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

cours de plusieurs maladies de l'enfance, particulièrement dans la *rougeole* et la *coqueluche* : elle complique fréquemment la *tuberculose pulmonaire*.

DESCRIPTION. — **Forme légère.** — La bronchite aiguë n'est souvent qu'un simple rhume caractérisé par une toux modérée qui s'accompagne de quelques râles disséminés dans le thorax. D'autres fois, la maladie est plus accusée; elle débute par une toux sèche et un peu douloureuse, qui s'observe principalement au réveil. Bientôt on entend à l'auscultation un ronchus trachéal ou quelques râles sibilants dans les deux poumons; la respiration est fréquente, elle s'accompagne d'un stertor, tantôt sec et un peu ronflant, tantôt légèrement humide; le plus souvent, la voix et le cri sont naturels; quelquefois cependant, chez les très jeunes enfants, le cri est éteint ou voilé, la reprise seule se fait entendre (Rilliet et Barthez). La fièvre est généralement modérée, souvent intermittente, et s'accompagne d'un peu d'abattement, surtout vers le soir. La maladie reste stationnaire ou augmente légèrement pendant quelques jours, puis la fièvre tombe, la toux devient plus grasse et s'accompagne chez les enfants âgés de plus de cinq ans d'une expectoration muqueuse transparente ou verdâtre, qui cesse bientôt; le rétablissement se fait alors rapidement.

Forme grave. — Dans quelques cas, surtout dans la première enfance, la bronchite peut revêtir une certaine gravité; la maladie débute alors par une toux violente très fréquente, fatigante et douloureuse, revenant souvent par quintes. On observe un mouvement fébrile intense qui redouble le soir, la température du corps dépasse 38°, le pouls présente 120 à 130 pulsations; la peau est chaude et sèche, la respiration s'accélère notablement et s'accompagne d'un peu de dyspnée et d'agitation; les yeux sont rouges et larmoyants, l'enfant perd l'appétit et, si c'est un nourrisson, il refuse le sein. L'auscultation fait entendre dans les deux poumons des râles ronflants et sibilants très abondants, mêlés quelquefois à un gros râle sous-crépitant qui prédomine à la base du thorax; le bruit respiratoire entendu à distance a un timbre sec. Arrivée à ce degré, la bronchite se complique souvent d'*atélectasie pulmonaire*, chez les petits rachitiques surtout, ou bien elle s'étend aux petites bronches et aux poumons, et l'enfant succombe à un *catarrhe suffocant* ou à une *broncho-pneumonie*. Dans quelques cas enfin il est emporté par des *accidents cérébraux*; il est pris alors d'une grande agitation suivie de prostration, puis de convulsions générales, le pouls devient faible, petit, inégal, et la mort arrive au bout de quelques heures (Rilliet et Barthez).

Le plus souvent, cependant, la maladie se termine favorablement après une à trois semaines.

DIAGNOSTIC. — La bronchite aiguë est très difficile à distinguer de la *coqueluche* dans son premier stade; souvent la marche seule de la maladie éclairera le diagnostic (Voir p. 248). Nous avons parlé plus haut (p. 266) du diagnostic de la *grippe*.

PRONOSTIC. — La bronchite aiguë est le plus souvent une affection bénigne; néanmoins, chez les très jeunes enfants elle peut exceptionnellement se terminer par la mort. Chez les sujets prédisposés à la tuberculose, elle peut marquer le début de la phtisie pulmonaire.

TRAITEMENT. — La bronchite aiguë guérit le plus souvent d'elle-même et ne réclame aucun traitement. Lorsqu'elle s'accompagne de fièvre, on ordonnera le repos au lit et une infusion de fleurs pectorales; on y joindra, suivant les cas, un looch avec 0,50 à 1,0 de benzoate de soude, une potion avec 5 à 8 gouttes de teinture de belladone et l'application d'un emplâtre révulsif ou un badigeonnage de teinture d'iode sur les parois thoraciques. Chez les très jeunes enfants, la médication vomitive sera souvent indiquée; quelques cuillerées à café de *sirop d'ipécacuanha* données au réveil aideront l'enfant à se débarrasser des mucosités qui obstruent ses bronches.

La forme grave de la trachéo-bronchite aiguë réclame avant tout l'usage des révulsifs, des sinapismes ou mieux encore des *cataplasmes sinapisés* qui alterneront avec les frictions au liniment térébenthiné du Codex. Une seconde indication sera remplie par les *expectorants*, l'infusion d'ipéca (0,1 à 0,2 pour 60,0), de polygala senega (1,0 à 2,0 pour 60,0), l'acétate ou le benzoate d'ammoniaque et le kermès. Jurasz a préconisé les propriétés expectorantes de l'*apomorphine*, à la dose de 1 centigramme par jour pour la première année, de 2 centigrammes pour un enfant de trois ans, et de 5 centigrammes à partir de cinq ou six ans. Nous nous sommes bien trouvés de ce médicament dans les trachéo-bronchites à toux spasmodique, suffocante, quand la fièvre était peu marquée, mais nous n'avons jamais dépassé par jour la dose de 3 à 5 milligrammes de chlorhydrate d'apomorphine dans les deux premières années et de 1 centigramme chez les enfants plus âgés.

BRONCHITE CHRONIQUE.

La bronchite chronique n'est pas très commune dans le jeune âge; on observe cependant quelquefois, à la suite de la bronchite aiguë ou des maladies infectieuses à localisation bronchique, un catarrhe bronchique persistant. C'est surtout chez les enfants lymphatiques ou sujets à l'eczéma qu'elle a été rencontrée; les rachitiques et les dyspeptiques y sont également prédisposés.

