

Si l'on considère les complications bronchopneumoniques comme dues à des agents différents de ceux de la maladie première, on conçoit comment les complications peuvent manquer. On peut nourrir l'espoir de les réduire. On peut, pour cela, tenter l'antisepsie buccale, mesure préventive qui nous paraît le plus désirable. On peut chercher à prévenir la contagion des infections secondaires. On s'explique combien il faut éviter l'encombrement. On admettra enfin qu'il importe beaucoup d'isoler autant que possible les malades, d'éviter surtout tout rapport entre une rougeole simple et une rougeole compliquée de bronchopneumonie, ou encore entre un rubéoleux et un sujet atteint d'une inflammation pulmonaire en apparence primitive. Riesell⁽¹⁾, dont nous avons signalé les beaux travaux sur la contagiosité et l'hérédité de la pneumonie, a fait connaître dès 1885 des faits de ce genre. Il a montré dans les rougeoles compliquées de bronchopneumonie l'influence de la cohabitation avec des rubéoleux atteints de la même complication, ou avec des sujets atteints actuellement ou récemment de pneumonie. Il a fait voir que si la présence d'un pneumonique pouvait amener dans certains cas l'apparition d'une bronchopneumonie chez un rubéolique, on peut inversement et par le même mécanisme voir une pneumonie apparaître chez la personne qui entoure un rubéoleux affecté de cette complication. M. Bard⁽²⁾ a plus récemment insisté sur ces faits et montré que la bronchopneumonie de la rougeole est la conséquence d'une affection additionnelle qui résulterait toujours d'une contagion nouvelle.

Ces notions sont aujourd'hui généralement acceptées.

Nous ne connaissons guère les causes occasionnelles de la bronchopneumonie. On incrimine souvent le froid. Il n'est pas douteux que la bronchopneumonie s'observe surtout par les temps froids et humides, qu'elle est une maladie d'hiver et de printemps. Mais comment agit le froid? La pathologie expérimentale ne nous fournit sur ce point aucun éclaircissement.

On peut se demander si la fréquence des bronchopneumonies en hiver ne tient pas à ce que le froid est une cause de bronchite, condition préexistante nécessaire pour la production d'une bronchopneumonie.

On doit aussi insister sur ce point, que l'hiver et le printemps sont les saisons où l'on vit le moins au grand air, où par suite on est plus exposé aux maladies contagieuses, et nous savons que celles-ci sont souvent l'origine des bronchopneumonies.

V

SYMPTÔMES

Il n'est guère possible de donner de la symptomatologie de la bronchopneumonie une description d'ensemble dont les éléments à degrés divers se retrouveront dans les différentes formes de cette maladie.

⁽¹⁾ RIESELL, Die Ätiologie der croupösen Pneumonie; *Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin*, 1885, XXXIX.

⁽²⁾ BARD, Des caractères anatomopathologiques généraux des lésions de cause microbienne; *Archives de physiologie*, 1887.

BARD, Nature et prophylaxie de la bronchopneumonie des rubéoliques; *Lyon médical*, 15 janvier 1889.

Il n'est guère, en effet, de maladie à modalités si diverses. L'anatomie pathologique nous a déjà montré combien de lésions différentes entrent dans sa constitution, lésions dont le groupement est, comme nous l'avons vu, très variable. Nous avons, en traitant de l'étiologie, appris encore que cette maladie, généralement secondaire, peut compliquer des maladies très dissimilables. Nous verrons encore la part de l'âge et le cachet tout spécial que celui-ci imprime à la symptomatologie.

Nous voulons cependant, avant d'envisager successivement les formes cliniques de la bronchopneumonie, indiquer quelques traits généraux de la symptomatologie.

Nous les opposerons à ceux que nous fournit la symptomatologie déjà connue de la pneumonie lobaire, et nous nous adresserons successivement au mode de début, aux symptômes fonctionnels, aux signes physiques, aux accidents généraux.

