de sûreté de la circulation cérébrale. Enfin l'épistaxis se rattache parfois, surtout dans sa forme à répétition à des lésions locales durables : état variqueux de la muqueuse, ulcérations, polypes, tumeurs.

b. *Causes générales.* — Les unes agissent par congestion veineuse brusque et violente (coqueluche), d'autres agissent par la même voie, mais avec lenteur (affections mitrales). La diphtérie agit à la fois par lésion locale et par dyscrasie sanguine. Les formes hémorragiques des maladies éruptives, le purpura, l'hémophilie, mettent en jeu l'altération du sang ou des lésions vasculaires.

2° Symptômes. — Le sang est rutilant, non mélangé d'air. Il s'écoule d'un côté ou des deux. Sa quantité varie de quelques gouttes à un verre, un demi-litre. A cela se borne en général la symptomatologie. Chez les sujets émotifs, ou en cas d'hémorragie abondante, il peut y avoir de la pâleur, des lipothymies, une syncope. La pâleur persiste, si l'épistaxis se répète souvent.

3° Diagnostic. — L'épistaxis nocturne est souvent confondue avec une hémoptysie ou une hématémèse. Le sang, issu des vaisseaux pendant la nuit, s'écoule dans le gosier, pénètre dans les bronches ou l'œsophage, d'où il est expulsé au réveil, avec de la toux ou des vomissements. La rhinoscopie fait reconnaître souvent des caillots dans les fosses nasales ; de même si à l'examen du gosier, on distingue des placards sanglants au-dessus du voile du palais, on peut conclure à l'épistaxis.

4° Pronostic. — Le pronostic est bénin dans l'épistaxis de cause locale. L'épistaxis de l'adolescence se répète fréquemment et contribue à provoquer l'anémie.

5° Traitement. — L'épistaxis s'arrête souvent spontanément ou aidée par les procédés classiques de l'élévation des bras, de la clef dans le dos.

Si elle persiste, on fera aspirer de l'eau vinaigrée, de l'eau de Pagliari, étendue de moitié d'eau, une solution d'antipyrine à

1 p. 10 ou 1 p. 5. On peut avoir recours à un tampon imbibé de la solution d'antipyrine, ou d'une solution de cocaïne à 10 p. 100 (à éviter chez les jeunes enfants) ou d'une solution très diluée d'adrénaline.

En cas d'insuccès, rechercher la lésion. Elle est généralement antérieure ; si on la distingue, la toucher avec le nitrate d'argent ou une pointe de galvano-cautère. Si elle échappe, faire le tamponnement antérieur avec de la gaze, du coton aseptique. Le tamponnement total doit être réservé aux cas exceptionnels.

Traiter l'anémie consécutive.

ARTICLE III

LARYNGITES

Les laryngites sont *aiguës* et *chroniques*. Les *laryngites aiguës* ont de nombreuses variétés anatomiques : catarrhales, profondes, laryngites compliquées d'ulcérations, d'œdème, d'exsudations membraneuses diphtériques ou non diphtériques. Sur le terrain clinique, il faut prendre comme point de vue constant le croup, et distinguer les variétés de laryngite suivant qu'elles reproduisent plus ou moins exactement les symptômes de cette affection. Nous admettrons d'après cela : 1° des *laryngites simples ;* 2° des *laryngites* avec *accès de suffocation* sans troubles intercalaires ; 3° des *laryngites avec dyspnée continue et crises de dyspnées paroxystiques ;* 4° *des laryngites chroniques.*

Nous accorderons une courte description au *stridor laryngé congénital.*

§ 1. — Laryngites simples

Les laryngites simples sont celles qui n'entraînent en général aucun trouble de la respiration.

1° Étiologie. — Elles se montrent dans tous le cours de l'enfance, succèdent à l'impression du froid, à l'inhalation de vapeurs irritantes, à une poussée dentaire, ou n'expriment que la locasation d'une maladie générale, grippe, rougeole, coqueluche.

2° Symptômes. — Irritation du larynx, sensation d'ardeur, de chatouillement, toux au début, sèche, fréquente, à timbre plus ou moins rauque ; plus tard, toux grasse, expulsant de petits pelotons muqueux ; voix enrouée, parfois bitonale et discordante, presque toujours claire ; pas de douleurs, pas de troubles de la déglutition ; réaction fébrile légère, sauf dans les formes liées aux maladies générales.

Évolution rapide, trois à quatre jours ; tendance à la récidive et à la chronicité chez les scrofuleux, les arthritiques, les adénoïdiens.

