

Ceux qui ne se sont pas prononcés de la sorte ont confondu l'affection avec ses similaires, dont nous ferons l'étude quand nous nous occuperons du diagnostic.

Les crises de spasme glottique n'ont pas une prédilection marquée pour des heures déterminées de la journée. Elles surprennent les enfants aussi bien le jour que la nuit, soit pendant le sommeil le plus tranquille, soit à l'état de veille. Il est vrai qu'il y a une préférence marquée pour ce deuxième état, chose d'explication facile, vu qu'à l'état de veille toutes les causes déterminantes des accès peuvent agir plus aisément.

Il est hors de doute que ces causes ne manquent jamais, malgré que très souvent elles échappent à l'observation, on ne les saisit pas comme dans le cas d'un accès qui va interrompre un sommeil paisible, réveillant l'enfant en sursaut et en proie à une asphyxie menaçante. La mère, l'entourage sont incapables d'en chercher la cause.

Le maximum de fréquence de l'affection s'observe entre 4 et 12 mois.

Nous reportant à l'observation clinique, sans tenir compte de la facilité de la description, d'ailleurs complexe, nous allons considérer deux formes d'accès de spasme idiopathique de la glotte; dans une première forme nous décrirons l'accès léger, incomplet, qui s'arrête, qui n'arrive pas à tout son développement, fruste on dirait mieux, et que nous appellerons *petit accès*. Dans la deuxième forme rentrera l'accès complet, le *grand accès*: chacune d'elles a son individualité. La première forme peut se présenter seule, se répéter, sans arriver au grand accès (rare). Celui-ci se présente souvent d'emblée, franchissant les petits accès.

Première forme. — Il est question, par exemple, d'un enfant de 6 mois, gai, robuste, qui tète bien, sans aucune tare héréditaire, indemne de maladies antérieures ou actuelles, faisant sa première dent; on dirait le type du nourrisson physiologique. Et cet enfant, nous raconte la mère, est pris, périodiquement et sans cause appréciable, de convulsions qui semblent mettre sa vie en danger. La crise se répète, par hasard, dans le cabinet du médecin, à l'occasion du déshabillage et de l'examen de l'enfant: elle coïncide en tout point avec la description faite par la mère qui a bien observé son bébé.

Un mouvement convulsif du tronc sur les jambes avec agitation des mains, un soubresaut, pour parvenir, on dirait, à se délivrer de celui qui le porte et à se débarrasser de tout ce qui le resserre, coïncide avec une inspiration sonore, bruyante, pas très profonde, et suivie de l'expiration qui semble n'avoir rien d'anormal. Mais les inspirations subséquentes deviennent de plus en plus courtes, de plus en plus incomplètes et saccadées et se font au prix de grands efforts, tandis que les mouvements expiratoires vont s'éteindre, en diminuant.

La fonction respiratoire est donc très compromise, une période d'apnée semble imminente: la tête est rejetée en arrière, les yeux grands ouverts, le regard inquiet, *pas fixe*, les narines s'écartent, la face devient pâle; cyanotique parfois, anxieuse, le pouls irrégulier, etc., l'enfant est prêt à suffoquer. Mais l'intervention du médecin ou de l'entourage, faisant agir une

excitation énergique de la peau, par l'aspersion d'eau froide, etc., poursuivant une réaction, interrompt, termine l'accès. Parfois c'est la crise qui s'arrête, qui se termine d'elle-même (rare).

On entend, à nouveau, des inspirations sonores, comparables à celles du commencement, le rythme respiratoire se rétablit, l'enfant se recoloré et revient à la santé la plus parfaite; ultérieurement, on le voit tranquille, parfois un peu craintif, ou pleurant, effrayé de l'accident qu'il vient d'éprouver.

Combien l'accès a-t-il duré? Quelques secondes, quelques minutes peut-être, puisque malgré l'irrégularité des efforts pour accomplir la fonction respiratoire, l'air continue à arriver jusqu'aux poumons et à permettre une hématoxe, bien qu'incomplète, compatible avec la vie.

Cette forme du spasme glottique, moins grave que celle qui va nous occuper ci-dessous, est fréquente et c'est elle qu'on observe souvent, comme l'avant-garde des convulsions complètes, avec toute leur gravité.

C'est précisément pour expliquer le mécanisme de cette forme légère du spasme, qui est réelle et que presque tous les praticiens ont observée, qu'il faudra être d'accord sur le clonisme de la contraction des muscles constricteurs de la glotte. Si la contraction était tonique, comment expliquer l'inspiration saccadée? L'inspiration diminuerait d'amplitude, d'intensité à chaque mouvement, à chaque effort, relativement aux degrés de la sténose, mais elle ne serait jamais saccadée.

