céphalalgie, de rougeur du visage, et reste modérée, elle est plutôt un phénomène favorable qu'on doit respecter. Si elle est abondante, on cherchera d'abord à l'arrêter par les moyens les plus simples, tels que l'élévation des bras, des applications d'eau chaude, d'eau froide ou de glace sur le front, à la racine du nez ou dans les narines, l'aspiration par le nez d'eau vinaigrée ou glacée, d'une solution d'antipyrine au dixième, etc. Les injections d'eau chaude dans les fosses nasales ont aussi donné des succès (Barthez et Sanné).

Si ces moyens échouent, on recourra à la compression du point saignant, qui se trouve le plus souvent, comme nous l'avons dit, à la partie antérieure et inférieure de la cloison. On appliquera sur ce point l'extrémité du doigt ou un tampon de gaze placé au bout d'une pince; si ce moyen réussit, c'est qu'on a atteint la partie lésée, et il suffira, pour arrêter définitivement l'hémorragie, de comprimer à ce niveau les ailes du nez avec les doigts, ou de remplacer ceux-ci par une pince à arrêt appliquée extérieurement sur le dos du nez, ou introduite, avec ses deux branches garnies de gaze, des deux côtés de la cloison.

S'il s'agit d'une hémorragie en nappe ou provenant d'un point qui ne peut être atteint directement, on recourra au *tamponnement* qui se fera autant que possible exclusivement par l'orifice antérieur de la narine ; la cavité nasale sera bourrée méthodiquement, avec ou sans l'emploi du spéculum, de petits bourdonnets de gaze ou d'ouate aseptique libres ou attachés en queue de cerf-volant et qui pourront être imbibés d'une solution d'antipyrine au cinquième, ou, suivant le conseil de Lermoyez et Gellé, d'eau oxygénée à douze volumes. L'enlèvement des tampons sera facilité si on introduit tout d'abord dans la narine un petit sac de baudruche ou de gaze qui permettra de les retirer en une seule fois. Il est bien rare qu'on n'arrive pas par le tamponnement antérieur à arrêter une épistaxis chez un enfant. Si cependant le sang continue à couler par l'orifice postérieur des fosses nasales, ce dont on devra toujours s'assurer par l'examen du pharynx, on devra recourir au tamponnement antéro-postérieur, soit au moyen de la sonde de Belloc, soit, ce qui est préférable, surtout chez les enfants, avec une sonde urétrale molle de petit calibre dans l'œil de laquelle on aura attaché préalablement une anse de fil destinée à entraîner le tampon postérieur (Raugé); on évitera ainsi la manœuvre souvent si pénible d'attacher le fil dans la bouche. On aura soin de ne jamais laisser plus de vingt-quatre heures le tampon en place ; on évitera ainsi les inconvénients que produirait son contact prolongé avec l'orifice destr ompes, et la décomposition des caillots enfermés entre les deux tampons.

CHAPITRE III

LARYNGITES SIMPLES

Nous décrivons sous le titre de laryngites simples les laryngites de l'enfance qui ne se compliquent ni de diphtérie, ni d'accidents spasmodiques. Ces maladies peuvent être divisées au point de vue de leur marche en *aiguë* et *chronique*, et, au point de vue de leur siège, en *catarrhale* et *sous-muqueuse*.

ÉTIOLOGIE. — **Laryngite catarrhale aiguë.** — Cette affection se rencontre souvent dans l'enfance ; elle est tantôt primitive, tantôt secondaire.

La *laryngite primitive* s'observe à tout âge et est surtout fréquente chez les enfants au-dessous de cinq ans. Les garçons y sont plus sujets que les filles. Cette maladie survient particulièrement en hiver et au printemps et est le plus souvent occasionnée par un refroidissement; quelquefois elle est provoquée par l'inspiration de vapeurs irritantes, par la présence d'un corps étranger ou par des cris trop prolongés.

La *laryngite secondaire* se développe quelquefois à la suite d'une bronchite ou d'un coryza par propagation d'inflammation ; elle est un des symptômes habituels de la rougeole et s'observe parfois aussi dans le cours de la variole et de la fièvre typhoïde.