L'examen révèle un peu de rougeur de la gorge et du larynx, quelques sécrétions muqueuses, l'absence de tout symptôme broncho-pulmonaire.

3° Diagnostic. — Le diagnostic ne peut hésiter qu'au début entre une laryngite simple et une localisation sur le larynx de la grippe, de la rougeole ou de la diphtérie.

4° Pronostic. — Le pronostic est bénin.

5° Traitement. — Le traitement se réduit à de la révulsion (badigeonnages iodés) et quelques sédatifs (bromure, bromoforme, attouchements à la cocaïne à la phase initiale) et quand la toux devient grasse, à l'administration de 10 à 20 centigrammes de terpine ou d'un sirop sulfureux.

§ 2. — Laryngites simples avec phénomènes paroxystiques

Ces laryngites simples sont représentées par la *laryngite striduleuse classique*.

1° Étiologie. — Ce sont les mêmes causes que celles de la laryngite simple ; le terrain seul diffère. Il s'agit d'enfants jeunes, de deux à sept ans, issus de nerveux ou d'arthritiques, souvent rachitiques, présentant eux-mêmes quelques tares nerveuses, sommeil agité, terreurs nocturnes. On retrouve parfois comme dans toutes les manifestations nerveuses cette affection chez plusieurs enfants de la même famille.

2° Symptômes. — La belle description de Trousseau a marqué pour la laryngite striduleuse une place à part dans le groupe des laryngo-spasmes, dont elle ne diffère que par sa bénignité et son évolution rapide.

Après un ou deux jours de laryngite simple prémonitoire, l'accès éclate, de préférence la nuit. Déjà la toux a pris un caractère rauque, aboyant, volumineux ; l'enfant s'endort d'un sommeil agité. Tout d'un coup, il se dresse avec une figure anxieuse, se cramponnant à ses couvertures ou aux bras de ses parents. Il respire avec peine, produisant un sifflement prolongé à chaque inspiration pendant qu'il s'efforce de mettre en action toutes ses forces inspiratrices, renversant la tête en arrière, soulevant les épaules, déterminant ainsi un tirage énorme qui s'accompagne de la dépression inspiratoire des creux sus-claviculaires, sus-sternal, sous-sternal. La figure rouge, couverte de sueurs, ne tarde pas à se cyanoser en même temps que les extrémités ; le pouls est petit, mou, les veines du cou gonflées. L'accès dure quelques instants, se calme, se reproduit un certain nombre de fois pendant un quart d'heure, une demi-heure, parfois quelques heures, puis la détente arrive complète, ramenant le sommeil, comme s'il s'agissait d'une crise éclamptique.

L'attaque est unique, ou se reproduit une ou deux fois les jours suivants. L'examen ne révèle rien d'autre que ce qu'on constate dans la laryngite. L'accès fini, il ne reste que la raucité de la voix, de la toux, un peu de fatigue, parfois un mouvement fébrile.

3° Diagnostic. — La laryngite striduleuse diffère du *croup*, en ce qu'elle dessine d'emblée un paroxysme violent sans passer par une phase d'avertissement. Après l'accès, la sédation est complète, la voix claire est rauque, mais non voilée. L'examen du pharynx ne montre aucune fausse membrane pas plus que la recherche de l'épiglotte par le procédé de Variot, ou celle de la muqueuse laryngée soit au laryngoscope, soit par le procédé de Kirnstein. Ce dernier enfonce une longue spatule étroite échancrée et recourbée à son extrémité de façon à déprimer la langue jusqu'à sa terminaison et à découvrir le larynx.

L'état général est bon, il peut y avoir de la fièvre, mais non l'altération des traits si commune dans la diphtérie.

En dehors du croup, la laryngite striduleuse rappelle le *laryngo-spasme essentiel*, qui survient dans les deux premières années et se répète plusieurs fois le jour, *celui du coryza* également spécial au nourrisson, celui des *végétations adénoïdes*, ou du *coryza postérieur*, celui des *corps étrangers du larynx* : dans ce dernier cas il débute brusquement après la déglutition.

4° Pronostic. — Le pronostic est en général bénin ; on a cependant signalé des cas de mort. La laryngite striduleuse récidive volontiers.

