

leuse, gangreneuse ou syphilitique, la vomique, muco-purulente (50 à 100 grammes), est matinale et quotidienne.

Les caractères du liquide rejeté varient.

La quantité est tantôt considérable (1 à 5 litres), asphyxiante, dans le grand empyème ou les vastes kystes suppurés; tantôt moyenne (100 à 500 grammes) dans les pleurésies partielles.

Le pus est, soit épais, bien lié, verdâtre (pleurésies purulentes), soit très épais, phlegmoneux (abcès pulmonaire ou ganglionnaire); parfois plus fluide (kyste hydatique en voie de suppuration); soit mêlé de mucus (cavernes), extrêmement fétide (gangrène, dilatation bronchique), souvent mêlé de sang ou de bile, en proportion variable (abcès ou kyste hydatique du foie, fistule calculeuse), rarement d'urine (kyste du rein, hydronéphrose suppurée, abcès péri-néphritique).

Très rarement le liquide est, séro-fibrineux (pleurésie séro-fibrineuse), ou clair, limpide, parfois un peu opalescent (kyste hydatique non suppuré).

Dans le liquide, étalé sur une plaque de verre (sur fond noir), on peut découvrir, suivant les cas, des lambeaux de tissu pulmonaire (gangrène, abcès, gommés du poumon), des particules osseuses (abcès par congestion, abcès costaux), des débris hydatiques (kystes hydatiques), très rarement des poils (kyste dermoïde).

Il faut l'examen histologique pour déceler la présence, parmi les globules de pus, de fibres élastiques, de cellules hépatiques dégénérées (abcès du foie), de cristaux divers, ou de crochets d'hydatides, découvertes utiles au diagnostic causal.

L'examen bactériologique précise, seul souvent, la nature d'une vomique pleurale (pleurésie à pneumocoque le plus souvent; pleurésie purulente tuberculeuse, bien plus rarement).

Expectoration sanglante. — Hémoptysie. — L'hémoptysie est un accident commun à beaucoup de pneumopathies. Le sang est tantôt mêlé à d'autres produits expectorés, tantôt pur et parfois assez abondant pour menacer la vie.

Le sang peut seulement strier des crachats muqueux ou muco-purulents: il en est ainsi au début de la tuberculose, de la pneumonie, de la gangrène pulmonaire; dans certaines bronchites (par efforts de toux), la syphilis, le cancer du larynx et du poumon.

Quand il est intimement mêlé au mucus et au pus, le sang donne aux crachats des teintes variées (rouge brique dans la pneumonie; noir dans l'apoplexie pulmonaire, etc.).

Le sang pur, généralement rouge et spumeux, parfois rendu en masse (500, 800 grammes, 1 litre), s'observe dans la tuberculose (troisième période surtout), la dilatation des bronches et la gangrène pulmonaire.

On doit toujours s'assurer qu'il s'agit bien d'une hémoptysie (sang rouge, spumeux, alcalin, rendu en toussant, renfermant des éléments pulmonaires reconnaissables au microscope), et non d'une hématomèse (sang noir, caillé, souvent acide, mêlé parfois de débris alimentaires), d'une épistaxis ou d'une hémorragie buccale. Le diagnostic étiologique de l'hémoptysie exige un exa-

men clinique complet; il doit en déterminer la nature fluxionnaire, active ou passive; l'origine laryngée, bronchique ou alvéolaire de l'hémorragie.

La découverte, dans les crachats sanglants, de fragments pulmonaires, néoplasiques, hydatiques, peut fournir des données précieuses.

L'examen microscopique permet de déceler dans les crachats, comme indice d'une hémoptysie récente, des cristaux d'hématoïdine (rhomboïdes ou en aiguilles), ainsi que des cellules pulmonaires ou des leucocytes infiltrés de pigments hématisés (cellules cardiaques).

Dans bien des cas, l'examen bactériologique permet seul d'affirmer l'origine tuberculeuse de l'hémoptysie.