Laryngite sous-muqueuse. — La laryngite sous-muqueuse, qui se manifeste toujours par un *œdème de la glotte*, est une affection trop rare dans l'enfance pour que nous en fassions ici une description complète. Sur 215 observations de laryngite œdémateuse rapportées par Sestier, 17 sont relatives à des enfants ; l'œdème de la glotte a été observé chez les jeunes sujets à la suite d'une angine, d'une laryngite catarrhale aiguë, d'un abcès rétro-pharyngien, de l'introduction d'un corps étranger dans la glotte (Bonain) (1), dans le cours de la variole et de l'érysipèle de la face, du sclérème et de la phtisie pulmonaire. On l'a vu aussi se développer sous l'influence de l'hydropisie due à la néphrite scarlatineuse et dans le cours de la fièvre typhoïde à la suite d'une nécrose des cartilages du larynx.

Les auteurs anglais (Burges, Wallace, Jameson) ont décrit une forme primitive d'œdème glottique qui se développe à la suite de la *brûlure du larynx* ; cet accident s'observe quelquefois en Angleterre chez les enfants qu'on laisse imprudemment aspirer par le goulot le

(1) Bonain, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1895, p. 328.

liquide brûlant d'une théière ; la brûlure est suivie immédiatement ou après quelques heures d'une dyspnée extrême qui peut entraîner rapidement la mort, si on ne se hâte pas de pratiquer l'intubation ou la trachéotomie.

Laryngite chronique. — La laryngite chronique est assez rare chez les enfants. Elle est tantôt primitive, tantôt consécutive à une laryngite aiguë. Elle coïncide quelquefois avec une pharyngite chronique. On l'observe parfois à la suite de la rougeole, de la coqueluche ou du croup sous forme d'un enrouement persistant. Elle peut être aussi, comme chez l'adulte, une des manifestations de la tuberculose et de la syphilis.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Chez les enfants qui ont succombé dans le cours d'une laryngite catarrhale, on trouve la face interne du larynx rouge et hypérémiée ; la rougeur est généralisée ou localisée dans certains points, les glandes sont augmentées de volume. La muqueuse est épaissie et ramollie par places et présente souvent, surtout dans les laryngites secondaires, des *ulcérations* qui siègent presque toujours sur les cordes vocales ; ces ulcérations sont en général très petites, linéaires et peu profondes ; ce ne sont le plus souvent que de simples érosions. Dans quelques cas, cependant, elles offrent une certaine profondeur et peuvent mettre à nu les muscles et les cartilages ; leurs bords sont alors ramollis et d'un rouge violacé. Nous avons mentionné ailleurs (p. 85 et 93) les lésions observées dans les laryngites consécutives à la rougeole.

On a rarement l'occasion d'observer chez les enfants les lésions de la laryngite chronique primitive ; elles consisteraient, suivant Meigs et Pepper, dans un épaississement de la muqueuse du larynx.

DESCRIPTION. — **Laryngite aiguë.** — Rilliet et Barthez distinguent deux formes de laryngite aiguë chez les enfants, l'une de moyenne intensité qui peut être primitive ou secondaire, l'autre plus grave qui est presque toujours primitive.

Dans la *forme légère*, la maladie débute par un enrouement qui est suivi parfois rapidement d'une aphonie plus ou moins complète ; dans d'autres cas, l'aphonie est le premier symptôme observé. En même temps survient une toux rauque, mais sans dyspnée, à moins de complication bronchique ou pulmonaire. La fièvre est peu marquée ; dans les cas très légers, elle manque complètement ; la maladie n'est alors caractérisée que par une toux sèche et rauque revenant par quintes et par une altération de la voix qui ne se manifeste guère qu'au moment du cri ; ce symptôme est un peu plus accusé le soir que le matin. Lorsque la maladie est primitive, elle se termine toujours par la guérison ; quelquefois cependant elle passe à l'état chronique.

La *forme grave* peut débuter comme la forme légère ; habituellement, néanmoins, elle s'annonce par de l'agitation et une fièvre intense ; l'enfant est pris d'une toux rauque, sa voix s'altère, et on constate parfois de la rougeur du voile du palais. Tous les symptômes s'aggravent les jours suivants, la respiration devient pénible, elle s'accélère et s'accompagne d'un *râle laryngo-trachéal* très prononcé. Dans quelques cas, l'asphyxie paraît imminente, mais on observe très rarement de véritables accès de suffocation ; l'expectoration est nulle ou simplement muqueuse. Habituellement le larynx est douloureux à la pression, l'aphonie peut devenir complète, la fièvre est toujours vive et le pouls très petit. Si les symptômes ne s'amendent pas, les traits s'altèrent profondément, la dyspnée augmente ; on observe parfois du délire ou des convulsions, et l'enfant peut succomber au bout de sept à huit jours ou même plus rapidement encore ; dans un cas observé par Jurine, la mort survint dès le premier jour de la maladie.