5° Traitement. — Le médecin est amené par l'anxiété de l'entourage et sa propre émotion à multiplier les manœuvres. En général, il faut s'abstenir de tout moyen excitant : sinapismes, bottes de coton. On peut donner de l'ipéca, car la nausée est un antispasmodique certain. Comme sédatifs immédiats, on aura recours à l'éponge d'eau chaude promenée sur le devant du cou et de la poitrine, à l'inhalation de vapeur d'eau simple ou additionnée de quelques gouttes de quinoléine. En même temps on fera prendre à l'enfant un anticonvulsivant. Variot recommande la codéine, 1 à 2 centigrammes. Le chloral, le bromure sont également indiqués, soit intus, soit en lavement à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, isolés ou associés.

Après l'accès, on laisse l'enfant dans une atmosphère chargée de vapeur d'eau, on continue le bromure, on lui donne le lendemain un ou deux bains tièdes, le dernier avant le coucher.

Il est rare qu'on soit obligé de recourir au tubage, cependant celui-ci doit être employé si la suffocation devient menaçante pour la vie.

§ 3. — Laryngites dyspnéiques avec phénomènes paroxystiques

Les laryngites de ce groupe se caractérisent par une dyspnée laryngée persistant entre les accès de laryngo-spasme. Bien

qu'elles relèvent de causes très distinctes, elles constituent une classe naturelle.

1° Étiologie, et anatomie pathologique. — Nous admettrons des laryngites catarrhales, érosives et ulcéreuses, exsudatives, phlegmoneuses et œdémateuses.

a. *Laryngites catarrhales.* — Les laryngites catarrhales relèvent des mêmes causes que les laryngites simples, en particulier de la rougeole, de la grippe. Le catarrhe ou l'érythème sont diffus, mais souvent la lésion se localise de préférence dans la région sous-glottique (Touchard [1]) sous la forme d'un bourrelet rouge, sous-jacent à la corde vocale inférieure et appréciable au laryngoscope. Ce bourrelet siégeant dans la partie cricoïdienne, resserrée du larynx, réalise une sorte de sténose aiguë. De plus, la région qu'il occupe serait particulièrement spasmogène.

b. *Laryngites érosives ou ulcéreuses.* — Les érosions se produisent, dans quelques cas, consécutivement à la rupture de vésico-pustules, comme dans la variole, dans la varicelle. Marfan et Hallé, Bayeux ont signalé des cas de mort par laryngite varicellique. J'ai vu un cas de varicelle laryngée qui a nécessité le tubage.

Dans d'autres cas, elles se produisent d'emblée, comme dans la dothiénentérie, où elles siègent habituellement au niveau des follicules clos des arythénoïdes, rappelant les ulcérations de même nature des piliers antérieurs.

Souvent les ulcérations surviennent dans le décours de la maladie générale, rougeole, fièvre typhoïde.

Parfois enfin, elles succèdent au tubage et sont d'origine mécanique.

c. *Laryngites exsudatives.* — Cette forme de laryngite peut être primitive, mais elle survient le plus souvent dans le cours de la rougeole ou de la scarlatine. Il n'est pas rare que des enfants admis au pavillon des diphtéries pour avoir présenté du tirage et des fausses membranes dans le gosier soient renvoyés le lendemain aux rougeoles ou aux scarlatines. Souvent aussi, dans

[1] Touchard, Thèse de Paris, 1893.

ces cas, il existe concurremment des foyers de broncho-pneumonie. Il va de soi que les fausses membranes dont il est question sont dues à des streptocoques ou des staphylocoques, à l'exclusion du bacille de Löffler. Nous renvoyons pour l'étude du croup diphtérique à l'article diphtérie.

d. *Laryngites phlegmoneuses.* — Il existe des *phlegmons primitifs de larynx*, se terminant par la formation d'abcès (Garel et Barjon, Moure), des *phlegmons qui succèdent aux ulcérations*, par exemple, dans le laryngo-typhus et qui aboutissent parfois à la nécrose des cartilages, des *œdèmes aigus*, inflammatoires, qui succèdent à l'abcès rétro-pharyngien, à l'ingestion de liquides brûlants ou au gonflement péripustuleux dans la variole. Souvent ils se résolvent spontanément.

e. *Œdème de la glotte.* — L'œdème de la glotte qui coïncide généralement avec une néphrite ou un anasarque scarlatineux, n'a rien d'inflammatoire et dépend exceptionnellement de lésions tuberculeuses ou syphilitiques chez les enfants.

2° Symptômes. — Ce qui caractérise ces diverses laryngites, c'est la dyspnée continue avec cornage, tirage, entrecoupée de temps à autre par des accès de suffocation. L'évolution varie suivant les cas.