La bronchopneumonie succède toujours à la bronchite, et c'est à l'intervention de cet élément surajouté qu'elle emprunte la plupart de ses traits distinctifs.

Le plus ordinairement, la bronchite précède de plusieurs jours ou davantage l'inflammation pulmonaire. Elle a déjà amené un certain degré de fièvre, porté un trouble plus ou moins marqué aux fonctions respiratoires, affaibli l'organisme. Aussi le début de la bronchopneumonie ne peut-il avoir la brusquerie, la solennité de la pneumonie lobaire. Le frisson manque complètement ou est remplacé par des frissonnements. La fièvre, du reste, plus modérée en général, n'atteint pas au début un chiffre aussi élevé, la gêne respiratoire ne s'installe pas avec la même soudaineté. Il n'y a pas ce point de côté bien localisé si spécial à la pneumonie. Tout au plus y a-t-il une douleur diffuse souvent bilatérale.

La bronchopneumonie entrave d'une façon marquée les échanges respiratoires, d'où dyspnée et accélération des mouvements respiratoires. La coexistence des lésions pulmonaires et de la bronchite explique cette dyspnée plus importante encore que dans la pneumonie. L'accélération des respirations atteint des chiffres plus élevés encore, dépassant 50 inspirations chez l'adulte, arrivant dans certains cas jusqu'à 80 chez l'enfant. Le malade fait appel à tous les muscles accessoires de l'inspiration. Il est généralement assis sur le séant. Les mouvements respiratoires sont douloureux. La toux est plus ou moins intense; elle est pénible et ramène peu de crachats. Ceux-ci sont souvent striés de sang, mais n'ont pas la même apparence que dans la pneumonie fibrineuse. La bronchopneumonie entrave davantage l'hématose, et le facies du malade est généralement violacé, surtout au niveau des pommettes, des lèvres et du nez.

Les signes physiques ont une allure également bien particulière. Ils sont plus généralisés et en même temps indiquent une altération moins profonde. Ils ont enfin un caractère de fugacité qui n'appartient pas à la pneumonie.

Ils sont plus généralisés. En effet, il faut tenir compte de la coexistence de la bronchite, coexistence qui est la règle. Cette bronchite et cette bronchélite donnent naissance à des signes d'auscultation, râles sibilants et ronflants, râles humides qui se feront entendre dans toute la hauteur des deux poumons tout en prédominant aux bases en arrière. De plus, les noyaux bronchopneu-

moniques sont, en général, disséminés dans les divers lobes des deux poumons, et par conséquent, eux aussi, seront entendus en plusieurs points et non pas limités en un seul lobe.

Les signes physiques indiquent des désordres moins profonds. La matité manquera si les noyaux sont peu étendus et masqués par un certain degré d'emphysème concomitant. Elle sera dans tous les cas peu marquée, puisque le noyau sera toujours plus mince, moins compact que l'induration lobaire. Voici pour les résultats de la percussion. L'auscultation fera bien entendre des râles crépitants fins du souffle. Mais ces râles crépitants sont plus passagers, se perçoivent en un point plus limité et sont perdus en quelque sorte au milieu de ce bruit de tempête que fait le mélange des râles secs et humides.

Le souffle de la bronchopneumonie est moins rude, moins intense que dans la pneumonie. Ce n'est pas un souffle tubaire, mais un souffle doux, assez analogue au souffle pleurétique.

Les signes physiques sont moins fixes. — Les lésions de la pneumonie sont plus durables. Le bloc pneumonique, une fois constitué, ne peut rétrocéder avant l'apparition de la résolution. L'inspiration la plus énergique ne peut rétablir la perméabilité des alvéoles pulmonaires. Les altérations sont moins profondes dans le noyau bronchopneumonique. Autour de ce noyau existent des lésions purement mécaniques très sujettes aux modifications : atélectasie et même splénisation. On conçoit que ces désordres se modifient très rapidement, d'où disparition ou apparition nouvelle de signes physiques anormaux. Dans ces causes d'instabilité, il faut encore, d'après M. Cadet de Gassicourt, faire la part des poussées de congestion pulmonaire.

