

Louis, et ne disparaît qu'à la convalescence. Dans le plus grand nombre des cas, elle est légère, bénigne, et n'est presque jamais une source d'indications thérapeutiques; mais, par sa constance, elle a une très grande valeur pour le diagnostic. Ordinairement, la bronchite de la fièvre typhoïde s'accompagne d'une pneumonie lobulaire légère avec congestion plus ou moins prononcée (splénisation).

Cependant la trachéo-bronchite de la fièvre typhoïde peut présenter une très grande intensité, ce qui paraît dépendre des épidémies. C'est dans ces formes intenses que l'inflammation gagne les parties profondes et peut provoquer des lésions des cartilages (chondrite, périchondrite, nécrose, abcès, etc...); c'est dans ces mêmes formes qu'on peut voir se développer une broncho-pneumonie grave.

M. Billout⁽¹⁾ a décrit, sous l'inspiration de M. Gilbert, une bronchite *initiale intense*; il suppose qu'il s'agit d'une localisation précoce du bacille typhique, d'une *broncho-typhoïde*, ce qui n'est encore qu'une hypothèse. N. Guéneau de Mussy et Millée⁽²⁾ ont décrit les mêmes faits sous le nom de *fièvre typhoïde à début grippal*, admettant que grippe et dothiéntérie peuvent se développer et évoluer de concert chez le même sujet, surtout en temps d'épidémie grippale; quelques sujets, après une fièvre typhoïde, conservent une susceptibilité très grande des bronches; ils contractent des bronchites qui peuvent se compliquer de broncho-pneumonie, laquelle peut être mortelle, ou se terminer par la guérison, ou par la sclérose du poumon, ou par la phtisie pulmonaire⁽³⁾.

Il est probable que les bronchites de la fièvre typhoïde sont, dans le plus grand nombre des cas, des bronchites infectieuses non spécifiques. Si le bacille de la fièvre typhoïde a été trouvé quelquefois dans les poumons et les petites bronches (Chantemesse et Widal, Polguère)⁽⁴⁾, sa présence n'a pas été constatée, que nous sachions, dans la paroi des grosses et moyennes bronches enflammées.

VII

BRONCHITE MALARIENNE

Le paludisme peut-il donner naissance à une *bronchite intermittente*, espèce de fièvre larvée? C'est ce qu'admettent Broussais, Laënnec et d'autres auteurs; c'est ce qu'admet aussi Gintrac qui a bien résumé les travaux antérieurs sur ce sujet. D'après ce dernier auteur, voici ce que l'on peut observer dans les pays à malaria: un paludique a un accès de fièvre avec ses trois stades; le stade de chaleur s'accompagne de toux, d'expectoration et d'oppression considérable; tous ces symptômes disparaissent avec l'accès. Plus récemment, Groeser a cité un paludique qui avait, *tous les matins*, sans fièvre, la rate étant normale, les signes d'une bronchite très intense qui disparaissait le soir⁽⁵⁾. Ces états morbides cèdent à l'usage du sulfate de quinine.

(1) BILLOUT, Bronchite dans la fièvre typhoïde; *Thèse de Paris*, 1890.

(2) MILLÉE, De la fièvre typhoïde à début grippal; *Thèse de Paris*, 1884.

(3) HUTINEL, Convalescence et rechutes de la fièvre typhoïde; *Thèse d'agrég.*, 1885.

(4) POLGUÈRE, Des infections secondaires. Leur localisation pulm. au cours de la fièvre typhoïde et de la pneumonie; *Thèse de Paris*, 1888. — G. BRUNEAU, De la nature des complications broncho-pleuro-pulmonaires de la fièvre typhoïde; *Thèse de Paris*, 1895.

(5) GROESER, *Berliner klin. Woch.*, 6 oct. 1890.

