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.

5º 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 aigué, 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.

1º Étiologie. - La dilatation des bronches est une affection

rare chez l'enfant. Cependant Goodhart 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.

2º 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

⁴ GOODHART, Traité pralique des maladies des enfants, 1895.

^{*} Delacour, Thèse de Paris, 1895.

séreux ou muqueux, purulent, sanieux, gris ou sanguinolent, fétide. La dilatation porte surtout sur la partie terminale des bronches.

Tantôt la dilatation est ampultaire et représente une ou plu-

Fig. 44.

Divers types de dilatation bronchique.

1. dilatation ampullaire. — 2, dilatation sacciforme. — 3, dilatation moniliforme (d'après Court)

sieurs grandes cavités rappelant l'apparence de cavernes tuberculeuses.

Les cavités formées par les bronches dilatées, sont tapissées d'une membrane rouge ou blanchâtre, plus ou moins épaisse, granuleuse, recouverte de détritus putri des.

Le poumon, dans les espaces interbronchiques, est tantôt rouge sombre, dur, atteint de carnisation (forme récente), tantôt scléreux, fibreux, gris ardoisé; parfois il est composé de lamelles minces qui forment la paroi de séparation de deux cavités contiguës.

La structure des bronches dilatées est profondément modifiée. On ne reconnaît plus leurs différentes tu-

niques. Aussi Grancher a-t-il pu dire que la bronchectasie est formée de cavités creusées en plein poumon, par suite de la destruction de la paroi bronchique. Elle est remplacée par une néoformation cellulaire qui donne l'illusion de la muqueuse bronchique. Ce n'est que dans les dilatations cylindriques qu'on peut reconnaître la paroi bronchique proprement dite.

Le mécanisme de la dilatation bronchique n'a rien de spécial chez l'enfant. Parfois il s'agit d'une ulcération, suivant l'opinion de Grancher. Dans plusieurs vérifications que j'ai faites, j'ai rencontré des blocs scléreux substitués à un lobe supérieur d'un poumon et creusés de petites cavités qui étaient comme taillées dans le tissu fibreux. Dans deux cas, il y avait de la tuberculose en d'autres points, mais elle était difficile à reconnaître au niveau des parties scléreuses.

Dans d'autres circonstances, la paroi bronchique persiste. La dilatation est due à un affaiblissement de cette paroi provoquée par l'infiltration d'éléments cellulaires dans la couche des muscles, comme l'ont établi Charcot et Trojanowski. C'est grâce à cette infiltration que les quintes de toux forcent la résistance de la bronche et la développent. Plus tard, il s'y ajoute l'influence de la sclérose pulmonaire et des adhérences pleurales agissant par rétraction.

3º Symptômes. — Les débuts de l'affection sont difficiles à préciser.

L'enfant est pris d'une rougeole ou d'une coqueluche suivie de brancho-pneumonie qui guérit peu à peu. La toux, l'expectoration persistent, coıncidant avec une amélioration progressive de l'état général. La fièvre disparaît, l'embonpoint revient avec l'appétit et le sommeil. L'aspect peut être florissant. Dans la journée, l'enfant expectore peu; mais le matin au réveil, s'il est assez âgé, il rejette par la toux un grand nombre de mucosités. S'il est trop jeune pour les expulser par la bouche, il présente tous les matins une toux grasse, qui dure quelques minutes, un quart d'heure et davantage.

La bronchectasie est une condition très favorable au développement des bronchites récurrentes.

Sous l'influence d'une poussée congestive, les troubles fonctionnels modérés dans les périodes d'accalmie redoublent. La toux devient coqueluchoïde, quinteuse, tenace. L'enfant expectore des crachats purulents et abondants, il a de véritables vomiques, la température s'élève passagèrement et après quelques jours de malaise, l'affection retombe à son état habituel.