CHAPITRE VI

SÉMIOLOGIE SPÉCIALE DES BRONCHES ET DU POU MON

I. — TRACHÉO-BRONCHITES

En général, la bronchite débute par la trachée et les grosses bronches auxquelles elle peut rester limitée (vulgairement : *rhume de poitrine*), à moins qu'elle ne gagne plus ou moins rapidement les petites bronches.

Un coryza intense avec sécrétion claire, puis jaune verdâtre, ouvre habituellement la scène; il y a, en même temps, rougeur du pharynx avec légère dysphagie, et bientôt, toux quinteuse et raucité de la voix, cuisson rétro-sternale et phonation douloureuse. D'abord sèche, la toux n'expulse que des mucosités claires et filantes; l'auscultation fait entendre, entre les épaules surtout, des râles sibilants et ronflants. On constate en même temps un léger train de fièvre, avec état saburral. Après deux à trois jours, la toux, moins pénible, plus bruyante, plus grasse, donne issue à des crachats muco-purulents (phase de coction); l'auscultation révèle des râles muqueux et sibilants disséminés; le malaise, la fièvre ont disparu. En une huitaine, tout est terminé. Il est des formes abortives qui ne vont pas jusqu'au catarrhe; des formes catarrhales avec expectoration abondante et tendance à la chronicité, chez les prédisposés.

Généralement bénigne, la trachéo-bronchite ne mérite l'attention que par sa tendance à envahir les fines bronches et à se compliquer de broncho-pneumonie; tendance plus marquée chez les enfants et les vieillards, les diabétiques et les grippés. Elle favorise la diffusion des lésions chez les tuberculeux.

Le diagnostic est aisé; toute trachéo-bronchite qui n'a pas débuté par un coryza, une pharyngite ou une laryngite doit être suspecte et rattachée à une infection primitive qu'il reste à préciser: grippe, rougeole, coqueluche, fièvre typhoïde, etc. Tel est le seul point important du diagnostic.

II. — BRONCHITE CAPILLAIRE

L'exsudation inflammatoire, lorsqu'elle gagne les bronches de petit calibre, les oblitère, réduisant le champ de l'hématose, en raison du nombre de rameaux atteints; d'où phénomènes d'asphyxie plus ou moins marqués. En outre, les agents pathogènes de la bronchite engendrent, en se multipliant, des toxines dont la résorption est l'origine d'une *toxémie* plus ou moins marquée que traduit un syndrome plus ou moins grave suivant les cas (Claisse).

Forme catarrhale. — A la suite d'un rhume banal, la respiration devient plus fréquente et laborieuse, une fièvre modérée (moins de 59 degrés) s'allume, on constate çà et là des bouffées de sous-crépitations fins; mais bientôt tout peut se réparer.

Chez l'enfant, l'asphyxie peut résulter de l'étendue des lésions. D'abord assis sur son lit, angoissé et cyanosé, le petit malade, les narines battantes, appelle à son aide les muscles respirateurs accessoires; il lutte énergiquement jusqu'à ce que, épuisé, il tombe dans le coma. L'auscultation constate des foyers de râles nombreux et fins, mêlés à des zones de silence respiratoire plus ou moins complet par obstruction bronchique. Cette forme catarrhale grave (catarrhe suffocant) peut évoluer sans hyperthermie marquée. La tachycardie et l'arythmie, les pauses respiratoires, sont les signes précurseurs de la fin.