VIII

LES BRONCHITES PSEUDO-MEMBRANEUSES

Remarques générales sur les bronchites pseudo-membraneuses. — Les concrétions pseudo-membraneuses des bronches, reproduisant le moule des ramifications bronchiques, ont été signalées par Hippocrate, Galien, et un très grand nombre d'auteurs anciens. Mais ces polypes des bronches, ainsi qu'on les appelait, apparaissaient comme des raretés, et de plus on les considérait comme caractérisant une seule et même espèce morbide. Sur ce point, la confusion n'a guère commencé à se dissiper que de nos jours.

On a isolé d'abord la *bronchite pseudo-membraneuse diphtérique*. Celle-ci, signalée par Bretonneau et Trousseau, fut étudiée par M. Peter et M. Millard. Malgré la description très nette de ces auteurs, on confondit longtemps encore avec la diphtérie bronchique la bronchite pseudo-membraneuse pneumonique, et la bronchite pseudo-membraneuse chronique. D'autre part, quelques auteurs, en particulier Nonat (1837) et Remak (1845), avaient montré que, dans la pneumonie, il peut y avoir expectoration de moules bronchiques fibrineux. Ce phénomène peut s'observer dans toute pneumonie; mais il s'observe surtout dans la pneumonie *massive* (Grancher). En outre de ces deux ordres de faits, on a vu que l'exsudat de certaines bronchites pouvait, *accidentellement*, devenir pseudo-membraneux. Dans la *variole*, par exemple, l'éruption trachéo-bronchique peut aboutir à la formation d'une couenne. Gubler a vu, dans un cas d'*érysipèle* grave, le malade cracher un polype des bronches dans lequel le microscope décela en abondance le champignon du muguet⁽¹⁾. Mader a observé un cas de pemphigus compliqué de bronchite pseudo-membraneuse et considère celle-ci comme le résultat d'un pemphigus des voies respiratoires.

On a décrit enfin une bronchite pseudo-membraneuse *primitive, essentielle*, n'ayant aucun rapport avec une maladie connue, et présentant une forme aiguë et une forme chronique. Que faut-il penser de cette affection? La réponse est difficile à fournir, à l'heure actuelle. Ni l'histo-chimie ni la bactériologie n'ont encore éclairci la question. L'histo-chimie montre que la bronchite diphtérique et la bronchite pneumonique donnent naissance à des moules fibrineux; elle montre aussi que la bronchite pseudo-membraneuse idiopathique est fibrineuse dans sa forme aiguë; mais pour la forme chronique, celle que P. Lucas-Championnière a bien décrite, l'examen histo-chimique donne des résultats très différents; tantôt l'exsudat est muco-albumineux (Grancher), tantôt fibrineux (Caussade), tantôt graisseux (Model)⁽²⁾. La bactériologie montre qu'une même forme clinique peut être en relation avec des microbes divers.

Caractères généraux des moules bronchiques. — Voici, d'après Remak, les

(1) CANEVA, *Thèse de Paris*, 1852.

(2) GRANCHER, in thèse de P. Lucas-Championnière. De la bronchite pseudo-membr. chronique, 1876, Paris. — CAUSSADE, *Société anatomique*, 1889. — MODEL, Bronchite fibrineuse; *Dissertation inaugurale de Fribourg*, 1890. — REGARD, *Thèse de Berne*, 1887. — ROQUES, Un cas de bronch. pseudo-membr., *Province méd.*, 1890, sept.

caractères généraux des moules bronchiques; ce sont des cylindres ramifiés à limites assez rectilignes et dont les branches dichotomes diminuent progressivement de longueur et d'épaisseur. Le tronc principal est ordinairement plus mince que les premiers rameaux et se termine par une extrémité effilée; aux points de bifurcation, on constate une légère dilatation qui tient probablement à une disposition analogue des ramifications bronchiques. Il y a aussi des dilatations déterminées par l'inclusion de bulles d'air.

Caractères cliniques communs des bronchites pseudo-membraneuses. — Gêne de la respiration, variant en proportion des surfaces envahies; efforts de toux répétés, nécessités par l'expulsion de ces corps étrangers; accroissement de la dyspnée quand les fausses membranes se décollent; crises de suffocation quand elles s'approchent de la glotte pour en franchir l'orifice; finalement, expulsion de cylindres membraneux à divisions dichotomiques de plus en plus ténues, et soulagement très marqué après cette expulsion.

