

Brun⁽¹⁾ sur 14 cas chez l'enfant relève 5 morts pour 11 guérisons, dont une spontanée et 10 après laparotomie. Il a pour son compte personnel obtenu 4 guérisons sur 5 cas. La soudaineté du début marqué par la fièvre élevée, l'intensité des symptômes péritonéaux, la diarrhée, puis la défervescence de tous ces symptômes, plus tard le développement du ventre avec tendance à l'enkystement, sont assez particuliers à ces péritonites.

Signalons encore la *suppuration à pneumocoques des voies biliaires* (Sauvigneau), du foie (Netter), du tissu cellulaire sous-cutané et profond (Ortmann et Samter, Netter)⁽²⁾, du corps thyroïde (Marchand)⁽³⁾, de la parotite (Testi, Duplay et Cazin)⁽⁴⁾, du testicule, des trompes.

Ces diverses manifestations présentent un trait commun, leur bénignité relative, et ce caractère elles le doivent sans aucun doute aux propriétés particulières de l'agent qui les engendre.

Rappelons enfin la part importante accordée au pneumocoque par les auteurs qui se sont récemment occupés de la bactériologie des *affections de l'œil*.

A côté de ces nombreuses manifestations morbides dues à la localisation du pneumocoque sur les viscères les plus divers, il existe des affections pathologiques imputables au même micro-organisme et dans lesquelles il ne se trouve pas de détermination organique appréciable. Ce sont les *formes larvées, rudimentaires* de l'infection pneumococcique (Kühn)⁽⁵⁾. Elles ne peuvent être rapportées jusqu'à présent à cette origine que quand elles coïncident avec des cas de pneumonies qui forcent à invoquer la contagion ou l'épidémie. Ces infections rudimentaires se présentent souvent sous la forme de *fièvre herpétique*.

M. Griffon pense que la recherche de l'agglutination permettra fréquemment le diagnostic de ces formes.

CHAPITRE II

BRONCHOPNEUMONIE

On donne le nom de **bronchopneumonie, pneumonie lobulaire, pneumonie catarrhale** à l'inflammation pulmonaire qui survient au cours d'une inflammation aiguë ou chronique des bronches. Cette affection diffère de la pneumonie franche, lobaire, fibrineuse par son **origine** ordinairement secondaire, par ses **symptômes locaux et généraux**, par sa **marche plus irrégulière**, par ses **lésions généralement disséminées dans les divers lobes du poumon et d'apparences bien plus variées**. L'examen microscopique, les recherches bactériologiques, ont encore fait connaître bien des points de dissemblance.

Cette distinction de la bronchopneumonie d'avec la pneumonie franche fibri-

(1) BRUN, *Presse médicale*, 27 février 1897.

(2) Guinon, Méry, Zuber.

(3) Lion et Bensaude, Durante.

(4) Hobbs.

(5) KÜHN, U. rudimentäre und larvirte Pneumonien. *D. Archiv. für Klin. Medicin*, 1887.

neuse a eu et a encore ses adversaires. Nous nous efforcerons au cours de ce chapitre d'en faire ressortir l'importance et la nécessité.

On conçoit que dans toutes les parties de cette étude nous conservions toujours présentes à l'esprit les notions acquises au sujet de la pneumonie franche, qu'à chaque chapitre nous revenions sur l'opposition entre les deux maladies. C'est, croyons-nous, le meilleur moyen de les faire connaître l'une et l'autre.

I

HISTORIQUE

Les premiers auteurs qui aient séparé de la pneumonie franche l'affection qui correspond à la bronchopneumonie sont Le Pois, Rivière, Sennert, puis Sydenham, Boerhaave et ses élèves. Ils donnent à ces cas le nom de *peripneumonia spuria, pituitosa* et surtout de *notha*.

« Cette fausse péripneumonie frappe surtout les vieillards, les obèses, les cachectiques, les catarrheux. Elle a son maximum de fréquence à la fin de l'hiver.

