

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 réparaître 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.

Nous devons d'abord signaler les *formes latentes*, dans lesquelles les plaintes ou l'habitus du malade n'indiquent nullement l'existence de lésions pulmonaires. On ne saurait jamais trop insister sur la fréquence de ces formes, sur la nécessité qu'elles imposent de procéder toujours à un examen complet de la poitrine. Chez les enfants en bas âge, chez ceux qui sont épuisés par une maladie déjà longue, chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, dans les états cachectiques, chez le vieillard, la bronchopneumonie n'est souvent dépistée que grâce à un examen de parti pris que rien dans la symptomatologie ne semblait commander. On aura soin dans ces cas de ne pas se borner à entendre les premières inspirations, et de ne pas se laisser égarer par des râles de déplissement pulmonaire, etc.

Dans des cas plus nombreux, la bronchopneumonie donne lieu à des symptômes fonctionnels et généraux qui pourront être masqués par les signes de la maladie primitive. Nous ne saurions énumérer ici tous les éléments qui éveillent l'attention. Nous signalerons seulement les renseignements fournis par une élévation de la température, l'accélération du pouls et des mouvements respiratoires, les modifications de l'éruption dans la rougeole, la diminution ou la disparition des quintes dans la coqueluche.

La maladie s'accuse par des signes locaux, fonctionnels, généraux. Elle peut être confondue avec un certain nombre de maladies : la bronchite simple, la congestion pulmonaire, la pneumonie lobaire, la tuberculisation pulmonaire.

Les troubles respiratoires bien plus marqués, leur caractère suffocant, la prédominance de râles fins, souvent assez semblables aux râles crépitants, ne permettront guère de confondre longtemps une *simple bronchite limitée aux grosses et moyennes bronches* avec une bronchite capillaire. Quant à distinguer celle-ci de la bronchopneumonie, c'est chose illusoire pour ceux qui admettent, comme nous l'avons fait dans le cours de ce chapitre, qu'une bronchite capillaire de quelque importance ne peut exister sans participation des alvéoles pulmonaires. L'examen de la poitrine permettra de distinguer les noyaux lobulaires, qui caractérisent les formes disséminées et pseudo-lobaires de la bronchopneumonie.

La *congestion pulmonaire* de l'enfant paraît, en général, d'une façon brusque. Elle est habituellement unilatérale et souvent limitée au sommet. Elle détermine une ascension thermométrique notable, mais de courte durée. Les phénomènes stéthoscopiques sont surtout constitués par du souffle bronchique, souffle éphémère et qui, souvent en quelques heures, disparaît complètement.

On sera exposé à confondre les formes pseudo-lobaires de la bronchopneumonie avec la *pneumonie franche*, et les signes physiques dans les deux cas sont identiques. On tiendra grand compte de la marche de la température, de la présence possible d'herpès ou de rougeur des pommettes, des crachats. Dans les bronchopneumonies pseudo-lobaires, il est tout à fait exceptionnel de ne pas observer de signes dans le reste de la poitrine, ce qui est au contraire habituel dans la pneumonie.

Le point le plus délicat du diagnostic est celui de déterminer s'il y a lieu ou non de soupçonner la tuberculose. Dans les formes aiguës, succédant à une bronchite dont la cause est évidente (froid, rougeole, grippe, etc.), le problème est relativement aisé, mais s'il s'agit de formes subaiguës trainantes insidieuses, la difficulté est extrême. On tiendra, bien entendu, le plus grand compte des antécédents héréditaires et personnels, de la localisation des accidents, de la

succession des signes physiques. On recherchera l'état des ganglions, les stigmates de la scrofule. On se préoccupera de la marche de la température, souvent intermittente dans les lésions tuberculeuses. Les meilleurs renseignements seraient fournis par l'examen des crachats. Ceux-ci pourront être obtenus, même chez l'enfant, par l'emploi de vomitifs ou d'expectorants, tels que la terpine.

On n'oubliera pas que *le diagnostic ne doit pas toujours s'arrêter à la constatation d'une bronchopneumonie*. Celle-ci peut être la conséquence d'une maladie générale. Il faudra s'informer de tous les signes permettant de déterminer la nature de celle-ci. Nous avons montré que les bronchopneumonies de la rougeole et de la coqueluche peuvent survenir dans des formes frustes et même précéder la maladie générale. L'examen des gencives et de la face interne des joues pourra rendre des services précieux en faisant constater la présence des petites vésicules indiquées par Flindt et par Koplik, de l'enduit crémeux signalé par Comby.

Nous avons dit que *plusieurs microbes doués de propriétés pathogènes assez différentes peuvent donner naissance à des bronchopneumonies*. Est-il possible de déterminer sur le vivant la variété à laquelle on a affaire? Cette détermination présenterait sans aucun doute une importance considérable pour le pronostic.

Nous ne possédons encore à ce sujet que des données rudimentaires, et il ne peut en être autrement, puisque l'anatomie pathologique macroscopique et microscopique ne nous permet pas actuellement de différencier ces formes sans le concours de la bactériologie.

