

## VIII

## PRONOSTIC

Le pronostic de la bronchopneumonie est toujours très grave : en laissant même de côté les chiffres donnés par Valleix et Trousseau, 127 décès sur 128, 22 sur 22, nous trouvons un chiffre de mortalité chez l'enfant de  $1/3$  ou  $2/3$ , dans les statistiques suivantes que nous empruntons à Wyss :

Bouchut . . . . .	35 sur 55
Bartels . . . . .	29 — 67
Ziemssen . . . . .	56 — 98
Barrier . . . . .	48 — 61
Steffen . . . . .	55 — 66

*Cette mortalité est d'autant plus grande que l'enfant est plus jeune.  
Elle est aussi variable suivant la maladie première.*

Ziemssen a vu, dans la bronchopneumonie de la rougeole . . .	11 sur 45
— — — des bronchites . . .	14 — 52
— — — de la coqueluche . . .	12 — 24

La bronchopneumonie qui complique la variole est très grave. Celle qui complique la diphtérie peut guérir.

Il faut tenir un grand compte de l'état antérieur de l'enfant, de l'influence des maladies cérébrales, du rachitisme.

*Une bronchopneumonie est d'autant plus dangereuse qu'elle est plus diffuse.* Une bronchopneumonie à gros noyau unique, même très considérable, l'est bien moins que de petits foyers disséminés dans tous les lobes.

On considérera comme d'un fâcheux augure les abaissements brusques de la température qui ne coïncideront pas avec une modification parallèle du pouls, l'irrégularité du pouls, les arrêts respiratoires, le rythme de Cheyne-Stokes, les phénomènes cérébraux tels que convulsions, délire, sopor, la suppression de la toux.

## IX

## PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT

*Il existe un traitement prophylactique de la bronchopneumonie susceptible de diminuer dans une large mesure la fréquence de cette redoutable complication.*

La bronchopneumonie est d'origine parasitaire, et ces parasites sont, suivant les cas, fournis par le malade lui-même ou empruntés au dehors. *Comme la pneumonie, la bronchopneumonie est due tantôt à une auto-infection, tantôt à une hétéro-infection. Dans ce dernier cas, il y a contagion.*

Si nous considérons l'auto-infection, l'action des micro-organismes présents de longue date dans la cavité bucco-pharyngée, comme l'origine du plus grand nombre des bronchopneumonies, nous sommes loin de rejeter l'influence de la

contagion et nous pensons que le devoir du médecin est de prévenir celle-ci par tous les moyens.

*On évitera donc autant que possible de laisser les sujets prédisposés à la bronchopneumonie au contact de bronchopneumoniques ou de pneumoniques.* — Nous parlons ici surtout des sujets atteints de rougeole, de coqueluche. L'isolement collectif des morbillieux n'est pas pour cela le meilleur moyen. Il faut s'efforcer autant que possible de perfectionner cet isolement, de séparer, comme l'a fait aux Enfants assistés M. Sevestre, les rougeoles simples et les rougeoles compliquées. M. Richard a conseillé l'isolement individuel<sup>(1)</sup>. Cette méthode évidemment logique se heurte dans nos hôpitaux à une impossibilité matérielle. M. Grancher<sup>(2)</sup>, pensant avec raison que la transmission se fait souvent par contact (sujet malade, objet inerte, sujet sain ayant approché un malade), entoure les lits des sujets susceptibles de transmettre une affection contagieuse de grillages qui isolent relativement les malades et entravent jusqu'à un certain point les relations.

Il faudra dans tous les cas éviter l'encombrement et ne pas laisser séjourner les malades dans des salles basses et peu aérées.