Caractères différentiels des moules bronchiques. — 1° Dans la pneumonie et

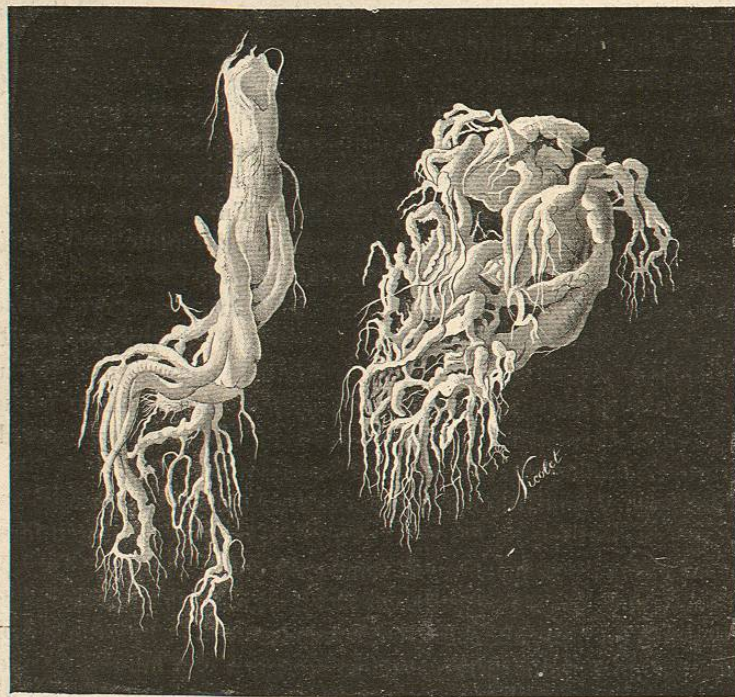


FIG. 5 — Moules bronchiques expectorés par un malade atteint de bronchite pseudo-membraneuse chronique, grandeur naturelle (d'après P. Lucas-Championnière).

dans la bronchite fibrineuse idiopathique aiguë, les moules bronchiques ont une couleur jaune ambré, comme certains caillots agoniques; ils ne sont pas canaliculés, mais offrent des vésicules qui emprisonnent l'air. Au microscope les moules pneumoniques sont constitués surtout par de la fibrine et des leucocytes, ils sont *leucocyto-fibrineux*.

2° Dans la diphtérie bronchique, les moules sont blancs, opaques et souvent canaliculés. Au microscope, ils sont constitués surtout par de la fibrine et des cellules épithéliales dégénérées; ils ont une *structure fibrino-épithéliale*.

3° Dans la bronchite pseudo-membraneuse chronique, les moules sont blancs, transparents, souvent canaliculés; ils sont *mucos-albumineux*, ou *fibrineux*, ou *graisseux*(¹).

Au point de vue clinique, on doit diviser les bronchites pseudo-membraneuses en diphtériques et non diphtériques. Dans le second groupe, on distingue des formes primitives et des formes secondaires, et dans chacune de celles-ci, des formes aiguës et des formes chroniques. Dans l'exposé qui suit, laissant au second plan les formes secondaires, nous étudierons spécialement les formes primitives, aiguës et chroniques.

A. — BRONCHITE DIPHTÉRIQUE (²)

Elle succède presque toujours au croup, plus rarement à l'angine ou au coryza diphtérique. Elle est parfois très précoce et peut s'observer dès le 2^e jour du croup; elle est presque la règle après la trachéotomie. Elle est peu grave par elle-même lorsqu'elle est limitée à la trachée et aux grosses bronches. Elle est presque toujours mortelle, quand elle envahit les dernières ramifications bronchiques; alors elle tue par asphyxie en rétrécissant le champ de l'hématose.