Symptômes généraux. — La fièvre dans la bronchopneumonie est ordinairement moindre, mais elle peut atteindre les chiffres de la pneumonie, dépasser 40° et 40°,5. Les rémissions matinales sont beaucoup plus marquées, et le tracé revêt parfois un caractère intermittent. Il y a aussi fréquemment des poussées fébriles, que l'on peut maintes fois rapporter à la production d'un nouveau foyer. La fièvre dure plus longtemps et le terme moyen est de 2 à 5 semaines. Il n'y a pas de défervescence brusque, mais au contraire la température s'abaisse progressivement par lysis, et cet abaissement demande plusieurs jours. La convalescence ne s'installe qu'avec lenteur et il n'y a pas cette modification presque instantanée qui succède si souvent à la crise pneumonique.

Le pouls dans la bronchopneumonie est fréquent, mais l'accélération est relativement moindre que celle des inspirations, et au lieu du rapport numérique de 4 à 4 on a celui de 4 à 5 et même à 2. Le système nerveux est moins touché, sauf à la période terminale. Les fonctions digestives urinaires n'offrent rien de spécial. Il n'y a pas une diminution de chlorures analogue à celle de la pneumonie lobaire.

Nous passons maintenant à l'étude plus spéciale des diverses formes de la bronchopneumonie aux divers âges, chez l'enfant, chez l'adulte et chez le vieillard. A ces trois âges le tableau clinique peut du reste présenter diverses variétés, différences qui tiennent à la marche de l'affection et à la prédominance relative des lésions bronchitiques et pneumoniques.

Lorsque les lésions bronchitiques prédominent, on a le tableau de la maladie

que Laënnec décrivait sous le nom de *catarrhe suffocant*, que Fauvel a si bien étudiée sous le nom de *bronchite capillaire*. Nous avons montré que la bronchite capillaire n'existe guère sans altérations pulmonaires et que son étude est inséparable de celle de la bronchopneumonie.

A. — BRONCHOPNEUMONIE DE L'ENFANT

Il convient de distinguer une *forme aiguë diffuse*, une *forme avec localisations pulmonaires*, une *forme subaiguë*.

1° *Forme aiguë diffuse.* — La bronchite qui existait avant l'apparition de la bronchopneumonie ne présente tout d'abord rien de spécial. Peu après, la dyspnée apparaît, la toux devient douloureuse, du râle sous-crépitant remplace le muqueux en arrière et à la base, et ce n'est qu'au bout de deux ou trois jours que les symptômes deviennent bien caractéristiques.

Une fois la maladie constituée, elle se révèle par des phénomènes tellement caractérisés, qu'ils lui donnent une physionomie spéciale.

La face, ordinairement pâle, présente en même temps une teinte violette, surtout accusée aux lèvres. Les yeux paraissent saillants, le regard exprime l'anxiété la plus vive, les narines se dilatent largement à chaque inspiration. Les malades sont agités dans leur lit et changent souvent de position. Les enfants d'un certain âge se tiennent de préférence assis sur leur séant, s'appuient sur leurs coudes, mettant en jeu tous les muscles inspirateurs. « Toute la force des malades est concentrée vers la poitrine » (Fauvel). De temps en temps, la respiration devient bruyante, stertoreuse, puis, quand l'expectoration se produit, le stertor disparaît.

Le nombre des inspirations monte à des chiffres très élevés, 80 chez l'enfant. Le pouls est fréquent, la peau chaude, sèche et brûlante. A cette époque de la maladie, l'auscultation fait seulement entendre des râles sous-crépitants ou muqueux dans toute l'étendue de la poitrine. La percussion donne partout de la sonorité.

