

syphilitiques, des athrepsiques, des diarrhéiques, des enfants mal nourris, mal logés, mal tenus, ou bien elle succède à une maladie aiguë. Parmi les maladies aiguës qui exposent à la broncho-pneumonie, il faut mettre en première ligne celles qui attaquent les bronches, qui se localisent sur l'appareil respiratoire : rougeole, coqueluche, diphtérie laryngée, grippe. La scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde comptent beaucoup plus rarement la broncho-pneumonie au nombre de leurs complications.

C'est surtout à l'hôpital, sur les agglomérations d'enfants malades, que sévit la broncho-pneumonie. Les salles de rougeole, de coqueluche, de diphtérie, quand elles sont encombrées, quand on ne prend pas le soin d'isoler les enfants atteints d'infections secondaires, sont ravagées par la broncho-pneumonie. C'est qu'en effet la maladie, quoique banale, quoique produite par des microbes que nous portons tous en nous, peut acquérir le caractère contagieux; à l'auto-infection vient s'ajouter l'hétéro-infection, pour décupler la force de propagation de la broncho-pneumonie.

Les maladies du tube digestif, la diarrhée, la gastro-entérite des nourrissons, le choléra infantile s'accompagnent très fréquemment de broncho-pneumonie, et, depuis les recherches de Sevestre, on admet généralement l'origine intestinale de certaines broncho-pneumonies. Cependant, le Dr Glenie, dans une étude critique sur la broncho-pneumonie d'origine intestinale, dit que cette forme ne se distingue ni par ses lésions, ni par son évolution, des broncho-pneumonies banales mono ou polymicrobiennes. Faut-il admettre son *origine sanguine* et repousser l'*origine inhalatoire* qui est la plus commune? L'auteur ne le pense pas.

Mais si la broncho-pneumonie est habituellement secondaire, il est des cas, relativement assez nombreux, où elle n'a été précédée d'aucune maladie sérieuse. Elle succède à un refroidissement, à un coryza, à un simple rhume, à une laryngite aiguë, à une bronchite simple. On peut donc, dans ces circonstances, la considérer comme primitive. Cette variété ne s'observe guère que chez les enfants très jeunes, âgés de quelques mois à un an. Elle est rare après un an et exceptionnelle après deux ans.

J'ai vu bien souvent de petits enfants à la mamelle être pris de broncho-pneumonie après un simple rhume. Plus l'enfant est jeune, plus il faut redouter la marche descendante de la rhinite aiguë, de la laryngite, de la trachéo-bronchite, même quand elles dépendent d'un simple refroidissement.

Ces broncho-pneumonies primitives sont d'ailleurs moins graves et moins virulentes que les formes secondaires et elles semblent moins portées à se diffuser par contagion. En elles-mêmes elles sont bénignes, toute la gravité provient du jeune âge des sujets.

Le rôle du froid, des poussières, des corps étrangers, ne se révèle pas seulement dans les broncho-pneumonies primitives; il peut agir dans les formes secondaires. Un enfant atteint de rougeole, de coqueluche, de diphtérie, devra être préservé avec soin de tout refroidissement, soit pendant la phase aiguë, soit au moment de la convalescence. Après le tubage et la trachéotomie, les précautions que nous indiquerons plus loin sont de rigueur pour empêcher l'accès d'un air froid dans les bronches, ou la chute

de corps étrangers, de parcelles alimentaires, capables d'irriter et d'infecter l'appareil respiratoire.

Je n'insisterai pas sur la *tuberculose* comme cause de broncho-pneumonie, cette question se trouvant traitée ailleurs.

**Symptômes.** — Les allures cliniques de la broncho-pneumonie sont si variables qu'il est très difficile d'en présenter un tableau d'ensemble, s'appliquant à la généralité des cas. Il y a presque autant de modalités cliniques que de malades, et la meilleure description nosologique ne saurait remplacer l'examen direct et personnel des sujets atteints. Cela dit, nous allons passer en revue les principaux symptômes, et nous chercherons ensuite à dégager quelques types parmi les plus saisissants.