Gependant, qu'on examine la poitrine dans les périodes de calme ou dans celles d'exacerbation, on est frappé de la gravité apparente des lésions perçues. Dans une zone pulmonaire plus ou moins étendue, soit à la base, soit au sommet, on reconnaît de la rétraction de la paroi, de la matité correspondant à un foyer de sclérose pulmonaire, des vibrations augmentées ou affaiblies, du souffle cavitaire, des gargouillements, en même temps que des râles sonores éclatent dans le reste des bronches.

On est frappé du contraste qui existe entre les symptômes locaux et généraux.

La recherche des bacilles de Koch dans l'expectoration est négative. Aussi le diagnostic ne peut-il rester longtemps hésitant. Mais l'affection progresse. Chaque paroxysme aigu laisse à sa suite une aggravation. A un moment, il y a de l'amaigrissement, de la fièvre, un état cachectique, sous l'influence des résorptions toxiques qui s'exercent dans les cavités bronchiques; d'autant que de temps à autre, il survient des processus de putréfaction et même de gangrène. Parfois on a signalé l'ostéite hypertrophiante des extrémités.

Souvent, ainsi que nous l'avons observé, le bronchectasique devient tuberculeux, par suite d'une véritable infection secondaire.

4º Marche. — Le plus souvent, la bronchectasie est une affection stationnaire entrecoupée de quelques exacerbations bronchitiques. Elle tue rarement par elle-même, mais par ses complications. Les plus fréquentes sont les pneumonies, les broncho-pneumonies simples ou suscitées par la rougeole, la coqueluche, la grippe. Parfois c'est la tuberculose qui vient terminer la scène morbide.

La bronchectasie a donné dans quelques cas lieu à des hémorragies mortelles (un cas de Maingault).

Elle peut aboutir à une véritable cachexie avec dyspnée, cedème, fièvre.

Dans ses formes stationnaires ou progressives, elle s'accompagne parfois d'accès d'asthme (Dauchez).

On n'a pas signalé chez l'enfant ces accidents de résorption qui se traduisent par de l'infection purulente, des endocardites, des abcès du cerveau. Ce qu'on observe dans les autopsies, c'est l'adénopathie trachéo-bronchique simple ou tuberculeuse.

Delacour rapporte trois cas de noma chez des enfants bronchectasiques. La gangrène pulmonaire vraie n'a pas été signalée, mais on a observé la putridité intermittente des sécrétions bronchiques.

5º Diagnostic. — Dans les cas bénins, le diagnostic repose

sur le contraste entre les symptômes locaux et généraux. A partir de cinq ans, l'expectoration se fait et la recherche du bacille est un élément décisif. Dans les premières années, la difficulté est plus grande. Toutefois, en raison de la rareté des cavernes à cette période, on peut soupçonner une ectasie bronchique. Le lavage de l'estomac permet de ramener des mucosités dégluties qu'on peut étudier au point de vue bactériologique.

La bronchite chronique diffère de la dilatation cylindrique par l'absence de signes d'induration pulmonaire et les caractères de l'expectoration.

La tuberculose pulmonaire est l'affection qui est le plus souvent confondue avec la bronchectasie. Celle-ci est unilatérale, s'accompagne de vomiques. L'expectoration est purulente et se sépare par le repos, en plusieurs couches. Le catarrhe est prédominant. La toux s'exagère dans la position horizontale (BAGINSKI).

La gangrène pulmonaire, l'abcès du poumon sont exceptionnels dans l'enfance. La putridité de l'expectoration peut faire songer à la gangrène. La pleurésie interlobaire avec vomique se reconnaît à sa courte durée, à l'existence récente d'une pneumonie, à la qualité du pus qui n'entraîne que peu de mucosités, à l'absence de signes de bronchite.

6º Pronostic. — L'ectasie bronchique peut guérir au début, avant la formation de la sclérose pulmonaire et des logettes latérales et même plus tard, par la concrétion du contenu et sa transformation crétacée; mais c'est là une éventualité rare. Le développement du poumon continuant pendant que le calibre des bronches reste stationnaire, peut amener un état d'équilibre relatif. Pour que ce résultat soit atteint, il faut que la lésion inflammatoire des parois et des poumons reste silencieuse et ne soit pas alimentée par des affections à localisation bronchique. En général, la maladie reste stationnaire pendant des années. Elle se termine par une des complications que nous avons mentionnées.