Quand le mal fait des progrès, la scène change. La teinte violacée des pommettes devient plus accentuée pour faire souvent place à la fin à une pâleur livide. Les yeux grands ouverts deviennent saillants, prennent un aspect vitreux. Le regard exprime l'anxiété et devient hagard. La peau, d'abord sèche et brûlante, se refroidit et se couvre, surtout au visage, d'une sueur abondante. Le pouls s'accélère et atteint rapidement les chiffres de 160 et 180. Souvent sa petitesse et sa faiblesse empêchent que dans les derniers jours on puisse calculer sa vitesse. Les mouvements respiratoires deviennent moins énergiques et se ralentissent même progressivement, la toux devient moins vigoureuse et l'expectoration plus difficile. La respiration s'embarrasse davantage et devient stertoreuse.

L'intelligence reste intacte, à part un délire agité qui se manifeste chez quelques sujets, la nuit seulement. Une somnolence habituelle remplace l'agitation et l'inquiétude primitives. Il n'est pas rare d'observer dans les derniers jours chez l'enfant des convulsions partielles ou générales.

2° *Forme lobulaire.* — La forme lobulaire de la bronchopneumonie a une symptomatologie moins accusée, moins dramatique que la précédente.

Les pommettes sont rouges et non violacées. L'agitation est bien moindre, et l'enfant supporte moins péniblement le décubitus dorsal. La peau est sèche, brûlante; le pouls fréquent, bien que n'atteignant pas aux chiffres de la forme précédente. La respiration est accélérée, mais sans devenir haletante; la toux est grasse, humide. On entend des deux côtés de la poitrine et d'abord en arrière du râle sous-crépitant. Bientôt l'expiration devient prolongée, puis tout à fait soufflante, tandis que dans l'inspiration et indépendamment du souffle on continue à entendre du râle sous-crépitant très accusé.

Le souffle ne se manifeste pas en même temps des deux côtés; mais, à mesure qu'il fait des progrès en étendue et en intensité du côté par où il a débuté, on commence à en percevoir du côté opposé; toutefois, il reste toujours plus prononcé dans la moitié de la poitrine qui en a été le siège primitif. En même temps que la respiration devient soufflante, on constate du retentissement de la voix ou du cri, et la percussion fournit dans le point correspondant une diminution notable du son, qui ne va pas jusqu'à la matité absolue.

Il y a, comme dans la pneumonie lobaire, du râle, puis du souffle. Mais le râle se manifeste des deux côtés à la fois: il est sous-crépitant ou muqueux au lieu d'être crépitant. Le timbre de la respiration bronchique de la broncho-pneumonie est bien différent de celui qui dépend de la pneumonie lobaire. Au lieu de sembler se passer dans un tube métallique et de s'entendre tout à fait sous l'oreille, le souffle est comme *voilé*, lointain. C'est de la respiration soufflante et non du souffle tubaire.

L'appétit est perdu, la soif vive. La fièvre, l'oppression et la toux augmentent tous les soirs. La nuit est agitée, le sommeil rare.

Au bout de quinze jours, un mois, cette forme se termine par la guérison ou la mort. Quelquefois elle passe à l'état chronique.

5° *Forme subaiguë*. — Dans une troisième forme, qui succède surtout à la coqueluche, la marche est plus insidieuse encore. L'enfant est apathique, indifférent; il refuse de manger; la toux n'est pas plus fréquente. L'attention des parents n'est éveillée que par la constatation d'un amaigrissement sensible ou par les progrès de la fièvre. Les signes stéthoscopiques sont peu marqués. La matité manque complètement ou est insignifiante, même en arrière. L'auscultation peut ne faire entendre que des râles humides. Il faut provoquer un effort de toux pour percevoir quelques râles crépitants ou un peu de souffle.

Dans cette forme, la marche de la maladie est lente, parfois entrecoupée de convulsions, surtout chez les tout jeunes enfants.