Forme toxique (Claisse). — Elle succède à la forme catarrhale ou, d'emblée, à un stade trachéo-bronchique très passager, particulièrement au cours de la rougeole ou de la coqueluche et dans certaines épidémies de grippe. L'hyperthermie (59°-40°) et la prostration frappent d'abord. La respiration est superficielle, irrégulière; la toux est sèche, rare. L'auscultation ne révèle que quelques râles sibilants ou sous-crépitations disséminés et du souffle bronchique. Il faut noter surtout l'*embryocardie* et le *faciès*: pâleur mate plaquée de rouge ou de violet, yeux caves et cernés, cornées ternes, pupilles rétrécies. Il y a parfois du subdélire ou des signes méningitiques. La toxémie peut encore se traduire par des exanthèmes multiformes: purpura, papules au pli du coude, à l'avant-bras et à la face interne des cuisses. Pendant plusieurs jours, la température atteint 40°, 41° le soir, tombant le matin à 38° ou 39°; dans les cas mortels, elle reste surélevée jusqu'au bout; elle descend progressivement dans les cas favorables. Les cas suraigus tuent en 2 jours; la plupart durent 5 jours environ.

Diagnostic. — Habituellement, on pose le diagnostic sur les bruits variés et multiples que l'on entend en des zones circonscrites. La trachéo-bronchite peut, en éveillant des spasmes laryngés, entraîner une dyspnée capable d'en imposer, avant l'auscultation. On saura dépister les foyers de broncho-pneumonie, révélés par la submatité du souffle et des vibrations exagérées. La gravité de l'état général peut, dans les formes toxiques, égarer le diagnostic (méningite, etc.), surtout aux âges extrêmes. En cas de bronchite partielle,

plus souvent subaiguë ou chronique, on s'efforcera, par l'examen des crachats (extraits de l'estomac chez l'enfant) de découvrir la cause (tuberculose, syphilis ou cancer).

III. — BRONCHITE CHRONIQUE

Elle succède le plus souvent à des poussées répétées de bronchite aiguë; l'expectoration est tantôt abondante, le matin surtout, muco-purulente (catarrhe chronique), causant de la dyspnée, chez les vieillards débiles, quand l'expulsion en est imparfaite; tantôt rare (catarrhe sec) accompagnée de toux quinteuse. Les signes d'auscultation varient avec la quantité de la sécrétion bronchique.

Trainant parfois des années, la bronchite chronique s'exaspère l'hiver et se suspend l'été, toujours sujette à des poussées aiguës graves, et retentissant à la longue sur le cœur droit, qui finalement se laisse dilater.

Les sécrétions qui stagnent dans les bronches sont exposées à être envahies par les germes putrides et saprogènes qui communiquent aux crachats une fétidité plus ou moins marquée, tantôt très fugace, sans changement de leur aspect, tantôt durable, avec expectoration plus fluide, grisâtre, à odeur gangreneuse (*bronchite fétide, gangrène des extrémités bronchiques*) et troubles généraux plus ou moins sévères: fièvre, teint plombé, diarrhée, vomissements, amaigrissement. Ces sécrétions sont riches en espèces diverses: *pyogènes vulgaires, colibacilles, leptothrix pulmonalis, actinomyces, oïdium albicans*, etc.

Divers états constitutionnels créent des formes spécialisées de la bronchite chronique.

Diabète. — Les diabétiques sont sujets à la bronchite chronique; elle peut masquer une tuberculose latente dénoncée par l'examen des crachats, et se complique aisément de broncho-pneumonie grave ou de gangrène pulmonaire.

Mal de Bright. — La bronchite est commune chez les brightiques; mais moins que les crises d'asthme urémique et d'œdème pulmonaire, processus qui n'intéressent qu'indirectement les bronches.

Arthritiques, goutteux. — Les goutteux sont sujets à des poussées congestives sur les poumons, avec expectoration claire et fluide, et au catarrhe chronique des bronches. L'*arthritisme* favorise aussi la bronchite chronique avec emphysème, plus ou moins compliquée de poussées fluxionnaires apyrétiques. Le cœur droit se dilate tôt ou tard.

Diagnostic. — La bronchite doit être distinguée de la *bronchorrhée* des arthritiques, des goutteux et des brightiques, caractérisée par une expectoration claire, séreuse, spumeuse, parfois sanguinolente, apparaissant par crises capricieuses, sans fièvre.