L'expectoration d'un tube membraneux ramifié et creux, semblable à du *macaroni*, est, avant la trachéotomie, le seul signe de cette complication du croup. Après la trachéotomie, on peut la soupçonner quand la respiration reste gênée, que le murmure vésiculaire est obscur, ou qu'on entend, avec le bruit canalaire, un bruit de drapeau ou de soupape dû au décollement des fausses membranes.

Parfois la bronchite diphtérique affecte une marche subaiguë; elle produit alors peu de dyspnée et guérit habituellement; les enfants expectorent de temps à autre des paquets de fausses membranes ramifiées et guérissent au bout de 2 ou 3 semaines (D'Espine et Picot).

Sur le cadavre, on trouve la trachée et les bronches tapissées par une membrane continue, se détachant très facilement (plus facilement que les fausses membranes des régions sus-glottiques), blanchâtre habituellement, quelquefois striée de rouge, ou teintée tout entière en rouge et en noir. Cette membrane est composée de couches concentriques, ce qui démontre sa formation par exsudations successives. Elle peut arriver à oblitérer presque complètement les petits canaux bronchiques; mais elle garde habituellement un petit canal central. Quelquefois la fausse membrane est disposée en îlots plus ou moins confluent, un peu mamelonnés, tranchant par leur couleur blanche avec le fond rouge violet de la muqueuse. La fausse membrane semble se dissoudre avec la putréfaction cadavérique; son existence passée se reconnaît à une sorte de matière semi-liquide qui recouvre la muqueuse (Peter).

Au microscope, l'exsudat est composé de fibrine dont les fibrilles sont disposées en réseau; dans les mailles de ce réseau, on trouve des leucocytes normaux,

(¹) LÉON-PETIT, De la pneumonie massive; *Thèse de Paris*, 1881; et annotation à la traduction française du livre de HUNTER-MACKENSIE: *Le crachat*.

(²) MILLARD, Du croup, *Thèse de Paris*, 1858. — PETER, Bronchite pseudo-membr. dans le croup; *Gaz. hebd.*, 1865, p. 498. — D'ESPINE et PICOT, *Maladies de l'enfance*, 6^e édition, 1899. — SANNÉ, *Traité de la diphtérie*, Paris, 1877. — ARCHAMBAULT, Article CROUP, in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

dégénérés ou gras, des fragments de globules rouges et des cellules épithéliales dégénérées. L'exsudat renferme toujours le bacille de Klebs-Löffler et souvent le streptocoque. Au-dessous de la fausse membrane, la muqueuse trachéo-bronchique présente tous les signes de l'inflammation avec infiltration embryonnaire abondante (1).

Les lésions trachéo-bronchiques dans la diphtérie sont presque constantes ; mais elles ne sont pas toujours diphtériques. On peut observer aussi une bronchite aiguë simple, catarrhale ou purulente, due à une infection secondaire par le streptocoque. C'est surtout lorsque cette bronchite existe, combinée ou non avec la bronchite fibrineuse, que l'on observe la pneumonie lobulaire, laquelle est presque toujours à streptocoques. Cependant M. Darier croit que le bacille de Klebs peut descendre dans les alvéoles pour y causer la pneumonie lobulaire. Mais M. Mosny le nie ; pour lui, la pneumonie lobulaire de la diphtérie est presque toujours à streptocoques (2). MM. Dubreuilh et Auché ont aussi combattu l'opinion de M. Darier ; pour eux, la pneumonie lobulaire, qu'elle soit pseudo-lobulaire ou à noyaux disséminés, est provoquée indifféremment par le streptocoque ou par le pneumocoque (3).

Existe-t-il, comme certains auteurs le supposent, une *diphtérie bronchique primitive*? C'est une question que les documents de l'heure présente ne permettent pas de résoudre. Mais, dans un cas donné de bronchite pseudo-membraneuse primitive, la recherche du bacille diphtérique permettra de l'éclaircir.

Traitement. Voy. Croup.