Cette manière d'envisager la question, qui m'appartient, trouve appui dans les cas de concomitance avec des contractions du diaphragme et des muscles respiratoires du thorax et de l'abdomen, puisqu'elles sont facilement appréciables et manifestement cloniques. Ceci n'exclut pas qu'elles puissent être toniques dans des cas déterminés.

Deuxième forme. — La deuxième forme est celle du grand accès avec tout le cortège des symptômes alarmants.

Quand il fait suite au petit accès, léger, fruste, de la première forme, il ne s'agit, à la rigueur, que de l'exagération de ces symptômes, aboutissant à l'apnée complète.

Mais quand il se présente d'emblée, entraînant la forme du spasme glottique par excellence, il a une physionomie spéciale, l'épisode est plus rapide et plus à craindre: à la convulsion ou soubresaut initial de défense avec agitation des mains, et à une ou deux inspirations plus ou moins profondes, bruyantes et saccadées, faites avec de grands efforts inspiratoires et témoignant de la sténose glottique, aucun mouvement expiratoire consécutif ne se fait entendre, — la période d'apnée est établie, — l'enfant ne respire plus, — le thorax demeure immobile¹, — il asphyxie.

L'inspiration sonore, qui marque l'invasion de la crise, est bien manifeste, bien caractéristique: moins sonore que la reprise de la coqueluche et le sifflement du hoquet, elle se confondrait avec celle de la deuxième période d'un croup diphtérique ordinaire.

(¹) Les mouvements thoraciques sont arrêtés en expiration, il semble du moins qu'il en serait ainsi, si la défervescence, la fin de la crise n'arrivait, annoncée par une grande et sonore inspiration, quelque peu saccadée, à l'instar de celles de l'invasion.

Les accès de suffocation terminés, la transition de l'état de santé parfaite à cet état moribond est presque instantanée : la face injectée, cyanosée, autour de la bouche et des ailes du nez, jointe au désespoir par le manque d'air, exprime une vive angoisse, les globes oculaires saillants, le regard devient fixe, la bouche grande ouverte, la tête fortement rejetée en arrière, les veines du cou et de la face se montrent turgescents, une sueur froide baigne le front d'abord, puis la face, les extrémités se refroidissent, le pouls se fait petit, rapide, irrégulier, insensible, le cœur bat désordonné, à l'auscultation on n'entend plus d'expansion vésiculaire, et presque invariablement il y a des évacuations involontaires. On comprend bien que l'intelligence, selon l'intensité de l'attaque, en reçoit le contre-coup et que « s'il n'y a pas une perte complète de l'intelligence et de la connaissance difficile à constater, étant donné le jeune âge des enfants, il doit y avoir une suspension très passagère du sentiment » (Henoch).

Dans cet état de l'enfant, la mort est imminente si on ne se hâte pas de provoquer une réaction ; celle-ci, la défervescence pour ainsi dire de la crise, n'est jamais si rapide que l'invasion. Elle commence avec une inspiration sonore, stridente, saccadée, qui se répète, analogue à l'initiale, suivie d'expirations souvent entrecoupées, souvent gémissantes, et, chose importante, de même que ses similaires des petits accès, ne provoquant jamais la toux. Ici encore, un autre linéament de l'affection, important à retenir. Le visage se décongestionne, la position de la tête et les yeux reviennent à leur état habituel, le pouls se fait plus ample, et s'il y a eu des contractures, les membres se relâchent peu à peu, tout doucement. Aussi les convulsions généralisées disparaissent.

Combien l'accès a-t-il duré ? Ne le demandez pas aux parents, justement effrayés par la scène inquiétante qui vient de se passer : — dans leur désespoir ils prennent les secondes pour de longues heures. Ils vous diront très tranquillement que l'accès a duré cinq, dix, vingt minutes ! Certes ils ne savent pas que quelques secondes seulement d'interruption complète des mouvements respiratoires sont compatibles avec la vie. C'est pour cela que les récits des faits observés par Fingerhuth surprennent : accès d'une durée de 8 à 10 minutes.