« D'abord par sa trompeuse douceur elle accable ceux qui y pensent le moins. En effet, commençant par une lassitude légère, de la faiblesse, l'anéantissement presque total des mouvements de l'âme, l'essoufflement, l'oppression de poitrine, elle excite des mouvements si légers qu'à peine des indices de chaleur ou de fièvre avertissent du danger. Bientôt des horripilations vagues, de légers accès de fièvre, se manifestent et alors, l'essoufflement et la faiblesse augmentant tout à coup, la mort que rien n'annonçait ni dans les urines ni dans le pouls emporte le malade. »

Morgagni insiste sur la symptomatologie assez variable de ces fausses péripneumonies. Sa description se rapporte surtout à des formes épidémiques se rapprochant des bronchopneumonies grippales.

Les traités de Sauvages, de Cullen, de Borsieri, consacrent cette distinction de la pneumonie bâtarde d'avec la vraie pneumonie.

Il ne s'agit encore que de la bronchopneumonie qui complique le catarrhe aigu ou chronique. Sydenham consacre bien quelques lignes aux accidents pulmonaires qui surviennent au cours de la rougeole, de la variole, mais sa description est bien sommaire et il n'a garde de remarquer le lien qui peut exister entre ces complications et la fausse péripneumonie. Stoll reproduit même un aphorisme de Boerhaave dans lequel se trouve proclamée la rareté de la fausse péripneumonie chez les enfants.

Huxham considère comme très légitime la séparation de la vraie péripneumonie et de la fausse péripneumonie. Les maladies ont des symptômes tout à fait différents à plusieurs égards, naissent de causes différentes et demandent un traitement différent. Huxham fait surtout ressortir les caractères du pouls, qui, au lieu d'être dur et tendu, est fréquent, faible et petit. Il insiste sur l'aspect particulier du sang provenant de la saignée. Le caillot est communément mou, noirâtre, livide et n'est point couvert d'une pellicule épaisse et gluante comme dans la péripneumonie vraie. Il croit, comme Sydenham, que la saignée doit être employée avec précaution et ne doit jamais être renouvelée;

Huxham, qui attache une si grande importance aux influences météorologiques, a vu les fausses péripleumonies régner dans les temps humides, mous, épais et froids; tandis que la vraie pneumonie sévit surtout dans les temps froids et secs, par les vents nord-est et lorsque le baromètre est dans sa plus grande élévation.

Laënnec ne consacre pas de chapitre spécial à la fausse péripleumonie. Sa description de la pneumonie se rapporte exclusivement à la pneumonie franche lobaire, qu'il s'agisse des lésions constatées à l'autopsie, des signes physiques ou de la symptomatologie. C'est à l'article *catarrhe suffocant* et aussi à celui de l'œdème pulmonaire qu'il conviendrait de s'adresser pour retrouver dans son traité la maladie qui nous occupe. Sa tendance en tout cas paraît être de réserver le nom de pneumonie à la seule pneumonie franche lobaire et de rejeter la bronchopneumonie dans le groupe des inflammations bronchiques.

Andral montre que le terme de fausse péripleumonie, de pseudo-pneumonie, doit s'appliquer à plusieurs affections : bronchite aiguë avec ou sans commencement d'inflammation pulmonaire, congestion du poumon dans les fièvres éruptives, pendant le cours ou à la fin de maladies chroniques, pneumonie bilieuse de Stoll. Au chapitre anatomo-pathologique il indique les caractères particuliers de la pneumonie partielle lobulaire.

Un grand nombre de travaux ayant la plupart pour point d'origine l'hôpital des enfants de la rue de Sèvres, inspirés par les médecins de cet hôpital au premier rang desquels il faut placer Guersant, devaient bientôt mettre en lumière les différences qui existent entre la pneumonie franche et la maladie que nous étudions sous le nom de bronchopneumonie. Dans ces travaux la distinction pressentie par les auteurs des siècles précédents s'affirme étayée par les précieux renseignements que peuvent fournir désormais la recherche des signes physiques et l'anatomie pathologique. Il convient de citer ici Valleix, Léger (1825), Lanoix (1825), Burnet (1855), de la Berge (1854), Legendre et Bailly, Rilliet et Barthez, Barrier, l'Américain Gerhardt, en Allemagne Jörg, en Angleterre Gairdner et West. Dans l'espace de moins de vingt ans l'on apprend à connaître les lésions spéciales à la bronchopneumonie : les altérations des bronches essentielles pour Burnet, de la Berge, Fauvel, les noyaux de pneumonie lobulaire, l'altération particulière à laquelle les uns donnent le nom d'état foetal ou d'atélectasie, les autres celui de carnisation ou de splénisation, etc.