Lorsque la laryngite se termine favorablement, la fièvre et la dyspnée diminuent, le ronflement disparaît, l'expectoration devient plus abondante, et l'enfant guérit assez rapidement ; néanmoins la voix peut encore rester enrouée pendant un certain temps.

Certaines laryngites à formes graves peuvent présenter des symptômes en tout semblables à ceux du croup diphtérique, y compris quelquefois les fausses membranes, sans que l'examen bactériologique fasse reconnaître l'existence du bacille de Löffler. C'est ainsi que Seuvre (1) a traité un enfant de huit ans atteint, au cours d'une grippe, d'une angine érythémateuse qui se compliqua de symptômes de sténose laryngée, et qui, malgré une injection de sérum antidiphtérique, nécessita la trachéotomie ; celle-ci amena l'expulsion d'une fausse membrane colloïde, dans laquelle on ne trouva qu'une culture pure de pneumocoques ; l'enfant guérit. Ballay et Halipré (2) ont observé un enfant de treize mois atteint d'une angine pultacée, compliquée d'un tirage très intense. On fit une injection de sérum antidiphtérique et le tubage qui amena une amélioration notable ; le tirage persista cependant après l'expulsion du tube et il survint dans la suite une broncho-pneumonie et une otite suppurée ; l'enfant finit par guérir ; l'examen de deux cultures ne révéla que la présence du pneumocoque. E. Revilliod et E. Martin (3) ont traité un petit garçon de deux ans et demi, présentant les symptômes d'un croup d'emblée par les injections de sérum et la trachéotomie ; l'enfant succomba le lendemain de l'opération, aux progrès d'une bron-

(1) Seuvre, *Soc. méd. de Reims*, 14 janv. 1898, et *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1898, p. 157.
(2) Ballay et Halipré, *Normandie médicale*, 1898, p. 201.
(3) E. Revilliod et Martin, *Rapport sur la Maison des Enfants malades pour 1898*. Genève, 1899, p. 10.

cho-pneumonie foudroyante; la culture bactériologique ne donna que du streptocoque pur. Hepp (1) rapporte 6 cas de laryngite aiguë chez des enfants de neuf mois à cinq ans, qui présentèrent une dyspnée permanente progressive interrompue par des accès de suffocation, et qui nécessitèrent dans 4 cas le tubage et dans 1 cas la trachéotomie; l'examen bactériologique, pratiqué dans trois de ces cas, donna un résultat nul pour deux d'entre eux, et pour le troisième révéla l'existence du bacille court. Ces cas sont exceptionnels, ils établissent cependant l'existence d'un croup non diphtérique, mais il ne faut jamais admettre l'absence du bacille de Löffler, lorsqu'il y a des fausses membranes, sans examens bactériologiques répétés. En effet, souvent, lorsqu'une première culture faite avec les exsudats de la gorge ou du larynx est restée nulle au point de vue de la diphtérie, un examen subséquent fait sur les fausses membranes elles-mêmes révélera la présence du bacille de Löffler; aussi doit-on faire toujours l'injection antidiphtérique sans attendre le résultat de l'examen, dès qu'on a constaté l'existence de fausses membranes accompagnées de tirage laryngé.

Laryngite chronique. — Meigs et Pepper décrivent une forme de laryngite chronique qu'ils ont observée chez des enfants exempts de toute affection pulmonaire et qui accompagne fréquemment l'*angine glanduleuse*. Elle est caractérisée par une toux rude et déchirante, qui présente quelquefois même un timbre croupal. Cette toux est fréquente le soir, elle est généralement augmentée par la position horizontale et persiste quelquefois pendant plusieurs heures de suite, lorsque l'enfant est couché. La maladie peut se prolonger pendant un temps fort long; elle présente souvent des rémissions, mais récidive facilement sous l'influence du moindre refroidissement.

DIAGNOSTIC. — La laryngite est quelquefois méconnue quand elle est secondaire; lorsqu'elle est primitive, elle se reconnaît habituellement à l'aphonie et à la raucité de la voix.