*La prophylaxie doit s'attaquer encore à cette autre cause plus importante encore à notre avis, l'auto-infection, l'action des microbes pathogènes que peut, antérieurement à la maladie, recéler la cavité buccale. C'est à l'antisepsie buccale, soins de propreté, lavages de la bouche, gargarismes avec des solutions antiseptiques, qu'il conviendra de s'adresser.*

Une autre source d'indications prophylactiques résulte de cette notion que la faiblesse des mouvements respiratoires, le décubitus prolongé, jouent un rôle manifeste dans l'extension de la bronchite, dans l'envahissement des bronchioles, ce facteur capital des bronchopneumonies. On s'efforcera donc d'éviter les conséquences d'un décubitus trop prolongé. On forcera les malades à s'asseoir, à changer fréquemment de position. On pourra leur faire prendre, comme le conseillait Valleix, le décubitus abdominal, et s'il s'agit d'enfants en bas âge, on les promènera souvent dans la chambre.

Toutes ces mesures diminueront sans aucun doute dans une large mesure la fréquence des bronchopneumonies.

Mais dans le cas où cependant la maladie est installée, quel traitement convient-il d'instituer?

La conduite à tenir n'est certainement pas la même que dans la pneumonie franche.

Celle-ci, de durée habituellement mesurée et contenue dans les limites assez précises, est ordinairement primitive et frappe des sujets dont la résistance organique est assez bien conservée. Les lésions du poumon y sont moins importantes, mais bien localisées. La plus grande partie de l'appareil pulmonaire est indemne et suffit largement à l'hématose. Il en résulte que la dyspnée est encore relativement assez faible. La tâche du médecin est assez simple. Il devra combattre les symptômes inquiétants, soutenir les forces, et la lutte sera de courte durée.

<sup>(1)</sup> RICHARD, De l'isolement individuel dans la rougeole; *Société médicale des hôpitaux*, 16 mars 1889.

<sup>(2)</sup> GRANCHER, Isolement et antisepsie à l'hôpital des Enfants malades; *Revue d'hygiène*, 1889. — Essai d'antisepsie médicale; *Revue d'hygiène*, 1890.

Dans la bronchopneumonie, les conditions sont toutes différentes. Il n'y a rien de l'allure cyclique de la pneumonie et rien ne fait pressentir la durée du mal. Les lésions locales relativement peu profondes sont répandues dans tous les lobes et portent une grande entrave à l'hématose. On est sans cesse sous la menace de l'extension de ces lésions, préoccupation relativement peu notable dans la pneumonie. Il s'agit de sujets débilités physiologiquement et pathologiquement. Nous pourrions insister sur ce parallèle.

La première indication dans la bronchopneumonie est de *soutenir les forces du malade*. L'usage des préparations alcooliques s'impose et l'on ajoutera souvent à l'alcool l'action des préparations ammoniacales.

On s'efforcera de *favoriser l'expectoration*, et c'est sans doute de cette façon qu'agit l'ipéca, si fréquemment employé avec fruit dans les cas de ce genre. Nous ne croyons pas pouvoir recommander l'apomorphine, conseillée par Jürgensen.

Les *bains tièdes* à 25 ou 30 degrés suivis de lotions fraîches, et même les bains froids, sont conseillés par de nombreux auteurs, et nous en avons obtenu personnellement d'excellents résultats.

L'influence de cette pratique est complexe et ne consiste pas seulement à combattre la fièvre. Elle exerce sans aucun doute une influence favorable sur l'activité du cœur et des mouvements respiratoires.

Depuis les communications de M. Renaut, nous faisons usage des *bains chauds*, dont nous sommes très satisfaits. On sait que la pratique de cet auteur consiste à donner des bains à 38° toutes les trois heures jusqu'à disparition de la fièvre. On obtient ainsi un soulagement très rapide de la dyspnée et des symptômes nerveux. La balnéation chaude ne paraît pas suffisante pour arrêter le développement des lésions pneumoniques, mais elle agit merveilleusement contre la bronchite diffuse qui est le plus ordinairement le point de départ de la bronchopneumonie et dont le rôle est des plus essentiels dans l'évolution du mal.

La balnéation chaude a été employée avec le même succès chez l'adulte que chez l'enfant.

Nous ne pensons pas, malgré l'autorité de Rilliet et Barthez, que la révulsion sous forme de vésicatoires soit très utile, et nous lui reconnaissons plus d'inconvénients que d'avantages.