Steiner a observé chez les enfants une variété de bronchite chro-

nique qu'il a décrite sous le nom de *bronchite catarrhale sèche*. Cette affection est caractérisée par une accélération de la respiration, par une difficulté extrême de l'expiration et par des accès de toux fréquents et très intenses qui ne sont suivis d'aucune expectoration. On ne constate à l'auscultation qu'une respiration rude et quelques râles secs. Cette maladie se prolonge pendant plusieurs mois et est presque entièrement apyrétique. Elle se termine presque toujours fatalement; l'enfant présente dans les derniers temps quelques signes de congestion passive de l'encéphale, et la mort est parfois précédée de convulsions partielles ou générales. Dans quelques autopsies on a remarqué, outre une tuméfaction très considérable de la muqueuse des bronches depuis leur bifurcation jusque dans leurs petites ramifications, de l'engorgement et de la rougeur des ganglions bronchiques qui présentaient dans quelques points la dégénérescence caséeuse; les poumons étaient par places emphysémateux ou atélectasiés. Cette affection n'est probablement qu'une forme de la tuberculisation des ganglions bronchiques qui sera décrite plus loin.

La **dilatation chronique des bronches** se rencontre aussi quelquefois dans l'enfance; Rilliet et Barthez l'ont plusieurs fois observée. Cette maladie est généralement consécutive, soit à une bronchite chronique simple, soit à une pleurésie chronique avec rétraction du thorax, soit à une pneumonie passée à l'état chronique, principalement à la broncho-pneumonie de la coqueluche. Les *corps étrangers* introduits dans les bronches peuvent être ainsi une des causes de la maladie; Comby (1) en rapporte de nombreux exemples.

On trouve à l'autopsie des enfants qui ont succombé à cette affection un élargissement du calibre des bronches, qui sont parfois dilatées jusqu'à leur terminaison; leurs parois sont épaissies et inégales; elles crient sous le scalpel; la muqueuse est pâle, anémiée; les bronches dilatées sont entourées d'un tissu pulmonaire sclérosé et sont parfois soudées à la plèvre. La dilatation ampullaire des bronches simulant une caverne se rencontre rarement chez les enfants.

Les symptômes de la bronchectasie rappellent ceux de la phtisie pulmonaire, dont il est très difficile de la distinguer; on entend à l'auscultation une respiration bronchique ou même caverneuse et du retentissement de la voix; l'enfant tousse, il est pris quelquefois d'accès de suffocation suivis d'une expectoration très abondante muco-purulente, parfois très fétide. Les symptômes généraux sont ceux de la fièvre hectique; le petit malade maigrit, s'affaiblit et présente souvent la même déformation des doigts que les phtisiques. Il succombe au bout d'un temps plus ou moins long; dans un cas

(1) Comby, *Traité des mal. de l'enf.*, 1898, IV, p. 25.

cité par Rilliet et Barthez, la mort survint au bout de quatre années. Les cas de guérison sont exceptionnels.

Le diagnostic de la dilatation chronique se fera surtout avec la phtisie pulmonaire dont elle se distingue par l'absence du bacille de Koch dans les crachats.

La **bronchite pseudo-membraneuse chronique**, qui survient en dehors de la diphtérie, est rare dans le jeune âge; sur 43 cas de cette affection recueillis par P. Lucas Championnière (1), 2 seulement étaient relatifs à des sujets au-dessous de dix ans. Elle a été observée quelquefois chez des enfants chétifs ou atteints de phtisie pulmonaire. Nous en avons traité un cas chez un garçon âgé de douze ou treize ans, emphysémateux à un haut degré et sujet depuis plusieurs années à l'asthme avec bronchite, qui dans un accès plus violent que d'habitude, rendit des cylindres ramifiés et ne fut soulagé que lorsque l'expectoration devint plus liquide. Cette affection a pour symptôme principal l'expectoration de cylindres pseudo-membraneux formés d'une substance colloïde muqueuse renfermant un grand nombre de cellules. Grancher et Championnière ont démontré que les cylindres ne renferment pas de fibrine vraie. Claisse (2) y a trouvé le streptocoque en abondance, mais les recherches de Magniaux (3) et d'Huchard (4) montrent qu'on peut y rencontrer aussi le pneumobacille de Friedländer et le staphylocoque. La maladie s'accompagne souvent d'hémoptysies. Elle se termine quelquefois par la mort sous l'influence de la tuberculose pulmonaire concomitante ou à la suite d'un accès de suffocation déterminé par les fausses membranes; le plus souvent cependant elle guérit après une durée plus ou moins longue.

La bronchite chronique ne se complique qu'exceptionnellement, chez les enfants, d'asthme et d'emphysème pulmonaire.

Les indications thérapeutiques que présentent les diverses formes de la bronchite chronique seront remplies par l'usage de l'huile de foie de morue, de l'eau de goudron, du sirop de térébenthine, de l'eucalyptus globulus (1 à 3 grammes de teinture par jour) et des eaux sulfureuses. Un hiver passé dans le Midi hâtera la guérison de la maladie. La *pneumotomie* proposée pour le traitement de la bronchectasie a donné des résultats peu encourageants; elle ne sera autorisée que dans les cas de foyer très limité et en cas de symptômes menaçant gravement la vie.

(1) Lucas Championnière, *Thèse de Paris*, 1876.
(2) Claisse, *Presse médicale*, 1895.
(3) Magniaux, *Thèse de Paris*, 1895.
(4) Huchard, *Soc. méd. des hôp.*, 26 juillet 1895.