Tout en reconnaissant ces lacunes, il est cependant certains renseignements suffisamment établis que nous pouvons indiquer dès aujourd'hui.

L'étude de certaines bronchopneumonies grippales a mis jusqu'à un certain point en lumière les caractères principaux d'une forme de **bronchopneumonie due au streptocoque pyogène**. Ces bronchopneumonies débutent généralement par des frissonnements plutôt que par un frisson véritable. La dyspnée est très notable. La toux est peu marquée et l'expectoration est souvent peu abondante.

Les signes physiques présentent une grande variabilité, une tendance remarquable au déplacement. Ils sont rarement aussi accusés que dans la pneumonie lobaire, et dans tous les cas ils ne sont pas aussi nettement limités. Presque toujours, il s'agit de foyers multiples lobulaires. La durée totale de ces bronchopneumonies peut être assez longue, et la guérison peut se faire attendre trois, quatre, cinq semaines et davantage. La terminaison se fait d'une façon lente, et le tracé thermométrique montre les oscillations quotidiennes à grands écarts des états pyohémiques. Tels ont été les caractères donnés par Cantani⁽¹⁾, Finkler⁽²⁾, Mosler⁽³⁾, Lucatello⁽⁴⁾, Wassermann⁽⁵⁾, Harbitz⁽⁶⁾, Denny. Ces

(1) CANTANI, Supra una forma speciale di bronchopneumonia acuta contagiosa; *Giornale internazionale delle scienze mediche*, 1888.

(2) FINKLER, Die verschiedene Formen der croupösen Pneumonie; *Verhandl. d. Congresses für innere Medizin*, 1888.

(3) MOSLER, Ueber ansteckende Formen von Lungenentzündung; *Deutsche med. Wochenschrift*, 1889.

(4) LUCATELLO, Sulle polmoniti con streptococchi; *Archivio italiano di clinica medica*, 1890.

(5) WASSERMANN, Ueber differentielle Diagnostik von entzündlichen Lungenaffectionen. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1895.

(6) HARBITZ, Om atypiske Pneumonier specielt om Streptokokpneumoni. *Festskrift de Heiberg. Christiania*, 1895.

caractères acquerront une valeur plus considérable encore si ces bronchopneumonies se montrent sous forme épidémique et si leur nature contagieuse est manifeste. Les observations rapportées par Bonnemaïson⁽¹⁾, Ritter⁽²⁾, Wagner⁽³⁾, se rapportent vraisemblablement encore à des cas de ce genre, ainsi que l'admet Finkler. L'étude des produits de l'expectoration pourra fournir des renseignements utiles, comme dans les cas de Cantani et Manfredi; mais malheureusement les crachats sont ici généralement rares et souvent absents. Nous ne croyons pas devoir conseiller de recourir à l'étude bactériologique du suc retiré du poumon par la seringue de Pravaz, procédé employé par M. Finkler. Nous ne saurions considérer ces interventions comme absolument inoffensives et, de plus, nous pensons que ces ponctions agissent un peu à l'aveugle. Les signes physiques ne nous permettent pas de prévoir la profondeur du foyer de condensation. Il peut arriver de ponctionner une bronche, etc.

On peut assez souvent recueillir les crachats des enfants sur l'épiglotte et dans le larynx. Pour cela, on maintient la bouche béante au moyen de l'ouvre-bouche et l'on cherche les produits de l'expectoration en introduisant un tampon stérilisé au niveau de l'entrée du larynx.

Il est un cas dans lequel on pourra prévoir la nature streptococcique de la bronchopneumonie, celui dans lequel la maladie succède à un érysipèle de la peau ou des muqueuses, bronchopneumonie érysipélateuse bien étudiée déjà par Gubler et depuis par Straus⁽⁴⁾, par Stackler⁽⁵⁾, etc. On admet, en effet, aujourd'hui l'identité du streptocoque bronchopneumonique et du streptocoque de l'érysipèle. M. Mosny⁽⁶⁾, qui a insisté après plusieurs auteurs sur cette identité, a fait connaître un cas de bronchopneumonie à streptocoques érysipélateuse chez une personne qui n'aurait pas eu d'érysipèle, mais avait prodigué ses soins à un érysipélateux. Waldenburg, Weigand, Fischl, Kussmaul, Homburger, se basaient sur le caractère migrateur de certaines bronchopneumonies pour les rapprocher de l'érysipèle.

Rappelons cependant que les sujets atteints d'érysipèle de la face peuvent présenter des manifestations diverses de l'infection pneumococcique, ainsi que l'a établi Roger, et que la fréquence de ces manifestations s'explique par la fréquence du pneumocoque dans la salive des sujets atteints d'érysipèle.