Avant d'entrer dans la description analytique d'une symptomatologie des plus touffues et des plus obscures, nous chercherons à préciser le début, à saisir les premiers effets de l'infection broncho-pulmonaire. Ces premiers effets, ces premières réactions de l'organisme infantile, ne sont pas toujours frappants, nettement dessinés. On verra plus loin qu'ils peuvent être cachés, latents, à tel point que rien n'attire l'attention du médecin non prévenu sur l'appareil respiratoire.

La broncho-pneumonie n'est pas aussi nettement cyclique, il s'en faut, que la pneumonie. Rien de régulier, d'uniforme, d'invariable, dans son invasion, dans sa marche, dans sa durée, dans sa terminaison. L'invasion brutale est exceptionnelle comme la défervescence brusque.

En réalité, le début de la broncho-pneumonie est très difficile à saisir; il est insidieux ou masqué par les symptômes de la maladie primitive (rougeole, coqueluche, diphtérie, grippe, etc.) dont la broncho-pneumonie n'est qu'une complication. On peut d'ailleurs distinguer plusieurs modes d'invasion.

Si la maladie est primitive, c'est-à-dire précédée d'une manifestation banale des premières voies respiratoires, on constate, après quelques jours de coryza ou de rhume simple, sans gravité, sans fièvre notable, sans oppression, sans toux excessive, des symptômes inquiétants qui dénoncent l'entrée en scène de la broncho-alvéolite infectieuse. L'enfant, jusqu'alors gai, actif, plein de vie, perd tout à coup son entrain, sa joie, son agilité: il devient triste, refuse de marcher ou de quitter le lit, il est faible, abattu. En même temps sa respiration est accélérée, les ailes du nez battent avec précipitation, le pouls devient rapide, la température s'élève (39°, 39°,5, 40°). En présence de cette aggravation soudaine, il faut songer à la broncho-pneumonie et ausculter l'enfant avec soin.

A ce début, en somme assez bruyant, de la broncho-pneumonie primitive ou succédant à une bronchite simple, on peut opposer le début absolument insidieux et latent de la broncho-pneumonie secondaire des petits enfants cachectiques, athrepsiques, hérédo-syphilitiques, etc., qui peuplent les crèches des hôpitaux et les asiles d'Enfants-Trouvés. Dans la plupart des cas aucun symptôme n'accuse la complication pulmonaire; on ne saisit ni toux, ni dyspnée, ni fièvre même. La maladie ne se révèle qu'à l'autopsie sous forme de foyers plus ou moins étendus de splénisation, d'état foetal, avec suppuration bronchique.

Entre ces deux modes d'invasion, l'un bruyant, l'autre latent, se place le début habituel des broncho-pneumonies secondaires des maladies infectieuses spécifiques (rougeole, coqueluche, diphtérie, etc.).

Dans la rougeole, la broncho-pneumonie survient d'ordinaire après l'éruption, au moment de la défervescence, quelquefois après plusieurs jours d'apyrexie. Mais il n'en est pas toujours ainsi et le début peut être plus précoce, il peut se placer à la période d'éruption ou même d'invasion. Chez les tout petits enfants (nouveau-nés et nourrissons), le catarrhe prémonitoire de la rougeole peut être si violent, si diffus, que les symptômes du catarrhe suffocant se déclarent avant toute éruption. Une bronchite capillaire foudroyante, avec congestion pulmonaire diffuse, peut enlever l'enfant en 2 ou 5 jours. Mais cette forme n'appartient pas à la véritable broncho-pneumonie et dans tous les cas est exceptionnelle.

Voici comment débute ordinairement la broncho-pneumonie morbillieuse. L'éruption est terminée, la défervescence se fait en lysis, ou même elle est complète; tout à coup la température remonte à 38°, 39°, 40°, elle présente des oscillations plus ou moins étendues, la toux devient plus fréquente et plus pénible, la dyspnée est évidente; on ausculte l'enfant et on trouve des signes physiques de broncho-pneumonie. Quelquefois, après une ascension thermique élevée (40°), avec souffle et râles crépitants en un point, on voit le lendemain le thermomètre marquer 37° et la guérison s'affirmer. L'enfant n'a pas eu de broncho-pneumonie, mais une simple congestion pulmonaire, une menace, une ébauche de la complication redoutée. Donc, dans la rougeole, le début de la broncho-pneumonie, sans être des plus bruyants, peut être cependant reconnu à l'élévation thermique, à la dyspnée, à la toux, à la reprise en somme imprévue et soudaine d'un processus infectieux qui semblait éteint.