Dans la *laryngite sous-glottique*, la guérison est la règle, au bout de quelques jours. Souvent, l'apparition de l'éruption rubéolique met fin au drame laryngé prémonitoire.

Dans les *formes ulcéreuses*, les symptômes laryngés persistent et lorsqu'il survient une broncho-pneumonie, la mort est la règle. Dans ces cas le tubage soulage les accès de suffocation, mais n'arrête pas la dyspnée continue.

Il est des sujets intubés qui ne peuvent quitter leur canule, sous peine de suffocation. Ce sont les *tubards*. On est obligé de laisser le tube à demeure pendant sept à huit jours et parfois d'opérer la trachéotomie. Dans quelques-uns de ces cas, ce sont les *érosions ou les ulcérations produites mécaniquement* qui expliquent la tendance au laryngo-spasme.

Les *laryngites exsudatives non diphtériques* rappellent tout à fait le croup. L'examen bactériologique seul peut établir la

distinction ; l'évolution, en général, bénigne confirmera les résultats de cet examen.

La *laryngite phlegmoneuse* se traduit par une tuméfaction notable portant sur les replis ary-épiglottiques, sur l'épiglotte, sur la glotte dont les lèvres gonflées dessinent des saillies rougeâtres qui ont l'aspect du chemosis palpébral (Fauvel).

La dyspnée est intense, les suffocations répétées, la fièvre élevée, la douleur locale appréciable, la déglutition difficile.

Dans l'*œdème du larynx*, l'infiltration est totale, la muqueuse pâle, gonflée dans toute son étendue : il y a du cornage avec sifflement inspiratoire, ou un simple cornage ronflant, sans sifflement : le toucher, l'impossibilité du tubage établissent le diagnostic.

3° Diagnostic. — En présence du syndrome, dyspnée laryngée avec laryngo-spasme intermittent, il faut examiner avec soin la gorge, l'épiglotte et si on le peut le larynx, soit au moyen du laryngoscope, soit par l'autoscopie. Si on ne trouve pas trace de membranes, il faut cependant faire une culture avec le mucus pris au fond du gosier, qui renferme des bacilles de la diphtérie même dans les cas de croup primitif.

Après la vue, c'est le toucher qui doit guider. Il peut en effet révéler l'existence d'un *abcès rétropharyngien*, d'un *œdème de la glotte*.

On tiendra compte aussi des caractères de la voix.

Dans la laryngite sous-glottique, il y a cornage, toux rauque et voix claire.

L'auscultation des poumons doit toujours être faite, car il y a des *broncho-pneumonies* qui s'accompagnent de *spasme du larynx*. Variot a bien signalé ce fait que j'ai pu vérifier à plusieurs reprises.

Enfin on tiendra compte de l'état général, des engorgements ganglionnaires, de la pâleur, de l'albuminurie.

4° Pronostic. — Les laryngites dyspnéiques au début des maladies générales cèdent habituellement en quelques jours. Plus graves sont celles de la période d'état ou de convalescence.

car elles sont souvent dues à des infections secondaires qui tendent à pénétrer plus bas et à produire de la broncho-pneumonie. Cependant, on a vu des cas de mort dans la laryngite varicellique d'emblée. Les laryngites exsudatives non diphtériques n'ont pas la gravité du croup, tout en étant sérieuses.

Le pronostic de la laryngite phlegmoneuse est toujours grave.

5° Traitement. — Lorsqu'on a éliminé le diagnostic du croup, il faut savoir attendre en appliquant le traitement exposé à propos de la laryngite simple et striduleuse. Si l'asphyxie devient menaçante on aura recours au tubage et si celui-ci ne peut se faire comme dans les infiltrations phlegmoneuses ou l'œdème, il faut recourir à la trachéotomie.

§ 4. — Laryngites chroniques

Les laryngites chroniques diffèrent peu aux différentes périodes de la vie.

Rares chez l'enfant, elles méritent à peine une mention.

La laryngite chronique infantile succède habituellement aux *lésions des voies respiratoires supérieures*, végétations adénoïdes, coryza chronique, déviation de la cloison qui suppriment la fonction respiratoire du nez et entraînent la respiration purement buccale.

Le *tubage* laisse quelquefois à sa suite des ulcérations qui tendent à produire un rétrécissement laryngé.

Enfin la *syphilis héréditaire précoce* détermine dans le premier mois de la vie des lésions souvent méconnues, infiltrations ou ulcérations qui entraînent parfois la mort par laryngospasme.

La *tuberculose laryngée* est exceptionnelle dans le jeune âge.