Le diagnostic différentiel entre la laryngite catarrhale grave et la *laryngite diphtérique* peut présenter de grandes difficultés, quand il n'existe pas d'angine diphtérique, ni d'expectoration de fausses membranes; on a vu des enfants, qu'on croyait atteints d'une laryngite simple et qu'on avait néanmoins trachéotomisés à cause de l'intensité de la dyspnée, rendre des fausses membranes après l'opération. Nous avons dit plus haut qu'en pareil cas le diagnostic ne pourra être fait qu'après des examens bactériologiques répétés. Variot (2) recommande aussi l'examen direct de l'épiglotte qui est généralement facile chez les enfants en déprimant fortement la

(1) Hepp, *Gaz. des hôp.*, 1890, p. 240 et suivantes. — Voir aussi : Touchard, *Thèse de Paris*, 1893.

(2) Variot, *Traité des mal. de l'enf.*, 1897, t. III, p. 816.

langue; la présence d'une bordure membraneuse sur cet organe fera admettre l'existence de la laryngite diphtérique.

La laryngite sous-muqueuse est souvent difficile à distinguer du croup; son développement est cependant généralement plus rapide; en outre, elle s'accompagne d'une dysphagie plus marquée (W. Stephenson), la toux est plus sonore; enfin on peut, par l'introduction du doigt dans le pharynx, constater la tuméfaction des cordes vocales.

Le diagnostic avec la *laryngite striduleuse* sera indiqué à propos de cette affection.

PRONOSTIC. — La laryngite primitive est le plus souvent une affection bénigne; elle ne menace que rarement la vie. La laryngite secondaire peut être grave, surtout lorsqu'elle devient œdémateuse.

TRAITEMENT. — Le meilleur traitement de la *laryngite aiguë* consiste, dans les cas légers, à faire des inhalations de vapeurs émollientes et à donner un pédiluve sinapisé; le cou sera enveloppé chaudement; si la toux est fréquente et trouble le sommeil, on prescrira un narcotique léger.

Dans les cas plus intenses, on fera au-devant du cou des applications fréquentes avec une éponge imbibée d'eau chaude ou avec du papier sinapisé. On maintiendra l'enfant dans une atmosphère chargée de vapeur d'eau et on prescrira la codéine qui pourra être administrée jusqu'à la dose journalière de 1 à 2 centigrammes suivant l'âge, prise en plusieurs fois.

Dans les cas exceptionnels d'accès graves de suffocation, on pratiquera l'intubation ou la trachéotomie.

Contre la *laryngite chronique*, on recommandera des précautions contre les refroidissements, l'usage de l'eau de goudron et des eaux sulfureuses en pulvérisation ou en boisson, et on fera faire des applications de teinture d'iode sur le devant du cou.

CHAPITRE IV

LARYNGITE STRIDULEUSE

La laryngite striduleuse a été longtemps confondue avec le croup proprement dit (*laryngite diphtérique*); elle a été décrite pour la première fois par Millar en 1769 et a été longtemps connue sous le nom d'*asthme aigu de Millar*. Wichmann l'a clairement séparée de la laryngite pseudo-membraneuse; depuis lors, elle a été décrite sous le nom d'*angine striduleuse* (Bretonneau), de *faux croup*, de *laryn-*

gite striduleuse (Guersant) et de *laryngite spasmodique* (Rilliet et Barthez).

ÉTIOLOGIE. — **Causes prédisposantes.** — La laryngite striduleuse est une affection spéciale à l'enfance. La cause organique de cette maladie paraît être l'étroitesse de la fente glottique dans le jeune âge; sous l'influence d'une irritation catarrhale des cordes vocales, qui se complique probablement d'un élément nerveux spasmodique, le passage de l'air est tellement rétréci que l'enfant est pris de suffocation. La prédisposition à la maladie disparaît avec les progrès de l'âge ; la laryngite striduleuse est surtout fréquente entre deux et sept ans. Elle est plus commune chez les garçons que chez les filles ; elle atteint aussi souvent les enfants qui sont vigoureux et bien portants que ceux qui sont chétifs et maladifs. La laryngite striduleuse est quelquefois héréditaire et peut s'observer chez plusieurs enfants de la même famille. La prédisposition individuelle est indéniable; un enfant qui a été une fois atteint d'une attaque de faux croup y restera sujet pendant plusieurs années; les accès seront ramenés par les causes occasionnelles parfois les plus insignifiantes.

Causes occasionnelles. — La laryngite striduleuse se développe le plus souvent à la suite d'un refroidissement ; elle paraît survenir quelquefois sous l'influence du travail de la dentition ; on l'a observée à la suite de pleurs et de cris prolongés qui avaient déterminé probablement une congestion des cordes vocales. Chez les jeunes enfants, elle est quelquefois un des symptômes initiaux des maladies qui frappent la muqueuse des voies respiratoires ; c'est ainsi qu'on l'observe dans le premier stade de la rougeole, de la coqueluche et de la grippe.