Dans la coqueluche, la broncho-pneumonie a un début analogue; elle entraîne une aggravation rapide de l'état du malade. L'enfant avait des quintes violentes et répétées, elles deviennent plus rares et plus sourdes; il avait peu de fièvre, il en présente davantage; il était gai, sans oppression, sans souffrance dans l'intervalle des quintes, il reste maintenant abattu, dyspnéique, anxieux d'une façon constante, dans l'intervalle des paroxysmes comme en leur présence.

Par ces quelques exemples on voit combien variable est l'invasion de la broncho-pneumonie, et combien différente de l'invasion de la pneumonie franche. C'est là un point qui a bien son importance en clinique, car il n'est pas indifférent d'être fixé d'emblée sur la présence ou l'absence d'une maladie aussi grave, aussi meurtrière que la broncho-pneumonie, un diagnostic précoce entraînant une thérapeutique précoce, c'est-à-dire plus efficace qu'une intervention tardive.

Nous devons maintenant étudier avec quelques détails les symptômes de la broncho-pneumonie déclarée, leur évolution, leur groupement variable suivant les formes morbides, etc. Ces symptômes sont de deux ordres: physiques et fonctionnels.

**Signes physiques.** — *Multiplicité, complexité, mobilité*, ces trois

épithètes conviennent aux signes physiques de la broncho-pneumonie. Là, en effet, nous n'avons pas un foyer unique, bien localisé, bien limité, comme il l'est dans la pneumonie, dans la pleurésie, etc. Les lésions, comme on l'a vu au chapitre de l'anatomie pathologique, sont étendues, diffuses et bilatérales; les signes siègeront donc des deux côtés et un peu partout. Quelquefois ils seront très nombreux, très serrés, enchevêtrés en quelque sorte les uns dans les autres; d'autres fois, ils seront discrets, insignifiants, peu en rapport avec la gravité du tableau général. Dans le premier cas, les lésions, déjà un peu anciennes, ont affleuré partout; dans le second, les noyaux de broncho-pneumonie sont disséminés en petit nombre dans les parties centrales du poumon et l'auscultation est presque négative.

Nous allons passer en revue les résultats de la percussion, de la palpation, et surtout de l'auscultation. Mais, en découvrant le malade, il convient de jeter un coup d'œil sur son thorax et de voir le jeu de la respiration et les apparences extérieures de la poitrine. Cette *inspection* préalable, qu'il faut toujours faire en ayant soin de garantir le malade contre tout refroidissement (pièce chauffée, enfant déshabillé près d'un poêle ou d'un feu de cheminée, linges chauds, etc.), montrera le degré de mobilité des espaces intercostaux, la rapidité plus ou moins grande des mouvements de la cage thoracique, les dépressions sus-claviculaires et sous-diaphragmatiques que la dyspnée détermine, les efforts plus ou moins grands que l'enfant est obligé de faire pour respirer, etc. L'inspection pourra donc donner des renseignements utiles. Elle fera voir s'il y a de la voussure thoracique, du tirage supérieur ou inférieur. Le tirage n'est pas rare dans les broncho-pneumonies intenses du premier âge, et l'on constate très souvent une dépression sus-sternale et sous-costale qui peut donner le change et faire croire à un obstacle laryngé.

L'inspection permettra aussi d'apprécier les différents degrés de coloration de la peau, la pâleur des téguments, la cyanose, la bouffissure, parfois l'emphysème sous-cutané que la palpation permettra d'apprécier ensuite.

La *palpation* n'a pas, chez les enfants, la même valeur que chez les adultes; les vibrations thoraciques sont faiblement perçues; mais, en appliquant la main sur la poitrine, on peut compléter les renseignements fournis par la vue, s'assurer de la mobilité des côtes, pressentir la présence des râles par le frémissement qu'on éprouve, etc. J'ai, bien souvent, dans la broncho-pneumonie, perçu ainsi les râles que l'auscultation me faisait ensuite entendre distinctement.