On s'assurera que la bronchite ne masque pas une lésion locale spécifique: tuberculose, syphilis, cancer, elle est souvent alors unilatérale; une lésion cardiaque (bronchite des bases) ou rénale (mal de Bright); une auto-intoxication (diabète, goutte), ou une lésion nasale chronique (végétations adénoïdes).

IV. — ECTASIE BRONCHIQUE

Les dilatations bronchiques n'attirent l'attention par des signes d'auscultation propres et une *expectoration spéciale* que lorsqu'elles atteignent certaines dimensions. Le sujet expectore alors, à intervalles variables, surtout le matin, en un temps, soit sans effort, soit après une quinte, 100 à 200 grammes d'un liquide muqueux ou puriforme, parfois d'odeur fade ou putride. Sa quantité peut atteindre 500 grammes en vingt-quatre heures. Après repos dans un verre, le liquide forme trois couches : une superficielle, spumeuse, grisâtre (graisse libre, cellules épithéliales dégénérées, granulations protéiques); une moyenne, de mucosités filantes; une inférieure, purulente. On y décèle : des *pyogènes* vulgaires; parfois des *saprogènes*, le *subtilis*, le *tétragène*, le *colibacille*, des *anaérobies* et des *champignons* : leptothrix, aspergillus, etc. On recherchera toujours le bacille tuberculeux.

Il arrive que le liquide devienne sanguinolent; de graves hémoptysies s'observent même, soit par rupture de petits anévrismes de la paroi (Sottas), soit par tuberculose concomitante.

Les dilatations entourées de parenchyme sain, ou pleines de liquide, ne se révèlent par aucun signe physique. Les *signes cavitaires* sont propres aux grandes ectasies entourées de sclérose. La paroi thoracique voisine est plus ou moins rétractée; la *percussion* y constate de la matité ou de la submatité, le son cavitaire ou le bruit de pot fêlé. L'*auscultation* y perçoit : un souffle tubaire ou cavitaire; des râles caverneux ou du gargouillement, au milieu de râles muqueux ou sibilants; de la bronchophonie, de la pectoriloquie ou la voix caverneuse. Ces signes sont surtout marqués après évacuation du contenu bronchique.

Ces lésions épargnent longtemps la santé générale, n'entraînant qu'un peu de dyspnée, si elles sont étendues. Elles demeurent stationnaires des années et, exceptionnellement, guérissent par transformation kystique ou crétacée. Cependant, de graves complications sont toujours imminentes : sclérose pulmonaire généralisée, dilatation du cœur droit et asystolie; infection secondaire, favorisée par une évacuation insuffisante des cavités, se traduisant soit localement, par la broncho-pneumonie, l'abcès ou la gangrène pulmonaire avec leurs signes habituels (hyperthermie, crachats fétides, dyspnée, langue sèche), soit sur l'état général, par des signes d'hecticité et d'infection putride (sueurs, cachexie, diarrhée), ou de pyohémie avec abcès métastatiques du foie, du cerveau, etc. Ce syndrome ne s'observe guère que chez l'adulte. Dans l'enfance, l'absence de sclérose pulmonaire fait de la dilatation des bronches, à moins de tuberculose associée, un épisode passager et curable des convalescences de la coqueluche, de la rougeole ou de la broncho-pneumonie.

Diagnostic. — On songera à la dilatation des bronches chez tout sujet bien portant présentant une expectoration abondante et des signes cavitaires. En l'absence de signes physiques, l'expectoration en vomique peut suffire au diagnostic. Peuvent prêter à confusion : le *pyothorax partiel*, surtout inter-

lobaire (vomique brusque, succédant à une période infectieuse aiguë); et la *caverne tuberculeuse*, aboutissant d'un processus chronique coupé de troubles laryngés, de poussées congestives et fébriles et d'hémoptysies; accompagnée d'expectoration nummulaire et de cachexie, siégeant presque toujours au sommet du poumon (l'ectasie bronchique parfois aussi) et associée habituellement à des lésions d'induration ou de ramollissement du sommet opposé. La *dilatation bronchique infectée* avec fièvre et troubles généraux prête davantage à erreur et ne diffère de la caverne tuberculeuse que par l'absence de bacilles dans les crachats; encore la tuberculose peut-elle quelquefois coexister avec l'ectasie bronchique. Les *cavernes syphilitiques* (autres lésions spécifiques); celles de l'*actinomyose* (grains jaunes), de l'*aspergillose* prêtent à des discussions analogues.

