulente; 5° la bronchite putride. A ces variétés suivant l'expectoration, nous ajouterons une variété suivant la localisation: 6° la trachéite chronique.

1° *Bronchite muco-purulente vulgaire* (Catarrhe muqueux de Laënnec; bronchite catarrhale chronique de M. Ferrand). Dans cette forme, qui est la plus