La *percussion* donne des résultats très variables. Le thorax de l'enfant, étant très mince, résonne avec force sous l'influence d'un choc modéré. Il faut percuter très doucement pour avoir des données utilisables en clinique. Or, dans la broncho-pneumonie, s'il y a des foyers étendus pseudo-lobaires, la percussion donnera, en regard de ces foyers, non pas une matité absolue, mais de la submatité, d'autant plus nette que les parties voisines présenteront une résonance exagérée. Les foyers de submatité siègent surtout en arrière, à la base ou à la partie moyenne et au niveau du hile pulmonaire. S'il y avait une matité absolue, il faudrait conclure à la présence d'une lame

de liquide. Quand la broncho-pneumonie est disséminée, la submatité peut manquer; cependant, même avec des noyaux discrets et petits, on peut avoir des congestions intenses et massives qui entraînent des modifications plessimétriques appréciables. Au sommet, en arrière, la percussion est à peu près normale. En avant, au contraire, la sonorité est plutôt exagérée. Les signes plessimétriques sont variables d'un jour à l'autre, quand les foyers se déplacent, quand la congestion joue un grand rôle dans le processus morbide. Aujourd'hui on peut avoir en un point de la submatité qui disparaîtra le lendemain pour se porter ailleurs, pour reparaitre quelquefois au même point les jours suivants. Quoi qu'il en soit, la percussion peut fournir des résultats d'une réelle valeur, en faisant connaître les modifications de densité du tissu pulmonaire. Une sonorité exagérée révèle la présence de l'emphysème, qu'on retrouve presque constamment dans les parties antéro-supérieures des deux poumons. Une sonorité diminuée, une submatité appréciable, avec résistance au doigt, indique la présence d'un foyer notable de congestion, ou d'hépatisation pseudo-lobaire, ou de splénisation. Si la submatité est éphémère, on conclut en faveur de la simple congestion; si elle est fixe, durable, on est en droit de redouter l'hépatisation. On pourra suivre l'évolution de cette hépatisation aux modifications que présentera ultérieurement la zone de matité. Elle s'accroîtra, diminuera, disparaîtra, si le foyer s'étend, se restreint ou se résout. Elle s'observera en deux ou plusieurs points, proches ou éloignés, si l'hépatisation se dissémine, se répand en foyers successifs et envahissants. Il faut s'attendre à toutes ces variations en matière de broncho-pneumonie.

Dans quelques cas la zone de submatité est d'une remarquable fixité; elle est très nette; elle ne diffère que peu de la matité véritable; elle coïncide avec un souffle tubaire plus ou moins mêlé de râles; elle indique une hépatisation pseudo-lobaire accentuée et étendue.

Les *signes stéthoscopiques* sont plus variés et plus expressifs que les signes plessimétriques. Ils se montrent plus tôt que ces derniers, plus constamment, plus franchement. Il est bien rare que la broncho-pneumonie soit absolument silencieuse. L'auscultation est presque toujours positive. Dans quelques cas, il est vrai, chez des enfants jeunes, épuisés, à faible réaction, l'oreille ne permet pas de saisir des bruits suffisamment précis; la respiration est affaiblie, le poumon se déplisse mal, quelques râles bullaires se font à peine entendre dans les grands mouvements respiratoires. Et l'enfant s'éteint peu à peu dans l'athrepsie et le marasme, sans avoir présenté le tableau d'une affection aiguë du poumon.

Dans tous les autres cas, les bruits anormaux sont très nombreux et très accusés. On peut percevoir toute la gamme des râles trachéo-bronchiques et alvéolaires, depuis le râle ronflant et sibilant jusqu'au râle crépitant, en passant par les râles vibrants, les râles bullaires gros, moyens et petits, secs ou humides, les bruits gargouillants et cavernuleux, etc. Souvent même tous ces râles semblent s'être donné rendez-vous chez le même sujet, et le mélange des râles musicaux aux râles bullaires, des ronchus variés aux crépitations de tout calibre, donne, à l'oreille qui ausculte, cette sensation de