V. — RÉTRÉCISSEMENTS DE LA TRACHÉE ET DES BRONCHES

Les rétrécissements trachéo-bronchiques sont surtout imputables soit à la cicatrisation de lésions ulcéreuses syphilitiques, parfois tuberculeuses, soit à la présence de néoplasies, bénignes (papillomes, fibromes) ou malignes (sarcomes, épithéliomes).

La lésion passe inaperçue tant qu'elle ne gêne pas sérieusement la respiration que le malade accélère pour compenser la sténose. Bientôt apparaît le *cornage*, bruit rude, entendu aux deux temps de la respiration, surtout à l'inspiration, parfois à distance, persistant, contrairement au ronflement, quand on pince le nez du sujet, et, ne comportant pas, comme la dyspnée laryngée, de troubles vocaux. En même temps, se montre le *tirage* ou dépression inspiratoire des parties molles du thorax (sus-sternales, épigastriques et intercostales), par inégalité entre les pressions atmosphérique et intra-thoracique. A l'auscultation, on constate du côté que commande le rétrécissement, des signes d'emphysème et la diminution ou l'abolition du murmure vésiculaire. Peu à peu s'installent des signes d'asphyxie continue (cyanose des lèvres et des extrémités) encore exagérés par moments en des crises dyspnéiques quelquefois mortelles. En cas de sténose cicatricielle, la marche est très lente, l'état peut rester indéfiniment stationnaire. Les tumeurs malignes entraînent une évolution progressive et rapide, aboutissant à la mort avant la phase cachectique.

Le cornage et le tirage avec respiration réduite, indiquent toujours une obstruction des bronches; mais on doit s'assurer qu'il ne s'agit ni d'*embâcle bronchique* (corps étranger, provoquant une dyspnée variable avec les attitudes et suspendue par le sommeil; lithiase ou fausses membranes bronchiques), ni de *compression* (adénopathies du médiastin ou anévrisme aortique). Le *siège* de la sténose peut être précisé approximativement : sur la trachée, par le palper; sur les bronches par l'auscultation comparée des deux poumons. La *cause* du rétrécissement sera déduite des commémoratifs et des signes concomitants. Le diagnostic de certains cas pourrait même bénéficier de la trachéo-bronchoscopie directe (Lermayez et Guisez)⁽¹⁾.

(1) *Presse médicale*, 25-26 décembre 1905.

VI. — LITHIASE BRONCHIQUE

Les pierres du poumon (Poulalion) sont tantôt *intra-parenchymateuses*, par simple infiltration calcaire, chondrification ou ossification véritable, se produisant d'habitude au niveau d'une lésion ancienne; tantôt *intra-cavitaires*, c'est-à-dire situées dans les bronches, dans une caverne, ou autour d'un corps étranger, provoquant dans ce cas seulement des accidents. Leur expulsion quelquefois très simple est ailleurs précédée de phénomènes pénibles: *coliques pulmonaires*, douleur rétro-sternale, toux déchirante pouvant durer plusieurs heures. Le soulagement suit immédiatement l'expulsion. Les mouvements du calcul peuvent entraîner des *hémoptysies* parfois graves, des infections secondaires (fièvre, broncho-pneumonie), des accidents chroniques de *phtisie calculeuse*: toux, expectoration purulente, amaigrissement, poussées congestives, râles muqueux, dont la distinction avec la tuberculose n'est parfois possible que grâce à l'expulsion de calculs, ou à l'examen des crachats qui démontre l'absence de bacilles; à moins d'association des deux processus.