La laryngite chronique ne diffère en rien chez l'adulte et chez l'enfant. Non traitée, elle peut exercer une action encore peu précisée sur le développement général du larynx.

Le traitement n'a rien de spécial à l'enfance, si ce n'est l'intervention prophylactique pour les lésions des fosses nasales qui entraînent la laryngite.

§ 5. — Stridor laryngé congénital

Le stridor laryngé congénital est un bruit inspiratoire musical analogue au gloussement d'une poule, au hoquet ; plus rarement il se rapproche du ronflement d'obstruction nasale. L'expiration est généralement silencieuse, exceptionnellement grognante.

1° Symptômes. — D'après Sutherland, Lake, Variot et son élève Bruder[1], le stridor apparaît dans les deux premières semaines de la naissance ; il est continu, diminue pendant le sommeil, la tétée, le repos, augmente par toutes les excitations. Le cri et la toux sont normaux. La respiration s'accompagne de tirage. Peu gênée, en général, elle se complique parfois d'accès de suffocation et de cyanose. L'état général est bon. Le stridor augmente pendant les trois premiers mois, reste stationnaire jusqu'au huitième, puis diminue et disparaît au bout d'un ou deux ans. L'amélioration est d'ailleurs signalée par des rémissions de plus en plus longues.

2° Étiologie et pathogénie. — Le stridor laryngé est une affection congénitale.

Les autopsies pratiquées par Lees, Refslund, Variot, les examens laryngoscopiques de Sutherland, Lack, Marc-Hadour ont permis de reconnaître une malformation congénitale du larynx qui peut revêtir deux types (Variot).

Dans l'un, la malformation très accusée porte sur l'épiglotte qui est repliée sur elle-même en forme de gouttière ; en même temps les replis ary-épiglottiques, flasques et minces, sont en contact direct et forment une simple fente, dont les bords s'affaissent et vibrent sous l'influence de l'air inspiré.

Dans l'autre type, moins marqué, la malformation est limitée à l'épiglotte qui est enroulée sur elle-même, formant ainsi une

[1] Bruder, *Stridor laryngé congénital*, th. de Paris, 1901.

anche vibrante qui domine le larynx. Les replis ary-épiglottiques ne sont rapprochés que dans leur tiers antérieur.

D'autres auteurs, invoquent un spasme de la glotte (Thomson), un spasme réflexe des replis aryténo-épiglottiques (Smith).

3° Diagnostic. — Le stridor congénital doit être distingué du ronflement nasal, provoqué par des végétations adénoïdes ou un coryza, du cornage trachéal par compression thymique ou adénopathique, du laryngo-spasme. Les caractères symptomatiques du stridor établissent facilement la différence.

4° Pronostic. — Le stridor congénital est peu important par lui-même : il dispose cependant aux affections pulmonaires.

5° Traitement — Le traitement est purement hygiénique.

ARTICLE IV

BRONCHITES

Les bronchites présentent dans l'enfance quelques caractères particuliers, tirés soit de leur étiologie, soit de leur expression clinique, surtout chez les nourrissons. Nous les diviserons en bronchites aiguës et chroniques.

§ 1. — Bronchite aigue

La bronchite aiguë affecte en général les grosses et les moyennes bronches. Étendue aux bronchioles, l'inflammation tourne habituellement à la broncho-pneumonie.

1° Étiologie. — La bronchite aiguë est fréquente chez les enfants et en particulier chez les nourrissons. En été c'est l'intestin qui est menacé, en hiver ce sont les bronches. Le refroidissement en est une des causes habituelles, agissant d'autant plus nettement que le sujet est plus jeune. La respiration buccale, produite par l'obstruction nasale, augmente la susceptibilité des bronches. Certaines bronchites sont en rapport avec l'éruption des dents et se reproduisent à chaque poussée. D'autres s'associent à la dyspepsie gastro-intestinale aiguë (Sevestre). Enfin souvent la bronchite n'est qu'une localisation d'une maladie générale, rougeole, coqueluche, grippe. La bronchite pseudo membraneuse a été traitée à l'article diphtérie, dont elle est une des localisations. Signalons encore la bronchite qui accompagne la rhinite spasmodique pour constituer un des éléments du rhume des foins. On a noté certaines prédispositions créées par l'hérédité arthritique.