*bruit de tempête* signalée par Récamier. Le bruit de tempête provoqué par la diffusion des lésions à toutes les ramifications des bronches s'observe surtout dans la *bronchite capillaire*, dans le *catarrhe suffocant* de Laënnec. Dans cette forme, il n'y a pas de foyer limité et d'hépatisation lobulaire, l'infection est générale, le malade a été emporté avant que la broncho-pneumonie ait eu le temps d'évoluer et d'accomplir toutes ses phases, et l'autopsie ne montre qu'une bronchite très étendue entourée de congestion pulmonaire. Habituellement les *râles* sont plus discrets; s'il s'agit, comme c'est la règle, d'une broncho-pneumonie secondaire à un catarrhe simple ou spécifique des premières voies aériennes, l'auscultation fait entendre des râles sibilants et ronflants disséminés, indices du catarrhe bronchique prémonitoire, du rhume de poitrine, qui a ouvert la porte à la broncho-pneumonie. Puis, en un ou deux points, en arrière et en bas principalement, on perçoit un foyer de râles bullaires, humides, assez serrés, témoignant d'un catarrhe plus accusé, d'une sécrétion plus abondante, d'une congestion qui a franchi les limites des bronches pour envahir les alvéoles. Les râles sont parfois assez fins, crépitants, rappelant ceux de la pneumonie. En même temps le murmure respiratoire manque ou il est dénaturé; la dureté, la sécheresse, l'acuité, caractérisent l'inspiration et quelquefois l'expiration. Il est assez fréquent de n'entendre que ces foyers de râles plus ou moins étendus, sans souffle.

Le *souffle* cependant est commun dans la broncho-pneumonie et il mérite une étude attentive. Ce n'est pas dans les cas les plus nets qu'il est le plus accusé. On voit de simples bronchites aiguës compliquées de congestion pulmonaire présenter un souffle tubaire des plus nets; on craint alors, à bon droit, la broncho-pneumonie; mais, le lendemain, tout a disparu pour ne plus revenir. Cette poussée congestive unique, traduite par un souffle, est des plus trompeuses et des plus inquiétantes en même temps. Le souffle a disparu, il est vrai, mais il peut revenir, et, en fait, on le voit souvent revenir, soit au même point, soit ailleurs. L'hépatisation prélude habituellement par la congestion, et, en matière de broncho-pneumonie, les caractères physiques du souffle ne peuvent nous fixer; sa mobilité, sa durée éphémère, feront pencher la balance en faveur de la congestion. Quand il y a hépatisation lobulaire abondante, cohérente, pseudo-lobaire, le souffle ne manquera jamais: il sera intense, tubaire, analogue au souffle de la pneumonie. De plus, il sera fixe, durable, il ne se déplacera pas comme le souffle de la congestion. On pourra avoir d'ailleurs, chez le même malade, côte à côte, toutes les variétés de souffle: souffle tubaire fixe, souffle plus doux, plus mobile, plus éphémère, souffle à timbre caverneux ou cavernuleux, souffle voilé, souffle à caractère pleurétique, expiration prolongée, etc. J'ai vu, chez un enfant qui présentait une broncho-pneumonie à marche traînante et prolongée, un souffle caverneux avec gargouillement qui simulait absolument le souffle de la phtisie cavitaire.

Le mélange des souffles avec les râles offre toutes les combinaisons possibles et prête à toutes les erreurs d'interprétation: *pneumonie, pleurésie, caverne pulmonaire, dilatation bronchique*, etc.

Si la broncho-pneumonie peut exister sans souffle d'aucune sorte, il faut bien reconnaître qu'elle en présente habituellement un ou plusieurs. L'intensité, la dureté du souffle mesure assez bien la densité du tissu pulmonaire; au souffle doux, voilé, répond la congestion pulmonaire; le souffle plus intense, mêlé de râles fins, traduit l'hépatisation lobulaire discrète et limitée; le souffle nettement tubaire, fixe, invariable, fera admettre un foyer de broncho-pneumonie pseudo-lobaire. Si ces souffles sont mêlés de râles très humides, on en conclura que les bronches voisines de la congestion, de l'hépatisation, sont affectées d'un catarrhe intense et fluide produisant, à la rencontre de l'air, une crépitation de degré variable.

Les signes physiques fournis par l'auscultation des poumons sont de beaucoup les plus importants, car ils permettent de faire un diagnostic assez précis de la broncho-pneumonie et de sa forme anatomique. Ils sont d'ailleurs confirmés par tout un ensemble de symptômes fonctionnels, qui souvent, à première vue, permettent de soupçonner la maladie.