B. — BRONCHOPNEUMONIE DE L'ADULTE

1° *Forme diffuse*. — La symptomatologie est assez analogue à celle de l'enfance: ici encore les signes de la bronchite simple existaient en général depuis un temps plus ou moins long lorsque, sans cause connue souvent, une aggravation extrême se manifeste. Le sujet est pris de frissons, de fièvre vive. Il y a une dyspnée très marquée, l'inspiration surtout paraît difficile et s'accompagne d'un sifflement souvent entendu à une certaine distance. Les mouvements respiratoires sont très accélérés, brefs, difficiles. Au début, la toux est fréquente, souvent quinteuse et douloureuse. Elle n'amène pas d'expectoration, ou tout au

plus à grand-peine une mousse spumeuse ou quelques petits crachats striés de sang. La percussion ne révèle aucune matité et peut au contraire donner un son plus tympanique. Le murmure vésiculaire est complètement masqué par des bruits anormaux. C'est un mélange de toutes sortes de râles secs et humides, auquel on donne le nom de bruit de tempête. En certains points, surtout aux bases, il y a des râles sous-crépitants aux deux temps.

Quelquefois la dyspnée est encore supportable les premiers jours, et n'arrive que graduellement à l'asphyxie, mais dans d'autres circonstances elle arrive très vite à une suffocation réelle. La voix est brève, basse, inquiète, les pommettes sont rouges, l'expression du visage exprime l'angoisse, la peau est chaude. A un degré plus marqué, le malade est obligé de se maintenir sur son séant, de mettre en jeu tous les muscles auxiliaires; il se cyanose, les extrémités se refroidissent. On perçoit un râle trachéal, le pouls devient petit et irrégulier, la face se couvre d'une sueur visqueuse, et le sujet succombe dans le coma, rarement interrompu par le délire. Cette terminaison a lieu du 9^e au 10^e jour. Si au contraire la maladie se termine par la guérison, on voit les signes d'auscultation se limiter aux parties inférieures. La fièvre reste modérée. L'expectoration devient plus facile, aérée. La teinte cyanotique disparaît. Ces signes d'amélioration apparaissent en général à la fin de la première semaine. Dans ces cas, la convalescence est lente et maintes fois entrecoupée de rechutes.

2° *Bronchopneumonie en foyers*. — Cette seconde forme peut succéder à une bronchite aiguë. Dans ce cas son évolution rappelle assez celle de la broncho-pneumonie infantile. Dans le cas contraire, son début est assez brusque, avec frissons suivis de fièvre et de point de côté. L'expectoration est d'abord peu abondante, douloureuse et légèrement striée de sang. L'auscultation fait entendre dans une grande étendue des râles bronchiques secs et humides, généralement prédominants aux bases. Mais de plus, en un point bien limité, la percussion donne un peu de submatité, l'auscultation montre l'existence de râles crépitants fins auxquels se joindront bientôt du souffle et de la bronchophonie. Ce premier foyer, d'abord très restreint, peut acquérir des dimensions plus grandes. Souvent un examen attentif révèle, le même jour ou les jours suivants, la formation et l'évolution de nouveaux foyers disséminés dans la poitrine. La douleur de côté est moindre que dans la pneumonie franche. La dyspnée peut être moins marquée et la fièvre est moins vive. Chacun des foyers évolue pour son compte, et à mesure qu'il approche de la résolution, le souffle bronchique s'atténue et fait place à des râles sous-crépitants, d'abord fins, puis gros. Alors même que les divers noyaux ont disparu, la bronchite persiste encore. On s'explique ainsi la durée plus longue de la broncho-pneumonie, qui, en moyenne, est de deux à trois semaines chez les sujets vigoureux. La maladie ne se termine pas de la façon brusque, critique, qui est de règle dans la pneumonie. Le retour à la santé se fait d'une manière lente, progressive. Le tracé thermométrique montre une chute en échelons, par lysis, et non la défervescence brutale. Dans la bronchopneumonie, du reste, le tracé thermométrique ne se maintient pas en général à un niveau très élevé. Les différences entre les températures du matin et du soir sont plus marquées. L'expectoration, au début consistante et même teintée de sang, devient plus tard très abondante. Les crachats sont souvent alors blancs, aérés, et ils peuvent être constitués par une purée verdâtre très abondante.