B. — BRONCHITES PSEUDO-MEMBRANEUSES PRIMITIVES

1. **Forme aiguë.** — La bronchite fibrineuse aiguë (croup bronchique primitif) débute par des signes de bronchite simple ; puis une dyspnée survient qui s'accroît jusqu'à l'asphyxie et cesse brusquement par le rejet des fausses membranes. La même crise se produit tous les jours, tous les deux jours, tous les trois jours. L'affection est parfois mortelle ; elle peut tuer par asphyxie en très peu de temps (5 à 6 jours) ou au bout de quelques semaines par le fait d'infections ou d'intoxications secondaires. Dans d'autres cas, après une durée de quelques jours, elle guérit définitivement.

Dans un cas mortel observé chez un enfant de 11 ans, M. J. Magniaux a isolé dans les fausses membranes un diplobacille de Friedländer très virulent ; il le considère comme l'agent de la maladie (4). M. Dufour dans un cas suivi de guérison, ne put isoler ni le bacille de Klebs ni le pneumocoque (5). MM. Landrieux et Triboulet (6), M. P. Claisse (7) ont trouvé le pneumocoque dans des cas de bronchite pseudo-membraneuse aiguë sans pneumonie. J. Glover (8) et Soko-

(1) Expérimentalement, en irritant la muqueuse bronchique avec l'ammoniaque, Oertel et Charcot ont reproduit une fausse membrane fibrineuse semblable, comme structure, à la membrane diphtérique. (CHARCOT, *Œuvres complètes*, t. V, p. 53.)

(2) DARIER, De la broncho-pneumonie dans la diphtérie, *Thèse de Paris*, 1885. — MOSNY, Etude sur la broncho-pneumonie; *Thèse de Paris*, 1891.

(3) *Société de biologie*, 1891, séance du 28 novembre.

(4) *Thèse de Paris*, 1895.

(5) *Société anatomique*, février 1894, p. 185.

(6) *Journal des Praticiens*, 15 fév. 1896, n° 7, p. 97.

(7) *Société de biologie*, 28 mars 1896.

(8) *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, mai 1896, n° 5, p. 452.

lowski (1) ont rencontré dans l'exsudat des staphylocoques blancs et dorés. M. Griffon y a isolé le streptocoque (2).

La bronchite fibrineuse aiguë a été observée comme complication de la tuberculose, de la rougeole, de la fièvre typhoïde, des lésions du cœur, de l'herpès labial, de la bronchite vulgaire. M. Picchini l'a vue survenir consécutivement à la respiration des gaz d'une fosse d'aisances (3).

Dans la bronchite fibrineuse aiguë, les moules bronchiques ne proviendraient pas toujours d'une exsudation phlegmasique des bronches. Dans quelques cas, il faudrait admettre, avec Frœntzel, que les polypes bronchiques représentent des *concrétions sanguines* ; le sang proviendrait des alvéoles ; l'hémorragie serait suivie d'un dépôt de fibrine sur les parois bronchiques ; cette fibrine se coagulerait et le sang continuerait à s'épancher dans les moules fibrineux ainsi formés. M. Jaccoud a accepté cette origine dans un cas de bronchite pseudo-membraneuse, survenue comme épisode final chez un tuberculeux et qu'il a décrite comme une « broncho-alvéolite fibrineuse hémorragique » ; dans les moules bronchiques, on reconnut la présence du pneumocoque à l'état de pureté (4).

II. **Forme chronique.** — Indiquée par Clarke en 1697, décrite par Valleix et Jaccoud, Thierfelder, Peacock, Lebert, et Biermer, la bronchite pseudo-membraneuse chronique a été bien étudiée par Paul Lucas-Championnière (5).

Anatomie pathologique. — Un peu de rougeur et d'épaississement de la muqueuse bronchique, telles sont les seules lésions que l'on constate à l'œil nu. Les fausses membranes paraissent se développer de préférence à partir des troisième et quatrième subdivisions bronchiques ; mais on peut les rencontrer dans les bronches principales et même jusqu'à la trachée. Elles forment une production arborescente dont les plus fines divisions semblent parfois se prolonger jusque dans les alvéoles pulmonaires.