*Symptômes fonctionnels.* — L'enfant atteint de broncho-pneumonie a un facies particulier et présente des symptômes généraux en rapport avec la gravité de sa maladie. Le visage est ordinairement pâle, avec tendance à la cyanose des lèvres, au refroidissement du nez et des oreilles, quand l'asphyxie fait des progrès. Les ailes du nez battent avec fréquence et tout, dans la physionomie de l'enfant, dénonce la *gêne respiratoire* dont il souffre. Son thorax se soulève avec rapidité, les creux sus-claviculaires, sus-sternal, sous-sternal, présentent une dépression manifeste à chaque inspiration. Il y a un *tirage* réel comparable à celui des sténoses laryngées, mais en différant par son intensité moindre, par l'absence de modifications de la voix, de sifflement inspiratoire, de cornage, etc. Quand on compte les mouvements de la respiration, on les trouve supérieurs du double, du triple, du quadruple, à l'état normal. Au lieu de 20 respirations, on en trouve 40, 60, 80 par minute. Rilliet et Barthez ont noté, chez les enfants de 0 à 3 mois, une suspension momentanée de la respiration qui aurait une fâcheuse signification. Cette apnée peut faire croire à la mort quand elle se prolonge plus d'une ou deux minutes. On signale dans quelques cas un véritable rythme de *Cheyne-Stokes*. La respiration est saccadée, poussée, elle est pénible et nécessite des efforts soutenus. L'enfant est parfois obligé de s'asseoir sur son lit pour échapper à l'asphyxie qui l'étreint (orthopnée). Cette asphyxie est surtout menaçante dans les cas de poussées congestives intenses qui viennent, tout à coup, enlever à la respiration un champ pulmonaire étendu. La congestion vient-elle à céder, on aura une atténuation immédiate de la dyspnée avec rémission plus ou moins complète des symptômes les plus pénibles.

Parmi ces symptômes pénibles, il faut compter la *toux*. Elle existait avant la broncho-pneumonie, elle persiste quand celle-ci se déclare, elle devient pénible, douloureuse, souvent courte et avortée, d'autres fois quinteuse, sèche, ou bien humide, s'accompagnant d'une expectoration qui semble abondante. Cette expectoration ne se traduit pas au dehors, le jeune enfant ne sait pas cracher, il déglutit tous les produits de son expectoration.

Quand l'asphyxie fait des progrès, la toux diminue et cesse, l'enfant n'a plus la force de tousser. C'est un malheur, car les produits de sécrétion, accumulés dans les bronches, ne pouvant plus être éliminés, accroissent les dangers d'asphyxie. Il faut donc respecter la toux et au besoin la provoquer, quand on le peut. Quand elle disparaît, c'est un signe de disparition de la sensibilité réflexe des bronches, et de paralysie du poumon. Dans quelques cas cependant, la toux affecte des caractères quinteux et spasmodiques qui la rendent particulièrement pénible, et qui autorisent un traitement direct de ce symptôme par les narcotiques. Quand elle est quinteuse et coqueluchoïde, la toux est suivie parfois de crachats muco-purulents et exceptionnellement d'hémoptysies.

La *voix* est généralement respectée; cependant, chez les enfants qui ont commencé par de la laryngite, on pourra avoir de l'aphonie, de la dysphonie persistante. Ces troubles vocaux appartiennent à la laryngite et non à la broncho-pneumonie. L'enfant atteint de broncho-pneumonie pourra bien avoir la voix affaiblie, cassée, comme il a toutes ses fonctions en déficit par suite de l'affaiblissement général, mais sans troubles laryngés manifestes et permanents. Chez les nouveau-nés et les nourrissons, qui ne parlent pas encore, le *cri* présente des variations d'intensité et de force en rapport avec la gravité de la maladie. Un enfant peu atteint continuera à crier avec force; un enfant très épuisé par la maladie aura un cri faible, étouffé, peu distinct. Là encore, pas de symptômes laryngés proprement dits, mais un simple trouble fonctionnel de cause générale. L'auscultation permet de noter le retentissement *bronchophonique* du cri et de la toux à travers les foyers engoués ou hépatisés.