### CHAPITRE III

#### MALADIES INFLAMMATOIRES AIGÜES DU POU MON AUTRES QUE LA PNEUMONIE ET LA BRONCHOPNEUMONIE INFECTION PAR CONTIGUITÉ, PAR VOIE SANGUINE, LYMPHATIQUE, ETC.

Nous avons consacré de longs développements à l'étude de la pneumonie lobaire et de la bronchopneumonie, ces deux inflammations pulmonaires d'ori-

gine parasitaire dans lesquelles l'envahissement du poumon se fait par les voies aériennes<sup>(1)</sup>.

*La pneumonie et la bronchopneumonie ne sont pas les seules inflammations pulmonaires, et pour envahir le poumon les voies aériennes ne sont pas seules à fournir accès aux agents pathogènes.*

*Il y a des cas dans lesquels le poumon est pris par contiguité.* Telles sont les inflammations qui succèdent aux affections de la plèvre, de la paroi thoracique, de l'œsophage, du péritoine, des organes abdominaux. Dans tous ces cas, l'inflammation pulmonaire ne joue certainement qu'un rôle effacé et il nous paraît inutile de leur consacrer une description spéciale. Rappelons seulement que l'actinomycose thoracique, l'une des localisations les plus intéressantes de cette maladie parasitaire relativement rare en France, procède le plus généralement par ce mécanisme. Par suite d'une fistule œsophagienne, les agents pathogènes envahissent le parenchyme pulmonaire et ultérieurement la plèvre.

En traitant de la pleurésie, nous aurons l'occasion de décrire la pneumonie interstitielle qui succède aux épanchements ayant persisté au delà d'un certain temps. Cette inflammation du tissu interstitiel a été imputée au trouble que l'altération pleurale porte à la circulation lymphatique.

Un groupe important d'inflammations pulmonaires peut être rapporté à une infection partant, non des voies aériennes, mais de *l'appareil vasculaire* si développé de ces organes. Les inflammations chroniques ne ressortissent pas à notre travail et nous n'avons pas à nous en occuper. Les abcès du poumon de la pyohémie sont étudiés dans le chapitre consacré à l'embolie.

On a tenté tout récemment encore de rapporter la pneumonie lobaire à une infection par voie sanguine. Nous avons montré les nombreuses raisons qui nous empêchent d'accepter pour la plus grande majorité des cas cette pathogénie. Nous ne saurions cependant la repousser pour tous les cas et nous pensons que ce mécanisme pourra être invoqué dans certains cas où la pneumonie est précédée d'autres manifestations pneumococciques portant sur les organes éloignés. Nous avons vu ainsi quelquefois une pneumonie à l'autopsie de souris ayant succombé assez longtemps après une inoculation de pneumocoques dans le tissu cellulaire sous-cutané.

On a voulu expliquer les accidents pulmonaires de la fièvre typhoïde par un arrêt du bacille typhique au niveau des capillaires du poumon. Nous avons vu que cette opinion n'est pas, à l'heure présente, appuyée par des faits probants.

Nous serions plus disposés à invoquer l'arrivée par voie sanguine dans le poumon des agents de la fièvre intermittente, du rhumatisme articulaire aigu. Les manifestations pulmonaires dans ces infections ont en effet une allure toute spéciale et en quelque sorte spécifique. Mais il n'existe sur ce sujet aucune observation probante.

Dans un mémoire inspiré par Schüppel, Wiedemann<sup>(2)</sup> rapporte deux obser-

<sup>(1)</sup> Finkler, dans son traité des inflammations aiguës du poumon, admet l'existence d'une troisième forme, la pneumonie cellulaire (*zellige Pneumonie*), qui n'est pour nous qu'une bronchopneumonie à streptocoques. Nous devons à M. Grancher la connaissance d'une maladie particulière, la spléno-pneumonie dont nous ignorons encore l'anatomie pathologique. Nous n'avons pas cru pouvoir lui consacrer un chapitre spécial, mais on trouvera son histoire résumée dans le chapitre consacré à la pleurésie sérofibrineuse.

<sup>(2)</sup> WIEDEMANN, Kommt Lungenseuche bei den Menschen vor; *D. Arch. für klin. Medicin*, XXV.