Les moules bronchiques rejetés peuvent, tantôt être réduits à de très petits fragments, tantôt avoir de 10 à 12 centimètres de longueur. Ils sont formés d'une substance blanchâtre ou rosée, assez souvent disposée par feuillets concentriques. Dans la plupart des cas, ces cylindres sont pleins et ne présentent pas de lumière centrale, sauf quand les fausses membranes se développent dans les grosses bronches. M. le professeur Grancher, qui a fait un examen histochimique de ces pseudo-membranes, arrive à cette conclusion qu'elles diffèrent habituellement des fausses membranes de la diphtérie et qu'elles sont surtout composées de mucus concret et d'albumine coagulée (pseudo-membranes muco-albumineuses). Mais cette composition est loin d'être la règle ; dans presque tous les cas publiés depuis quelques années, c'est la fibrine qui formait les fausses membranes. M. Model a cité un fait où ces moules étaient presque com-

(1) *Deutsches Arch. f. klin. Med.*, 1896, LVI, 5-3, p. 476.

(2) *Société anatomique*, 24 mars 1899.

(3) *Arch. ital. de clin. medica.*, avril 1889.

(4) JACCOUD, *Clinique de la Pitié*, t. II, 1886. — LETELLIER, *Thèse de Bordeaux*, 1887. — SOUQUES ET RAVAUT, Moule bronchique hémorragique. *Soc. méd. des hôp.* 6 avril 1900, p. 440.

(5) PAUL LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, De la bronchite pseudo-membraneuse chronique; *Thèse de Paris*, 1876, n° 55. — Voyez aussi VOITURIEZ, Bronchite fibrineuse primitive. *Journal des Sciences méd. de Lille*, 17 février 1895. — J. BRUHL, Notes sur un cas de bronchite pseudo-membraneuse. *La Médecine moderne*, 11 janvier 1895, p. 26. — P. CLAISSE, Bronchite memb. primitive. *Presse médicale*, 15 mai 1896, n° 59, p. 229. — CHAUFFARD, *Revue internationale de méd. et de chir.*, 25 fév. 1899. — V. GRIFFON, *Société anatomique*, 24 mars 1899. — DEVILLERS et RENON, *La Presse médicale*, 2 déc. 1899.

plètement graisseux; mais dans cette observation, la graisse était peut-être le résultat d'une dégénérescence; en tous cas, il nous semble inutile de la faire provenir, comme cet auteur, d'une sorte de chylorrhée bronchique. On a trouvé quelquefois dans les produits expectorés des cristaux de Charcot-Leyden et des cellules éosinophiles.

Étiologie. — Exceptionnelle dans l'enfance, la bronchite pseudo-membraneuse chronique s'observe surtout chez l'adulte et le vieillard. Elle est plus commune chez l'homme que chez la femme. Dans les antécédents héréditaires, on retrouve la fréquence des affections pulmonaires et l'arthritisme.

La bronchite pseudo-membraneuse chronique se produit souvent au cours d'une bronchite chronique commune, ou dans le cours d'une phtisie pulmonaire.

Dans un cas, M. P. Claisse a pu isoler des fausses membranes un streptocoque peu virulent; dans un autre, M. Griffon a rencontré un pneumocoque également peu virulent; enfin MM. L. Devillers et L. Rénon ont décrit une bronchite membraneuse chronique due à *Aspergillus fumigatus*.

Symptomatologie. — Le mode de début est variable. Dans certains cas, les malades sont atteints d'une bronchite aiguë plus ou moins grave pendant laquelle ils commencent déjà à cracher des fausses membranes; cette expectoration persiste ensuite et la bronchite passe à l'état chronique. D'autres fois, on observe encore au début une bronchite aiguë; mais l'expectoration caractéristique fait défaut; ce n'est que longtemps après cette poussée aiguë qu'elle se produit pour persister ensuite. Il peut arriver aussi que l'affection soit chronique d'emblée. Mais on peut dire que dans la majorité des cas, c'est pendant le cours d'une bronchite plus ou moins ancienne que surviennent les premiers symptômes.