VII. — BRONCHITES PSEUDO-MEMBRANEUSES

Certaines bronchites déterminent un exsudat pseudo-membraneux, rejeté sous forme de cylindres ramifiés, à branches dichotomes, de longueur et de calibre progressivement décroissants, à extrémités effilées, véritables *moules bronchiques*, tantôt *fibrineux*, au cours de la diphtérie ou de la pneumonie; tantôt *mucos-albumineux* dans la bronchite pseudo-membraneuse essentielle. La présence de ces exsudats cause une dyspnée proportionnée à leur étendue et accrue par leur décollement; suffocante, quand poussés par des efforts de toux expulsive, ils approchent de la glotte. Jaune ambré et non canaliculés dans la pneumonie (leucocyto-fibrineux), ces moules sont: blanc opaque et souvent canaliculés dans la diphtérie bronchique (fibrino-épithéliaux); blanc transparent et souvent aussi tubulés dans la bronchite pseudo-membraneuse chronique (mucos-albumineux, fibrineux ou graisseux).

Bronchite diphtérique. — C'est une complication commune et grave, de la diphtérie nasale, laryngée ou pharyngée, favorisée par la trachéotomie, entraînant presque toujours une asphyxie mortelle quand elle atteint les petites bronches. Avant la trachéotomie, l'expulsion de tubes membraneux ramifiés la signalent; après, on la soupçonne à la persistance de la dyspnée, à l'obscurité du murmure vésiculaire ou au bruit de drapeau. Certaines formes subaiguës donnent lieu, durant deux à trois semaines, au rejet de paquets pseudo-membraneux. Le microscope reconnaît la présence dans l'exsudat fibrineux, de leucocytes, de cellules épithéliales, d'hématies et aussi de bacilles diphtériques.

Bronchites à pneumocoques. — La plus commune, cette forme complique la pneumonie, surtout massive. Tantôt microscopiques, tantôt visibles à l'œil

nu, les moules bronchiques sont jaune ambré, non canaliculés, coupés de vésicules remplies d'air, formés de fibrine, de leucocytes et de pneumocoques. Une bronchite à pneumocoques, fibrineuse ou purulente, complique plus rarement la tuberculose ou les bronchites chroniques.

Bronchite pseudo-membraneuse chronique. — Cette forme représente un épiphénomène de diverses bronchites chroniques ou de la phtisie. Rejetés, soit en très menus fragments, soit en filaments longs de 10 à 12 centimètres, les moules bronchiques sont formés d'une substance blanchâtre ou rosée, souvent stratifiée, tubulée dans les grosses bronches seulement, habituellement constituée par du mucus concret et de l'albumine; plus rarement par de la fibrine ou de la graisse. Quoique aigu dans quelques cas, le début est bien plus souvent graduel, au cours d'une bronchite chronique. De temps en temps éclatent des *crises* de violente dyspnée avec toux quinteuse et douleur rétro-sternale aboutissant au rejet d'abord de matières filantes en abondance, puis, après de longs efforts, de fausses membranes soit isolées, soit en pelotons enroulés, soit par arbres bronchiques entiers, un peu teintés de sang, plus typiques une fois plongées dans l'eau. On constate à l'auscultation: des zones de silence respiratoire relatif, des foyers de râles crépitants, parfois le *bruit de drapeau*. Exceptionnellement, des hémoptysies accompagnent le rejet des moules bronchiques. Généralement apyrétiques, ces crises sont toujours suivies d'une franche rémission dans la dyspnée qui reparait ensuite peu à peu. On observe aussi des formes non paroxystiques se traduisant par des signes de bronchite chronique simple, sans grande oppression, avec, par moments, rejet de débris membraneux. La *durée* peut être très longue (vingt-cinq ans). L'état général, tantôt reste bon, tantôt s'altère avec la répétition des accès qui crée une cachexie spéciale. Le diagnostic est uniquement basé sur la présence de moules membraneux dans les crachats qui n'échappera pas à un examen soigneux.