Nous avons pu cinq fois, sur le vivant, établir le diagnostic de bronchopneumonies dues au bacille de Friedlaender. Dans ces cinq cas, les malades avaient expectoré des crachats visqueux dans lesquels l'examen microscopique avait décelé la présence en culture à peu près pure de nombreux bacilles entourés de capsules offrant tous les caractères du pneumo-bacille. Ces crachats sont encore plus épais, plus adhérents que ceux de la pneumonie lobaire; ils sont véritablement filants, poisseux. Dans quatre des cas ils étaient rouillés, dans l'autre ils étaient grisâtres. Deux fois ils renfermaient des moules bronchiques. Ces bronchopneumonies à bacilles de Friedlaender, dont nous avons rencontré chez l'adulte 12 cas à l'amphithéâtre, se sont le plus ordinairement présentées sous

(1) BONNEMAISON, Pneumonies malignes; *Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1875.

(2) RITTER, Beitrag zur Frage des Pneumotyphus; *D. Archiv. für klinische Medizin*, 1888, XXV.

(3) WAGNER, Der sogenannte Pneumotyphus; *D. Archiv. für klinische Medizin*, XXXV.

(4) STRAUS, Note sur un cas d'érysipèle des bronches et du poumon; *Revue mensuelle*, 1879.

(5) STAKLER, Essai sur la broncho-pneumonie érysipélateuse; *Thèse de Paris*, 1881.

(6) MOSNY, Note sur un cas de broncho-pneumonie érysipélateuse sans érysipèle; *Archives de médecine expérimentale*, 1890.

la forme pseudo-lobaire, et dans ce cas les signes physiques étaient souvent fort nets. Elles paraissent comporter un pronostic très grave, bien qu'en général le tracé thermométrique ne dépasse guère 39 degrés. Dans d'autres cas, la bronchopneumonie à bacille de Friedlaender produit des foyers multiples, et ceux-ci peuvent même se succéder en laissant entre eux des intervalles d'apyrexie. Galvagni⁽¹⁾ a récemment signalé un cas de ce genre.

L'individualité de ces bronchopneumonies à bacilles en capsules sur laquelle je suis revenu en 1897⁽²⁾ a été confirmée par un certain nombre d'auteurs.

Il convient de citer tout particulièrement parmi ceux-ci M. Monnier⁽³⁾ et son élève le docteur Tripot⁽⁴⁾, qui a réuni dans sa thèse 16 observations. Ils insistent sur l'impossibilité de reconnaître la nature de ces bronchopneumonies autrement que par l'examen bactériologique et sur la gravité du pronostic.

Les caractères anatomiques et cliniques sont absolument conformes à ceux que j'ai indiqués.

La bronchopneumonie due exclusivement au pneumocoque présente vraisemblablement dans son évolution quelques-uns des caractères que la pneumonie lobaire tient de son microbe pathogène, tels que sa durée relativement courte et sa tendance naturelle à la guérison. Nous ne possédons pas à ce sujet de documents bien probants, et croyons déplacé de les remplacer par des hypothèses. On pourra, à l'exemple de H. Neumann⁽⁵⁾, s'adresser pour le diagnostic à l'examen bactériologique de la salive. Cet auteur recueille sur un tampon d'ouate introduit derrière la langue une petite quantité de salive qui est délayée dans du bouillon stérilisé et inoculée à des souris. Il a pu, dans 12 cas de bronchopneumonie infantiles sur 14, reconnaître ainsi la présence de pneumocoques. Ce résultat a d'autant plus de valeur que des examens comparatifs sur des enfants sains ne lui ont montré qu'exceptionnellement le même microbe. Sur ces 12 cas, 11 se terminèrent par la mort, et le diagnostic bactériologique a pu être contrôlé à l'autopsie. Ce dernier détail montre que la bénignité des bronchopneumonies à pneumocoques n'est pas bien certaine ou que tout au moins elle paraît être extrêmement relative. Des renseignements plus précis seront fournis par l'examen de crachats recueillis sur l'épiglotte ou les cordes vocales. Cette recherche n'offre pas généralement de difficulté.

On voit que ce côté spécial du diagnostic des bronchopneumonies ne peut être pour le moment qu'ébauché. Il nous paraît que les quelques faits déjà acquis ont cependant leur importance et permettent de préjuger de l'intérêt qui s'attache à la poursuite des recherches dans cette direction.

(1) GALVAGNI, Sulla pulmoniti crupale a focolai disseminati; *Archivio italiano di clinica medica*, 1890.

(2) NETTER, Des broncho-pneumonies causées par le bacille encapsulé de Friedlaender. *Société méd. des hôpitaux*, 26 février 1897.

(3) MONNIER, Des infections bronchiques et en particulier des broncho-pneumonies non infectantes et infectantes à pneumo-bacille de Friedlaender. *Gazette médicale de Nantes*, 1897.

(4) TRIPOT, Des infections bronchiques et en particulier des broncho-pneumonies dues au pneumo-bacille de Friedlaender. *Thèse de Toulouse*, 1897.

(5) NEUMANN, Bakteriologischer Beitrag zur Ätiologie der Pneumonien im Kindesalter. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1889, XXX.