

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<sup>e</sup> au 10<sup>e</sup> 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.

## C. — BRONCHOPNEUMONIE DES VIEILLARDS

Chez le vieillard, il convient de distinguer trois formes : la forme aiguë régulière, la forme asphyxique suffocante, la forme lente ou subaiguë.

1° La *forme aiguë* débute assez soudainement par des frissonnements ou même un frisson vrai. Le malade se plaint de céphalalgie, de sécheresse de la gorge. La bouche est pâteuse et amère. Il y a un peu de dyspnée. La respiration est brève, la toux violente, les crachats abondants, surtout muqueux, quelquefois mélangés de pus et même de sang. Il y a souvent de la douleur de côté. La percussion montre des zones multiples, limitées, de submatité ou de matité vraie, et dans les parties correspondantes, on entend du souffle bronchique ou de la bronchophonie. Dans le reste de la poitrine, il y a des râles secs et humides. Souvent le malade se plaint de douleurs dans le dos et les membres. La peau est chaude, brûlante, l'urine rare et chargée, le pouls modérément accéléré, 96 à 108 pulsations, plutôt mou. La fièvre présente des exacerbations vespérales, et généralement se maintient entre 39 et 40 degrés. La durée de la maladie est plus longue que dans la pneumonie ordinaire, et le catarrhe bronchique survit aux signes d'induration pulmonaire.

2° La *forme suffocante* de la bronchopneumonie présente un aspect plus inquiétant. La dyspnée y est extrême, le sujet est obligé de rester sur son séant. La respiration est brève, fréquente. La toux est quinteuse, douloureuse. Elle ramène une expectoration visqueuse, souvent absolument privée d'air. L'auscultation fait entendre dans toute la poitrine les râles de bronchite, derrière lesquels on a peine à trouver les foyers de condensation. Le pouls est petit, très fréquent; les traits sont altérés, le visage pâle, les lèvres cyanosées; les forces déclinent très rapidement, la respiration devient trachéale, les extrémités se refroidissent, il survient du coma, au cours duquel succombe le malade. Dans les cas plus favorables, les signes de bronchite capillaire disparaissent les premiers, laissant subsister ceux qui traduisent l'inflammation lobulaire, qui eux-mêmes disparaissent avant les signes de l'inflammation des grosses bronches.

La *bronchopneumonie subaiguë* complique surtout le catarrhe chronique des bronches. Il y a une augmentation progressive de la dyspnée qui apparaît surtout à la suite des mouvements, et qui est toujours plus marquée la nuit. Les crachats sont très épais, muqueux ou purulents, non aérés. L'expectoration est pénible et ne procure aucun soulagement. Le malade ne se plaint guère, il reste tranquille dans son lit; la fièvre est modérée; les pommettes sont légèrement colorées. On entend dans les deux bases des râles sous-crépitaux fins qui s'accompagnent plus tard de respiration soufflante et de souffle bronchique; le souffle est du reste fugitif, passager, et il peut disparaître pour reparaître sur un autre point. Il y a aussi une légère submatité. Les symptômes sont plus marqués le soir. Cette forme se prolonge généralement plus de trois semaines. On y note souvent des améliorations temporaires suivies du retour des accidents.

## VI

## MARCHE — DURÉE — TERMINAISONS

La durée de la bronchopneumonie est toujours plus longue que celle de la pneumonie franche, et dépasse en général quinze jours et trois semaines. Elle est naturellement en rapport avec l'étendue, le nombre des foyers pulmonaires, et comme ceux-ci n'apparaissent pas toujours en même temps, chaque éruption nouvelle prolonge d'autant la durée totale.

Nous avons vu que, la bronchopneumonie disparue, la bronchite préexistante persiste souvent encore, et celle-ci est encore une raison de plus pour prolonger la période de convalescence.

La mort est loin d'être rare, et elle peut être due, non seulement à la bronchopneumonie, mais souvent encore à la maladie initiale que celle-ci est venue compliquer. La mort est souvent très rapide dans les formes suffocantes où prédomine l'élément bronchitique. Elle est plus tardive dans les cas de foyers peu nombreux et de certain volume.

La bronchopneumonie peut présenter un certain nombre de complications, telles que la gangrène pulmonaire, la pleurésie.

La bronchopneumonie peut enfin se terminer par le passage à l'état subaigu ou chronique. Ces cas ont été étudiés dans un autre chapitre de ce volume, et nous ne saurions leur consacrer de longs développements. L'anatomie pathologique montre dans ces cas une dilatation des bronches avec sclérose, atrophie et rétraction du poumon. Les malades ne se remettent pas. La fièvre persiste avec des exacerbations vespérales. La toux et la dyspnée augmentent progressivement ainsi que la faiblesse et l'apathie. Les malades présentent bientôt l'habitus phtisique. Le facies est amaigri, pâle ou légèrement cyanosé. L'amaigrissement augmente rapidement, la peau est flasque, l'appétit nul. Les signes physiques ne subissent d'abord aucune transformation. Mais à mesure que la sclérose fait des progrès, que la dilatation des bronches s'accuse, on observe l'apparition d'un souffle plus rude, de râles pseudo-cavitaires. La poitrine se déforme sous l'influence des rétractions pulmonaires. Le cœur est attiré du côté de la lésion pulmonaire.

Dans certains de ces cas, la cachexie fait des progrès rapides, et les sujets succombent dans un état hectique. Ailleurs, la marche est plus lente, et l'on voit s'installer les signes de l'asystolie, le cœur étant obligé de lutter contre l'obstacle opposé à la circulation intrapulmonaire. Dans d'autres cas enfin, les progrès de la sclérose s'arrêtent avant que la dilatation des bronches ait fait de trop grands progrès, et le malade revient à une santé relativement satisfaisante, ne conservant plus que quelques signes d'induration pulmonaire limitée.

## VII

## DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la bronchopneumonie peut être très difficile et les conditions qui se présentent au médecin sont très diverses.