VIII. — BRONCHO-PNEUMONIE

Signes étiologiques. — La broncho-pneumonie ou pneumonie lobulaire est constamment la complication d'une bronchite, spécialement d'une bronchite capillaire ou infectieuse, souvent secondaire elle-même à une maladie générale: rougeole, coqueluche, grippe, diphtérie, fièvre typhoïde, érysipèle, etc., et provoquée, soit par les germes propres de celle-ci, soit par des agents d'infection secondaire (streptocoques et pneumocoques surtout).

Signes cliniques. — Le tableau clinique est très variable; on peut distinguer: une *forme commune* et des *formes spécialisées*.

Forme commune. — Au cours de la rougeole, de la diphtérie, de la coqueluche, toute ascension thermique accompagnée de toux sèche, fréquente, douloureuse, fera songer à la broncho-pneumonie. La toux, la dyspnée, l'agitation s'installent peu à peu, précédant de trois ou quatre jours les signes d'auscultation. Le signe capital est la *dyspnée*, surtout inspiratoire; traduite par: les battements des ailes du nez, l'accélération des mouvements respiratoires, la

cyanose de la face, l'attitude de l'enfant penché en avant et arc-bouté sur les bras. La *toux*, souvent quinteuse, est brève, pénible, incessante. L'*expectoration*, muqueuse ou muco-purulente, n'est visible que chez l'adulte. L'épigastre, les hypocondres sont souvent endoloris.

Sans rapport avec la dyspnée, les *signes physiques* propres consistant en : râles sous-crépitants fins, puis crépitants, souffle localisé, bronchophonie, généralement bilatéraux, surtout à la base, sont *fugaces, mobiles et variables*. On perçoit, dans le reste du thorax, des signes de bronchite (râles sibilants), d'emphysème (expiration prolongée sifflante) ou d'atélectasie (obscurité respiratoire). Sauf dans les formes pseudo-lobaires, la matité et l'exagération des vibrations thoraciques sont peu constatables. Très irrégulière, la *fièvre*, influencée par les poussées congestives, oscille entre 38°,5; 39,5 et 40°. Le *pouls* est très accéléré, faible et dépressible. L'insomnie, l'agitation et le délire sont constants, les convulsions fréquentes; la fin est souvent précédée d'une phase de somnolence et de torpeur. L'anorexie est absolue, la soif vive, la constipation habituelle; les urines sont rares et foncées.

Formes. — On peut distinguer : une *forme à noyaux disséminés*, la *bronchite capillaire* et la *forme pseudo-lobaire*.

Broncho-pneumonie à noyaux disséminés. — Elle répond assez bien au tableau de la forme commune : début insidieux, évolution par poussées successives, par foyers disséminés, mobiles, dont chacun évolue pour sa part; marche irrégulière, durée moyenne : 2 à 5 semaines, parfois un mois.

Bronchite capillaire. — Appelée aussi *catarrhe suffocant*, elle consiste en une inflammation diffuse des bronches capillaires, respectant relativement les lobules, et est caractérisée cliniquement par une dyspnée extrême avec hyperthermie à début brusque, par une évolution rapide et progressive aboutissant presque fatalement à l'asphyxie mortelle du 5^e au 12^e jour, parfois du 2^e au 3^e.

Une bronchite capillaire moins généralisée, avec hépatisation des lobules répondant aux bronches atteintes, constitue la *broncho-pneumonie à noyaux confluents*. Aux râles sous-crépitants fins s'ajoute bientôt le souffle; l'asphyxie, moins rapide, permet à l'hépatisation de s'effectuer.

Forme pseudo-lobaire. — Ici, les lésions, moins diffuses, sont condensées en un point. Habituellement secondaire, cette forme est plus commune chez l'enfant. Le début est plus brusque; les râles crépitants, puis la matité, le souffle tubaire, la bronchophonie, rarement unilatéraux, sont plus francs. L'asphyxie, la toxi-infection sont moindres; la guérison est moins rare, mais lente.