Quelques-uns de ces auteurs et tout particulièrement Rilliet et Barthez, Barrier, Legendre et Bailly, et plus tard Ziemssen et Damaschino établissent que toutes les pneumonies de l'enfant ne sont pas des bronchopneumonies et que l'on peut trouver à cet âge une pneumonie franche lobaire ayant les mêmes caractères que chez l'adulte.

L'attention ainsi éveillée du côté des inflammations du poumon dans le jeune âge, on reconnaît bientôt l'existence de désordres analogues à d'autres âges de la vie. Lanoix en 1825 montre que la pneumonie des vieillards présente des caractères analogues à celle des enfants, et Hourman et Dechambre décrivent avec soin en 1856 la bronchopneumonie des vieillards.

Léger et Lanoix avaient insisté sur la fréquence des pneumonies dans la rougeole et les maladies éruptives. Louis, Bazin, étudient les altérations inflammatoires du poumon au cours de la fièvre typhoïde et de maladies générales, et l'on reconnaît encore leur analogie avec les altérations de la pneumonie infantile.

La grande épidémie de grippe de 1857 et des épidémies plus circonscrites

permettent enfin d'étudier une autre modalité de la maladie qui nous occupe.

La distinction entre la pneumonie franche et la bronchopneumonie était basée, comme l'on voit, sur l'anatomie pathologique macroscopique, l'étiologie et la symptomatologie. Les travaux ultérieurs de Ziemssen, Bartels sont venus confirmer ces données. Les recherches microscopiques et microbiologiques ont à leur tour fourni matière à de nombreux travaux parmi lesquels il faut citer tout spécialement les thèses de Damaschino, Balzer, Joffroy, Mosny, les leçons de MM. Cornil, Charcot, Cadet de Gassicourt, les mémoires de Weichselbaum, Prudden, Neumann, Kreibisch, Dürck, etc.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. — VUE D'ENSEMBLE

A l'autopsie d'un sujet mort de bronchopneumonie, et plus spécialement d'un enfant, on constate du côté des organes thoraciques un certain nombre d'altérations, au milieu desquelles il peut être d'abord difficile de se reconnaître.

Ces lésions sont d'habitude bilatérales, frappant à des degrés divers chacun des lobes des poumons, variant de formes, d'étendue suivant les cas, différentes à la surface ou dans les coupes. Dans le cas le plus habituel, voici ce que l'on observe :

L'ouverture de la poitrine n'amène pas l'affaissement général et régulier du poumon comme à l'état sain. Les régions antérieures, fort développées, ont une teinte normale, les bords sont plus épais et les languettes sont manifestement emphysémateuses. La partie postérieure des poumons, surtout aux bases et dans la gouttière costo-vertébrale, a un aspect absolument différent. Elle est d'un bleu foncé ou brunâtre. Elle ne crépite pas sous la pression des doigts. Parfois les régions altérées ont une résistance assez grande et la plèvre semble distendue par suite de l'augmentation de volume du poumon sous-jacent. Plus souvent encore cette distension pleurale manque et les régions malades, loin d'être augmentées, ont diminué de volume.

Un examen plus attentif de la surface libre et des surfaces de section du parenchyme pulmonaire montre bien d'autres désordres : les bronches dilatées et remplies d'un exsudat purulent ou muco-purulent; des ilots rouges, rouge gris ou grisâtres répartis dans les zones antérieures ou postérieures, ilots dont la surface de section est parfois granuleuse comme dans la pneumonie lobaire; de petites collections purulentes siégeant à la surface ou en plein parenchyme.

Des petits fragments de poumons séparés de ces divers points, les uns enfoncent immédiatement au fond de l'eau, les autres surnagent, d'autres enfin restent à moitié échoués, ce qui dénote un sérieux changement de densité.

L'insufflation d'air par les grosses bronches détermine des modifications importantes dans certaines de ces parties qui reprennent des dimensions normales, d'autres demeurant altérées.

Nous sommes loin d'avoir épuisé l'énumération de ces désordres et nous en