La *circulation* est profondément troublée dans la broncho-pneumonie, par suite de la diminution du champ respiratoire et aussi de l'infection et

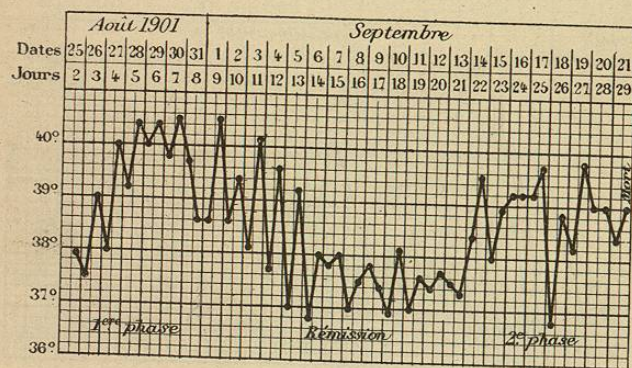


Fig. 1. — Garçon de 5 ans; broncho-pneumonie dans la coqueluche, forme à rechute (8 jours d'intervalle), terminée par la mort.

de la fièvre. Le facies du malade exprime déjà le retentissement cardiaque de la maladie : cyanose des lèvres, battements précipités des carotides, pâleur et rougeur du visage, etc. Mais, quand on prend le *pouls* de l'enfant, on constate qu'il est petit, fréquent, régulier; on compte, au lieu de

80 pulsations (chiffre moyen des jeunes enfants), 120, 150, 150, 160, 180 et même 200 par minute. Les chiffres de 140 et 150 sont habituels. Cette fréquence excessive du pouls s'observe aussi dans la pneumonie et, quand on étudie le rapport du pouls à la respiration, on trouve qu'il y a

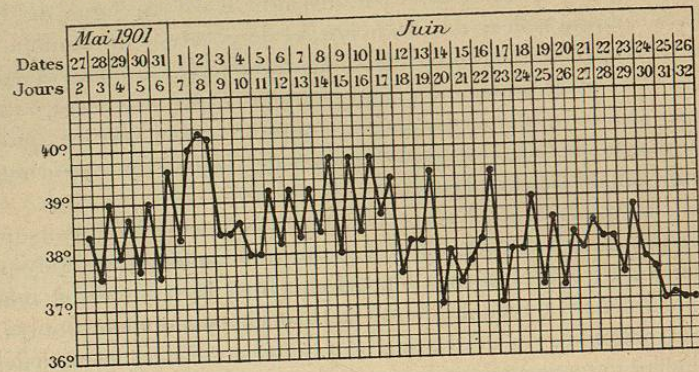


Fig. 2. — Fille de 5 ans 1/2. Bronchite capillaire avec foyer crépitant de la base droite, oscillations irrégulières de la température, guérison au bout d'un mois.

dans les deux cas un parallélisme comparable. Pour 150, 160 pulsations, on aura 70 à 80 respirations, soit un rapport de 1 à 2 en moyenne, au lieu de 1 à 4, qui est le chiffre physiologique (20 respirations pour 80 pulsations). Plus tard, quand la fièvre tombe, le pouls perd sa fréquence et il peut alors devenir lent et arythmique. L'auscultation du cœur montre que les battements sont précipités, et que le rythme des bruits rappelle celui du cœur fœtal. Il est rare qu'on entende un souffle et l'endocardite ne fait pas habituellement partie du tableau clinique de la broncho-pneumonie. La

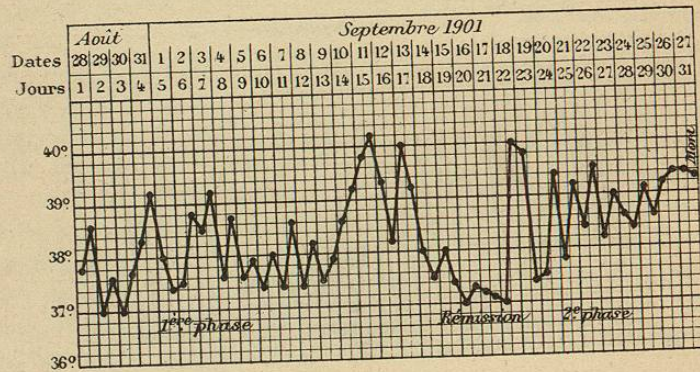


Fig. 3. — Fille de 19 mois; broncho-pneumonie pseudo-lobaire double; rémissions thermiques notables; mort après un mois de maladie.