Évolution. — La broncho-pneumonie suit une marche très capricieuse. La *forme lobulaire disséminée* subaiguë procède par poussées successives séparées par des rémissions; elle dure 2 à 5 semaines. L'asphyxie domine dans la *bronchite capillaire*, à début plus soudain, évoluant plus rapidement en 5 ou 6 jours, pouvant même tuer en 2 jours. La *forme pseudo-lobaire*, à marche progressive, dure 10 à 15 jours et est assez sujette aux rechutes.

L'*emphysème*, l'*atélectasie* surtout, jouent un grand rôle dans les signes

asphyxiques (dyspnée, cyanose, fièvre modérée, coma) qui prédominent dans l'enfance et la vieillesse; tandis que la toxi-infection (hyperthermie, agitation, délire) l'emporte chez l'adulte. On rencontre aussi des *formes frustes* et des *formes latentes*, sujettes à des aggravations inopinées.

Terminaisons. — Quand survient la mort (fréquente) elle résulte soit de l'*asphyxie* (enfants surtout), soit de la *toxi-infection* (adultes). La dyspnée est du reste tantôt *mécanique* avec cyanose, tantôt *toxique* (hyperthermie, délire). La guérison, quand elle se produit, est lente, laborieuse, différée par des rechutes; les signes physiques persistent plus ou moins longtemps. Les lésions peuvent aussi devenir chroniques, aboutissant à la carnisation, à la sclérose lobulaire avec dilatation des bronches.

Complications. — La broncho-pneumonie peut se compliquer : de *pleurésie séro-fibrineuse* ou *purulente*; assez rarement (dans la rougeole), de *gangrène pulmonaire*, toujours mortelle, ordinairement latente chez l'enfant; de *abcès du poumon*, petits, consécutifs aux broncho-pneumonies morbilleuses; de *pyo-pneumothorax* résultant, par exception, de ces dernières complications. Très rarement, la rupture d'une vésicule d'emphysème provoque un *pneumothorax simple*, toujours rapidement mortel. Chez l'adulte, des *hémorragies* pulmonaires moyennes se traduisent, dans la forme pseudo-lobaire surtout, par une expectoration sanguinolente, rouillée. Chez l'enfant, les *convulsions*, qui parfois compliquent la broncho-pneumonie, ressortissent à une localisation méningée de l'infection. L'*adénopathie trachéo-bronchique*, la *tuberculose pulmonaire* sont des complications tardives de la maladie, la dernière assez commune chez les prédisposés.

Diagnostic. — Les signes physiques, les seuls certains, peuvent être très effacés aux âges extrêmes de la vie. La rougeole peut pâlir, les quintes de coqueluche peuvent s'interrompre, à l'apparition d'une broncho-pneumonie. La distinction est surtout délicate avec les diverses formes de congestion pulmonaire; la congestion est du reste toujours plus ou moins associée à la broncho-pneumonie, et la difficulté est d'en faire la part, d'après la mobilité des signes. Le diagnostic entre la pneumonie franche et la forme pseudo-lobaire est aisé; la première, plus nettement unilatérale, ne comporte pas de bronchite. La tuberculose à forme de phtisie galopante ressemble souvent beaucoup à certaines broncho-pneumonies trainantes; l'examen des crachats peut seul décider dans ces cas.

IX. — COQUELUCHE

La coqueluche est une trachéo-bronchite spécifique, contagieuse avec toux quinteuse caractéristique.

L'*incubation* dure 8 à 9 jours. La *phase, catarrhale* qui simule une simple bronchite, dure 8 à 15 jours et se traduit quelquefois par de la laryngite striduleuse. La *période d'état* ou *spasmodique* débute avec la 1^{re} quinte.

La *quinte* consiste dans la succession rapide de 5, 10, 15 ou 20 secousses