Une fois établie, l'affection procède par accès. Les malades sont pris, à des intervalles variables, d'une dyspnée excessive, avec douleur rétro-sternale, puis d'une toux violente, quelquefois convulsive; ils expulsent d'abord des matières visqueuses filantes, très abondantes, et finalement, après de longs efforts, rejettent des fausses membranes. Celles-ci sont rendues, soit sous forme de fragments isolés, soit sous forme de pelotons enroulés, légèrement teintés de sang, qui ne se développent que lorsqu'on les plonge dans l'eau; d'autres fois ce sont des arbres bronchiques tout entiers. Exceptionnellement, la crise s'accompagne d'une hémoptysie abondante; lorsque l'expulsion des fausses membranes est complète, la dyspnée cesse presque aussitôt, et le calme renaît jusqu'à un nouvel accès. Pendant ces accès, le murmure vésiculaire est affaibli dans certains points. Parfois on perçoit un foyer de râles crépitants limité et pouvant persister pendant des années (Hyde Salter). Dans d'autres cas, on entend un bruit de drapeau qui résulte du décollement partiel d'une fausse membrane. L'accès ne s'accompagne pas de fièvre. Le froid et l'humidité paraissent avoir une grande influence sur la production des crises.

Mais la maladie ne procède pas nécessairement par accès; certains sujets sont dans la situation de malades atteints de bronchite chronique simple, sans oppression vive, toussant un peu, et expectorant de temps à autre des débris membraneux. Tantôt l'état général est très bon, tantôt les accès, en se répétant fréquemment, épuisent le sujet, le rendent cachectique et peuvent entraîner une consommation mortelle. Enfin le tableau des signes locaux et généraux peut être modifié par l'existence de la phtisie pulmonaire. La durée de la

maladie est pour ainsi dire illimitée. Kisch a cité récemment un cas datant de 25 ans⁽¹⁾.

Le pronostic ne diffère pas de celui de la bronchite chronique simple; cependant la bronchite pseudo-membraneuse chronique semble affaiblir plus rapidement l'organisme. Chez les phtisiques, elle hâte la terminaison fatale, surtout lorsque l'expulsion des membranes s'accompagne d'hémoptysies.

Diagnostic. — Le signe caractéristique de l'affection est l'expulsion d'une fausse membrane. Si l'on a le soin d'examiner avec attention les crachats de tous les bronchitiques, les membranes, même pelotonnées ou enveloppées de sang, ne passeront pas inaperçues. L'examen à l'œil nu et au besoin l'examen microscopique permettront de ne pas les confondre avec les débris d'enveloppe d'un kyste hydatique.

En l'absence de l'expectoration de fausses membranes, Andral croit qu'on peut diagnostiquer un polype des bronches si une dyspnée vive survient au cours d'une bronchite simple et si en même temps la respiration cesse d'être entendue dans une certaine étendue du poumon, la percussion continuant de donner un son normal dans le même point. En vérité, si les fausses membranes font défaut dans l'expectoration, il nous semble bien difficile de diagnostiquer la maladie.

L'existence de fausses membranes dans les crachats une fois reconnue, il sera facile de décider s'il s'agit d'une diphtérie, d'une pneumonie ou d'une bronchite chronique.

Traitement. — Le traitement est souvent inefficace: les seuls remèdes dont on puisse attendre quelque chose sont l'iodure de potassium⁽²⁾, le mercure (calomel ou sublimé corrosif) et le goudron. Au moment des crises, pour favoriser le détachement des concrétions bronchiques, on a vanté les inhalations de vapeur d'eau, ou encore les pulvérisations d'eau de chaux, de carbonate de potasse (1 pour 100), de carbonate de soude (1 pour 100), parce que ces substances ont la propriété de dissoudre les matières fibrineuses.

Dans le cas qu'il a relaté, M. P. Claisse a obtenu une amélioration notable par l'emploi du sérum anti-streptococcique de Marmorek.

(1) Wiener med. Press., 1889, n° 55.

(2) HUCHARD, Bronchite membraneuse primitive chronique. Son traitement par l'iodure de potassium. Soc. méd. des hôpitaux, 20 juillet 1895.