péricardite n'est pas moins rare. Ce qu'on peut rencontrer, dans les cas les plus graves et les plus infectants, c'est un affaiblissement du muscle cardiaque avec dilatation aiguë du cœur et menace d'asystolie (peut-être myocardite). Alors l'enfant peut mourir de syncope.

La fièvre est un des éléments les plus intéressants à étudier dans la broncho-pneumonie. Il faut bien savoir tout d'abord que certaines broncho-pneumonies évoluent sans fièvre. J'ai déjà signalé le fait chez les enfants cachectiques, athrepsiés, hérédosyphilitiques, succombant lentement aux progrès du marasme, mourant un peu tous les jours et finissant par s'éteindre sans bruit et sans lutte après avoir consommé toutes leurs réserves nutritives. Chez ces enfants on trouve de la broncho-pneumonie, bien que le thermomètre, pendant la vie, n'ait pas dépassé 37°, ou se soit maintenu entre 37°, 37,5, 38°. La broncho-pneumonie de ces débilites est apyrétique et n'a pas de courbe thermique.

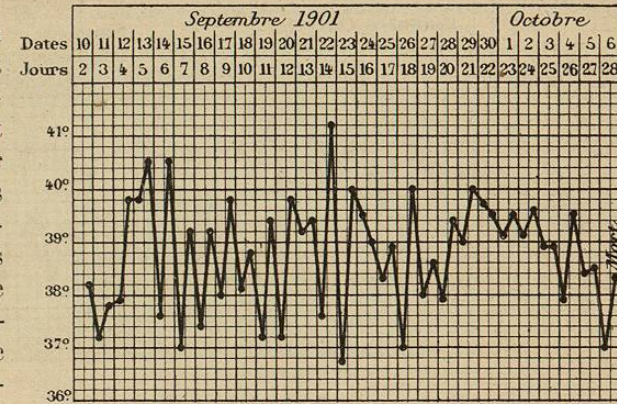


Fig. 4. — Fille de 6 ans 1/2: broncho-pneumonie lobulaire disséminée avec foyers pseudo-lobaires aux bases, grains jaunes, vacuole purulente. Mort après un mois de maladie.

En dehors de ces circonstances spéciales, la broncho-pneumonie est

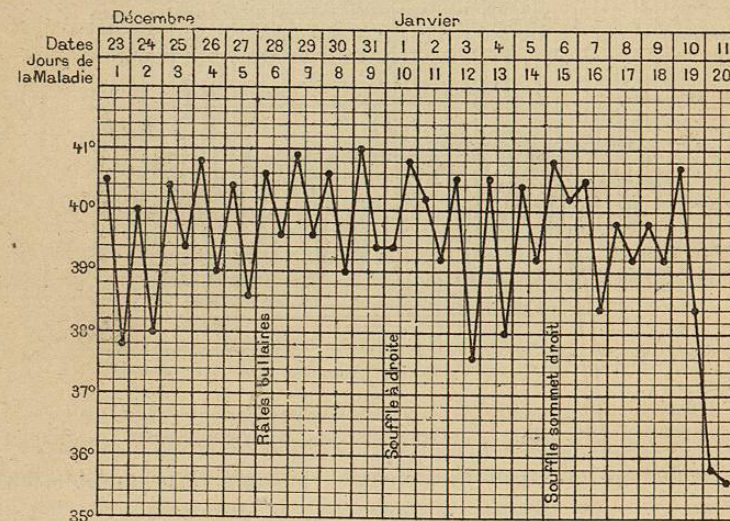


Fig. 5. — Garçon de 25 mois; broncho-pneumonie suite de grippe; maxima tous les matins; guérison par défervescence brusque après trois semaines.

une maladie fébrile, élevant la colonne du thermomètre à 39°, à 40°, à 41° même. Sans doute, on ne retrouve pas ici la courbe régulière de la