7º Traitement. — Deux éléments favorisent la formation des

ectasies bronchiques : l'un organique, la broncho-pneumonie, l'autre mécanique, la toux.

Lorsque la broncho-pneumonie passe à l'état chronique, il faut favoriser la résolution du territoire enflammé par la révulsion répétée sous forme de vésicatoires, de pointes de feu. En même temps on administre l'iodure de potassium à la dose de 25 centigrammes à 1 gramme par jour, pendant des semaines et des mois.

Toute cause d'irritation bronchique sera supprimée. L'enfant sera transporté dans un bon climat, au bord de la mer ou sur la montagne. On donne aussi des reconstituants, en particulier de l'huile de foie de morue.

La toux est combattue par les sédatifs : codéine, 1 à 3 centigrammes par jour, extrait thébalque, antipyrine 25 centigrammes à 1 ou 2 grammes par jour, bromure de potassium 25 centigrammes à 1 gramme par jour, etc.

En même temps il faut viser la sécrétion catarrhale, en donnant des balsamiques, baumes de tolu, de copahu, benzoates, la térébenthine, la terpine, préconisée par Lépine, le terpinol, le goudron, mais surtout la créosote. Celle-ci doit être administrée de préférence en lavements mélangée à un peu d'huile ou en suppositoires. La dose varie de 10 à 50 centigrammes par jour. On peut la remplacer par le carbonate de créosote ou créosotal qui se donne à doses plus fortes, 50 centigrammes à 2 grammes par jour, en ingestion buccale.

Les eaux minérales sulfureuses (Eaux-Bonnes, Cauterets, Enghien, Allevard) sont indiquées.

L'arsenic a été préconisé par Blachez et Trousseau.

Les interventions au moyen de longues canules introduites à travers le larynx et recevant par l'intermédiaire d'une seringue des liquides médicamenteux, solution phéniquée (Seifert) naphtol camphré (Garel) ne donnent pas la garantie d'une action directe sur la région malade.

Dans le cours de l'affection, certaines indications sont à remplir. Lorsque, par le fait d'une poussée congestive, la sécrétion devient exagérée et remplit les bronches, l'ipéca ou le tartre stibié (ROGER) aidéront à l'évacuation. En cas de putridité, faire des inhalations au phénol, au thymol, à la créosote, au benjoin. A l'intérieur, donner de la térébenthine ou de l'essence d'eucalyptus, quelques gouttes par jour. Dans ces cas, il faut aussi favoriser l'évacuation par les antimoniaux et l'épica.

Le traitement chirurgical a donné quelques résultats, mais il n'est applicable que dans les cas d'ectasie limitée des bronches.

CHAPITRE II

MALADIES PLEURO-PULMONAIRES

Ce chapitre comprend l'étude des maladies du poumon, de la plèvre et des ganglions trachéo-bronchiques. Nous décrirons la pneumonie, la broncho-pneumonie, la tuberculose pulmonaire, la gangrène pulmonaire, la pleurésie, la spléno-pneumonie, l'adénopathie trachéo-bronchique.

ARTICLE PREMIER

PNEUMONIE

La pneumonie franche, lobaire, se caractérise par son début brusque, sa marche continue, sa terminaison rapide, et par la vivacité générale de son allure.

1º Étiologie. — La pneumonie est fréquente chez l'enfant. Je l'ai observée dans près de 5 p. 100 des cas de maladies. Elle est particulièrement fréquente de deux à six ans. Près des deux tiers de mes observations se rapportent à des enfants audessous de sept ans, un tiers à des enfants de huit à quatorze ans. RILLET et BARTHEZ sur 406 en comptent 243 entre deux et six ans ét 164 entre sept et quatorze.

Au-dessous de deux ans, elle est rare. J'en ai observé cependant deux cas démonstratifs chez des nourrissons.