DESCRIPTION. — L'apparition d'une attaque de laryngite striduleuse est souvent précédée d'une fièvre légère, de larmoiement, de coryza, d'enrouement ou de toux. Rilliet et Barthez ont observé ces phénomènes précurseurs dans 13 cas sur 15; leur durée varie entre quelques heures et un ou deux jours. Souvent néanmoins ils font défaut ou passent inaperçus, et la maladie débute subitement par un violent accès de suffocation au milieu des apparences d'une santé parfaite.

C'est habituellement pendant la nuit, souvent vers onze heures du soir, que survient l'attaque de laryngite striduleuse. L'enfant est éveillé en sursaut par des symptômes en apparence très alarmants; il est pris d'une *toux rauque et sonore* qu'on a comparée à l'aboiement d'un chien ou au cri d'un coq ; la respiration est très laborieuse et s'accompagne d'un *sifflement aigu*. Quelquefois la suffocation paraît imminente ; l'enfant s'assied sur son lit dans un état d'angoisse

extrême, son visage est rouge, congestionné, parfois d'une teinte violacée et livide; le pouls s'accélère, les muscles respiratoires sont violemment contractés, et chaque mouvement inspiratoire s'accompagne d'un tirage très prononcé. Dans quelques cas, les membres sont agités de mouvements convulsifs. La voix reste habituellement claire; quelquefois cependant elle est enrouée. L'accès présente une durée assez variable qui n'est souvent que de quelques minutes, mais qui parfois se prolonge pendant plusieurs heures avec de courtes rémissions ; puis le calme renaît, l'enfant se rendort et paraît entièrement rétabli.

La maladie se borne quelquefois à un seul accès ; plus souvent, un second accès général moins intense que le premier reparaît dans la même nuit ou bien le lendemain dans la journée, plus rarement dans la nuit suivante; la crise est souvent alors déterminée par une émotion morale ou une irritation quelconque. Il est rare que les attaques se reproduisent pendant plus de deux ou trois jours de suite, mais, chez certains sujets prédisposés, la maladie récidive très facilement.

On observe parfois entre les attaques un peu de toux, une rougeur du fond de la gorge et une fièvre légère, mais ces symptômes sont peu accusés et disparaissent rapidement. Une fois les accès terminés, le rétablissement est complet.

L'intensité de la laryngite striduleuse varie suivant les cas; quelquefois la maladie n'est constituée que par un accès de toux rauque et aboyante sans sifflement; d'autres fois, au contraire, les accès sont de longue durée ; ils s'accompagnent d'une fièvre vive et d'une dyspnée extrême qui ne disparaît pas toujours complètement après la crise; la laryngite striduleuse se termine cependant presque toujours favorablement. Ce n'est que dans des cas très exceptionnels qu'elle se complique de nausées, de vomissements, d'un état de dépression extrême et que l'enfant succombe à l'asphyxie au milieu de la plus vive angoisse; dans ce cas, on a trouvé à l'autopsie la muqueuse laryngée ramollie ou même ulcérée. Cadet de Gassicourt (1) a vu dans un cas, chez une petite fille de cinq ans, les accès de laryngite striduleuse provoquer un emphysème généralisé.

DIAGNOSTIC. — La laryngite striduleuse est quelquefois prise pour un *vrai croup*; on évitera cette erreur en s'assurant tout d'abord que l'enfant ne présente pas les signes d'une angine diphtérique, mais cet examen ne suffit pas; il est des cas, en effet, où le croup survient d'emblée sans angine et ne s'accompagne pas de l'expectoration de fausses membranes ; le diagnostic se fera alors d'après la marche de

(1) Cadet de Gassicourt, *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1887, p. 49.

la maladie. Dans la laryngite striduleuse, l'invasion est plus brusque; le premier accès de suffocation survient presque toujours au milieu de la nuit, et les accès suivants n'augmentent pas en intensité; dans leur intervalle, l'enfant respire librement; la toux conserve toujours un timbre sonore, et la voix est rarement altérée. Dans la laryngite diphtérique, au contraire, le début est souvent insidieux, la dyspnée devient plus intense à mesure que les accès se répètent, et elle ne *présente jamais de rémission complète*; la toux devient rapidement sourde et étouffée, et la voix s'éteint. Dans les cas douteux, on recourra à l'examen bactériologique.