2° Symptômes. — *Dans la seconde enfance*, la bronchite évolue comme chez l'adulte, sauf que la toux est en général plus quinteuse. La voix n'est pas altérée, la toux d'abord sèche devient grasse. L'auscultation révèle des râles ronflants ou sibilants, à la partie supérieure et médiane de la poitrine, en avant et en arrière (région des grosses bronches et de la trachée) ; dans les cas les plus intenses, ils sont diffus. L'expectoration chez les enfants âgés est muqueuse, puis opaque. Il y a souvent un peu de réaction fébrile au début. L'affection évolue en quelques jours.

Dans les premières années, il y a souvent de la dyspnée, la poitrine chante, paraît pleine, laisse percevoir à l'auscultation des bruits sibilants et ronflants, plus généralement diffus; les secousses de toux s'accompagnent de grimaces douloureuses, de plaintes, parfois de vomissements. La température est fébrile, il y a de l'agitation, du malaise. Par moments, éclate un point de congestion pulmonaire avec poussée fébrile à 40° et foyer de râles fins à une base : le tout dure un ou deux jours (C. de Gassicourt). Dans les formes sérieuses, il peut y avoir de l'assoupissement ou même des convulsions.

La bronchite des jeunes enfants se termine souvent par résolution au bout de quelques jours, mais elle aboutit assez facilement à la bronchite capillaire et à la broncho-pneumonie, en raison de l'exiguïté des bronches.

3° Diagnostic. — Il faut distinguer la bronchite des *toux réflexes, amygdaliennes, adénoïdiennes*, ou *liées à la dentition*.

Ces toux symptomatiques sont souvent nocturnes, se produisent à heure fixe.

L'*adénopathie trachéo-bronchique* produit une toux quinteuse, coqueluchoïde.

Il serait important de distinguer la *bronchite prémonitoire coquelucheuse*, c'est-à-dire celle qui correspond à la période de contagiosité de la coqueluche avec une bronchite simple : on se basera sur la persistance de la toux après trois à quatre jours de traitement, l'apparition de temps à autre d'un vomissement, d'une crise d'éternûments.

Les *bronchites compliquées de congestion pulmonaire* font souvent craindre la *broncho-pneumonie*, mais l'erreur ne peut durer longtemps.

4° Pronostic. — Le pronostic est bénin en général : dans les premières années, on doit craindre la broncho-pneumonie.

5° Traitement. — Dans la seconde enfance, il n'y a pas d'indication spéciale.

Au début, révulsifs et sédatifs ; badigeonnages iodés, frictions à l'essence de térébenthine, enveloppement ouaté du thorax ; établir autour du malade une atmosphère un peu humide à 18° et sans variations de température ; donner un peu de bromure ou de codéine.

A la *phase d'expectoration* donner de la terpine, de la créosote sous la forme de suppositoires avec 10 centigrammes de créosote, 1 à 3 par jour.

Combattre dès le début les phénomènes généraux : quinine, antipyrine.

Dans la *première enfance*, se préoccuper de l'extension aux bronchioles. Renaut a proposé les bains chauds à 38° répétés plusieurs fois par jour. Lemoine, de Lille, applique cette méthode à toutes les bronchites sérieuses. Ce qu'il faut craindre, c'est le processus infectieux qui gagne peu à peu les parties profondes. Aussi chez les jeunes sujets, ne sommes-nous pas d'avis d'employer les sédatifs ni le repos au lit. Il faut porter les enfants, de façon à ne pas laisser la face postérieure des poumons dans une situation déclive. On aura recours à une révulsion plus

active : grands cataplasmes sinapisés, renouvelés quatre fois par jour et appliqués pendant dix à vingt minutes, bain sinapisé. Les expectorants qui sont indiqués dans les formes intenses de la seconde enfance, sont de rigueur ici : on aura recours soit au sirop d'ipéca, 15 à 30 grammes par jour, soit à une potion renfermant, 0,02 à 0,03 centigr. de kermès minéral.

Jurasz, d'Espine et Picot recommandent l'apomorphine, 1 à 2 centigrammes par jour. Je donne habituellement une infusion de 0,40 centigr. de feuilles de jaborandi dans une tasse d'eau, à prendre par cuiller à soupe dans la journée.

Il est important de lutter directement contre l'*élément infectieux*. A cet effet, je fais évaporer dans la chambre de l'enfant de l'eau en ébullition à laquelle on ajoute de la quinoléine ou de la teinture de benjoin ou encore de la teinture d'eucalyptus. La vapeur d'eau par elle-même a une action émolliente. On peut compléter ce traitement antiseptique par des suppositoires à la créosote. Je conseille de continuer le traitement antiseptique pendant les deux ou trois jours qui suivent la détente.

§ 2. — Bronchite chronique

La bronchite pour être chronique chez l'enfant implique soit la permanence d'action de la cause pathogène, soit un trouble général de la nutrition.

1° Étiologie. — La bronchite chronique dépend presque exclusivement du terrain : ce sont les enfants *scrofuleux*, *lymphatiques*, *arthritiques* qui sont le plus sujets à cette affection, et cette disposition se déclare de bonne heure. La bronchite chronique survient au même âge que le coryza chronique, que l'impétigo facial, que la blépharite, c'est-à-dire avant six ou sept ans. Au surplus, ces différentes lésions sont souvent associées.

Les causes occasionnelles varient : tantôt il s'agit de *dyspeptiques chroniques* qui ont « des feux » dans les bronches comme ils en ont au visage ; à ce sujet, j'insiste sur la corrélation qui existe entre l'eczéma du nourrisson et « la poitrine grasse ». J'ai

vu un enfant de quelques mois présenter une bronchite suffocante, à la suite de la disparition rapide d'une éruption eczémateuse. De pareilles bronchites doivent être traitées, comme l'eczéma lui-même, par un régime rigoureux et l'antisepsie intestinale ; tantôt ce sont des bronchites à répétition rappelées par l'*obstruction nasale* (adénoïdiens) et la respiration buccale permanente ; tantôt elles sont le reliquat d'une *rougeole*, d'une *coqueluche*, d'une *grippe*, ou provoquées par une *tuberculose commençante*. La coqueluche a une action très favorisante, surtout quand elle est intense et prolongée en raison des congestions veineuses bronchiques provoquées à chaque accès. Il se produit vraisemblablement au niveau de la muqueuse bronchique quelque chose d'analogue à la bouffissure du visage. On observe la même tendance, plus rarement réalisée, dans les *affections cardiaques*. L'*adénopathie trachéo-bronchique* favorise la chronicité d'une bronchite en gênant la circulation lymphatique. Nous avons souvent observé chez les sujets à grosses lèvres, à facies bouffi, une augmentation de volume et une induration des ganglions cervicaux et sous-maxillaires. La sclérose des ganglions amène une stase lymphatique qui elle-même favorise les infections secondaires et les lésions superficielles de la scrofule. L'adénopathie trachéo-bronchique provoque vraisemblablement sur la muqueuse bronchique le même trouble circulatoire et lui confère la même vulnérabilité. C'est peut-être par suite de pareilles dispositions locales, que la scrofule se cantonne de préférence dans tel ou tel territoire.

On a signalé une laryngo-bronchite atrophique et ulcéreuse, due à la propagation de *l'ozène*.

La bronchite chronique fait partie intégrante de la *dilatation des bronches* et de la *sclérose pulmonaire*.

2° Symptômes. — La bronchite chronique a une évolution lente, entrecoupée d'améliorations pendant la belle saison, d'aggravations en hiver et de poussées aiguës fébriles.

Elle se traduit par des troubles qui passent par les mêmes variations : toux sèche ou catarrhale, expectoration muqueuse ou muco-purulente à maximum, le matin au réveil. Je rappelle

que l'expectoration est rare chez l'enfant et qu'il faut une sécrétion abondante des bronches pour la provoquer sous une forme plus ou moins analogue à la vomique. Pas de dyspnée habituelle, pas d'emphysème (Comby). Cependant chez quelques sujets arthritiques on voit de bonne heure apparaître des accès d'asthme en relation avec les exacerbations.

Les signes physiques rappellent ceux de l'adulte : sibilances disséminées, parfois râles muqueux aux bases. Ces signes sont d'ailleurs variables, s'accentuent le matin ou à l'occasion d'une fatigue, se réduisent après le repos.

3° Diagnostic. — Rechercher s'il n'y a pas de tuberculose, par l'examen bactériologique des crachats, l'état général, la température.

Distinguer la bronchite des affections tussigènes, *hypertrophie de l'amygdale pharyngée, palatine, angine glanduleuse, coryza postérieur, adénopathie trachéo-bronchique, laryngite*.