La *laryngite aiguë* simple se distingue de la laryngite striduleuse par sa marche continue. Dans la forme grave de cette affection, qui s'accompagne d'accès de suffocation, les autres symptômes de la maladie persistent entre les accès.

Les accidents de l'*œdème glottique* se distinguent facilement de ceux du faux croup; ils sont en général précédés des signes d'une affection chronique du larynx ou succèdent à une brûlure de cet organe; quelquefois ils coïncident avec une anasarque généralisée, comme on l'a observé à la suite de la scarlatine; ils s'accompagnent d'une altération complète de la voix, d'une dyspnée inspiratoire qui ne disparaît pas complètement entre les accès et d'une tuméfaction des cordes vocales facile à constater par le toucher; l'œdème de la glotte est d'ailleurs exceptionnel dans le jeune âge.

Il est rare qu'un *polype du larynx* siégeant au niveau des cordes vocales se révèle subitement par un accès de suffocation simulant une attaque de faux croup; le développement des polypes s'accompagne en général d'une dyspnée continue et d'une altération habituelle de la voix qui fera soupçonner leur présence; dans les cas douteux, le diagnostic s'éclairera par le toucher et l'examen laryngoscopique.

Nous avons indiqué plus haut les signes auxquels on reconnaît les *corps étrangers du larynx* (p. 199) et les *abcès rétro-pharyngiens* (p. 624), qui simulent quelquefois une laryngite striduleuse. Le diagnostic avec le *spasme de la glotte* a été indiqué à propos de cette affection (p. 542).

La *broncho-pneumonie* peut, dans quelques cas, se compliquer d'accidents de spasme glottique qui simulent le croup ou la laryngite spasmodique; Variot (1), ainsi que Ballay et Halipré (2), en ont observé des exemples. Dans ces cas, l'auscultation pulmonaire permettra de faire le diagnostic, lorsqu'elle ne sera pas rendue impossible par la dyspnée; le peu de persistance du soulagement amené par l'intubation permettra aussi d'exclure la nature purement laryngée du spasme.

(1) Variot, *Traité des mal. de l'enf.*, 1897, p. 825.
(2) Ballay et Halipré, *Normandie médicale*, 1898, p. 204.

PRONOSTIC. — Le pronostic de la laryngite striduleuse est presque toujours favorable; les cas les plus sérieux en apparence guérissent habituellement, lorsqu'ils sont exempts de complications; sur 109 cas de faux croup observés par Meigs et Pepper, aucun ne s'est terminé par la mort, bien que 23 aient présenté une certaine gravité. Jurine, Vieusseux, Guersant, Trousseau ont rapporté cependant quelques cas dont l'issue a été fatale, mais qui rentraient probablement dans la forme grave de la laryngite aiguë décrite plus haut (p. 783).

TRAITEMENT. — La laryngite striduleuse guérissant le plus souvent spontanément, il est inutile de la combattre par des moyens énergiques; on se contentera d'appliquer un sinapisme ou une éponge imbibée d'eau chaude sur le devant du cou et on prescrira un vomitif; les inhalations de vapeur chaude, un bain chaud calment quelquefois rapidement les accidents (Meigs et Pepper); les auteurs allemands recommandent les cataplasmes froids sur le cou et les gargarismes d'eau glacée. Les antispasmodiques, les narcotiques, les vésicatoires et les sangsues à la région cervicale sont le plus souvent inutiles; on ne recourra à l'intubation et surtout à la trachéotomie qu'à la dernière extrémité.

CHAPITRE V

BRONCHITE

Nous décrivons sous ce titre l'inflammation de la trachée et des grosses bronches; la bronchite capillaire sera décrite avec la broncho-pneumonie, dont il est difficile de la séparer. La bronchite présente une *forme aiguë* et une *forme chronique*.

BRONCHITE AIGUË.

ÉTIOLOGIE. — La bronchite aiguë est une affection commune à tout âge; elle est très fréquente chez les enfants et peut survenir dès le début de la vie; elle est tantôt *primitive*, tantôt *secondaire*.

La bronchite primitive succède le plus souvent à un *refroidissement*; les petits enfants trop légèrement vêtus et qu'on expose sans précaution à l'impression du froid extérieur, y sont particulièrement sujets. Le *travail de la dentition* s'accompagne souvent d'un état catarrhal qui peut se traduire par une inflammation de la trachée et des bronches. Les enfants rachitiques ou scrofuleux sont particulièrement prédisposés aux catarrhes bronchiques.

La bronchite se manifeste comme affection secondaire dans le