Dans quelques rares cas, la bronchite se complique de sécrétions membraneuses (Lucas-Championnière, Claisse, Huchard) et porte alors le nom de *bronchite pseudo-membraneuse chronique*. Sur le fond d'une bronchite ordinaire se détachent de temps à autre des épisodes aigus, avec fièvre, dyspnée extrême, toux incessante jusqu'à ce que le malade ait expectoré des fragments qui représentent en quelque sorte le moule d'un certain nombre de bronches. Ces moules sont pleins et se divisent dichotomiquement en segments de plus en plus fins. Cette disposition est surtout appréciable quand on les examine dans l'eau. Les moules bronchiques sont constitués par une substance grenue qu'on rattache à la mucine et renferment des éléments cellulaires plus ou moins dégénérés et des microorganismes variables, streptocoques (Claisse), pour d'autres pneumocoques, staphylocoques. A la surface du moule, Claisse a reconnu des cellules épithéliales intactes. Le fragment expulsé ressemble plus à de la caséine qu'à une fausse membrane diphtérique. La bronchite pseudo-membraneuse a une évolution très longue, elle se termine toujours par la mort.

4° Pronostic. — La bronchite chronique des enfants guérit

souvent (Comby). Elle présente l'évolution habituelle des affections similaires observées sur les muqueuses oculaire et nasale.

Elle aboutit rarement à l'emphysème, sauf s'il s'y mélange de l'asthme. Elle favorise cependant les infections secondaires (tuberculose, bronchites aiguës, broncho-pneumonie). Elle dure des mois et des années, rétrocédant pendant la saison chaude, s'aggravant en hiver, dessinant de temps en temps une période aiguë.

5° Traitement. — *Modifier le terrain*, en s'adressant aux causes premières : dyspepsie gastro-intestinale chronique, adénopathies, scrofule, etc... Huile de foie de morue, iodure de fer, sirop iodo-tannique, stations salines, arsenicales. L'iodure de potassium, 25 à 50 centigrammes par jour, et l'huile de foie de morue feront la base de la médication pathogénique. Chez les sujets arthritiques, issus de goutteux, ou présentant des eczémas rebelles, il est bon d'instituer un régime d'où on éliminera les viandes, les mets fermentés, les épices.

La *médication topique* sera réalisée par les balsamiques, la térébenthine, la terpine, la créosote, les eaux sulfureuses (Challes, Eaux-Bonnes, etc.).

Au moment des *poussées*, revenir au traitement de la bronchite aiguë, expectorants, vomitifs, révulsifs.

Eviter le contact avec les tuberculeux.

ARTICLE V

DILATATION DES BRONCHES

La dilatation des bronches est une affection qui rappelle la bronchite chronique par ses phénomènes généraux et ses troubles fonctionnels, la tuberculose ulcéreuse par ses signes physiques. C'est le type des affections à symptômes discordants.

1° Étiologie. — La dilatation des bronches est une affection

rare chez l'enfant. Cependant Goodhart[1] en a observé 20 cas, Delacour[2] a pu en réunir 16 observations.

Grawitz a décrit la *brochectasie des nouveau-nés* qu'il a rencontrée huit fois. Elle est le plus souvent d'origine syphilitique et s'accompagne de sclérose pulmonaire.

La bronchectasie des enfants est fréquente surtout entre trois et cinq ans (Rilliet et Barthez), cinq et neuf ans (Goodhart).

Elle succède à la broncho-pneumonie et particulièrement à celle qui est associée à la coqueluche. La rougeole, la grippe en sont parfois l'origine.

Les adhérences pleurales anciennes agissent dans quelques cas, comme chez l'adulte (obs. de Rilliet et Barthez, de Rendu).

Grancher attribue un rôle important à la tuberculose pulmonaire.

Quelques auteurs ont admis l'influence d'une compression des bronches par des ganglions tuméfiés ou du spasme répété de la glotte (coqueluche). La tension de l'air pendant les quintes de toux suffirait à élargir le calibre des bronches. Enfin il existe une forme grave de bronchectasie consécutive aux *corps étrangers des bronches.*

2° Anatomie pathologique. — La dilatation bronchique revêt plusieurs formes :

Tantôt elle est *cylindrique*, portant également sur une grande étendue d'une ou plusieurs bronches. Cette forme appartient aux cas de broncho-pneumonie récente.

Tantôt elle est moniliforme, formée de *dilatations partielles* échelonnées le long d'une bronche et dessinant un chapelet. Les bronches de moyen et de petit calibre présentent des dilatations du volume d'un pois ou d'une noisette. La coupe du poumon rappelle l'aspect d'une éponge à grandes logettes. L'ectasie peut être poussée assez loin pour transformer un lobe en une poche qui se gonfle par insufflation et s'affaise après.

Les bronches dilatées renferment habituellement un liquide

[1] Goodhart, *Traité pratique des maladies des enfants*, 1895.
[2] Delacour, Thèse de Paris, 1895.