Très fréquemment les deux formes des accès, principalement la seconde, se compliquent, soit de convulsions généralisées, éclamptiques, soit de contracture tétanique des extrémités. Parfois ce sont elles qui ouvrent la scène, et accompagnent l'accès, — parfois celui-ci est initial, et ce sont les convulsions généralisées ou les contractures qui viennent se greffer sur un état déjà alarmant. Les crises éclamptiques, plus rares que les contractures, sont générales ou partielles, et contribuent à augmenter l'agitation de l'enfant.

Les contractures compliquant l'accès de spasme glottique initial, et qui sont plus *tétaniformes* que *tétaniques*, ne présentent jamais le tableau de la tétanie classique, telle que nous la connaissons et rare, on le sait, dans l'enfance : il ne s'agit à la rigueur que d'une rigidité des membres, et des contractures intermittentes avec les mains en adduction forcée et les orteils

se plaçant en flexion plantaire. Il serait rare d'observer la contracture du visage (Henoch).

Étant donnée la fréquence des contractures, on a voulu voir dans le spasme de la glotte une manifestation d'une tétanie évidente ou latente. Nous ne sommes pas de cet avis ; — il s'agit d'une convulsion essentiellement interne avec sa physionomie spéciale et unique dont nous connaissons le mécanisme et peut-être aussi l'essence, et que, quand elle est initiale, modifie, atténue la crise tétanique.

Si par le fait de cette concomitance, qu'on remarque si souvent, on voulait subordonner l'une à l'autre, on arriverait à ce que nombre de maladies bien individualisées en médecine devraient figurer comme tributaires des autres, par le fait de coïncider habituellement et d'avoir une pathogénie à peu près semblable.

Entre les deux formes décrites de spasme de la glotte, trouvent place depuis les accès si légers qui peuvent passer inaperçus pour les parents et les nourrices, jusqu'à ceux qui mettent la vie de l'enfant en danger imminent. On comprend bien que, suivant l'intensité et la prédominance des uns ou des autres symptômes, il y aura nombre de variétés.

Le nombre des accès est variable ; la présence d'une seule attaque dans la vie d'un nourrisson serait vraiment exceptionnelle ; étant donné que l'affection relève d'une irritabilité exagérée des centres nerveux, on comprend bien la tendance à la récurrence des accès.

Les accès se répètent sans répondre à aucune prévision, soit immédiatement les uns après les autres, ou à intervalles plus ou moins longs, ou, comme il arrive en certains cas, revêtant une forme subintrante (obs. personn.).

Le total des accès observés dans les vingt-quatre heures est donc variable ; on en a compté jusqu'à 50 et plus par jour. Hérard avait compté 25 accès en 12 heures, Hachmann 50.

Il semble que le nombre des accès réponde à une marche croissante, qui, arrivant à son maximum comme nombre et intensité, suivrait ensuite une marche décroissante jusqu'à son extinction.

Et, dans l'intervalle des accès, rien ne dénote l'infirmité du bébé, rien d'anormal ne s'observe. Mais si c'est la parfaite santé de l'enfant qui est troublée par la présence des accès, cela ne veut pas dire que les crises fréquentes, répétées, qui le secouent si profondément, n'aient pas une influence fâcheuse sur cet organisme, qu'ils affaiblissent gravement.

Pronostic. Évolution. — Si les plus expresses réserves de pronostic doivent s'imposer, c'est à l'occasion d'un cas de spasme idiopathique de la glotte.

L'affection, avec toutes les allures de bénignité pour les cas légers de la première forme, peut, sans raison tangible, arriver aux degrés de la plus grande intensité, et finir avec la vie de l'enfant.

Il faut donc se méfier des accès qui se présentent sans atteindre les traits d'une affection grave ; il faut prévenir les parents de la possibilité d'un surcroît du mal et d'un dénouement funeste, à l'occasion d'un grand accès, que nous sommes impuissants à éviter.

Il est rare, et c'est même exceptionnel, nous l'avons dit, qu'un accès reste unique ; et, si à la suite d'un de ces accès on avait à se prononcer sur le pronostic, on doit en annoncer la répétition, l'aggravation qu'impose sur les précédents chaque nouvel accès, et la réserve, toujours très sévère, sur l'issue de la maladie.

La mort peut se présenter sous deux formes ; *mort subite* au cours d'une forte attaque qui foudroie l'enfant, même avec absence d'une suffocation évidente, une syncope, dirait-on ; et la mort par *asphyxie progressive*, après une lutte plus ou moins prolongée. D'autres fois, enfin, c'est la répétition exagérée des accès qui entraînent la fatigue et l'accablement : l'enfant succombe à une *asphyxie lente*.

En ce qui concerne les maladies intercurrentes : pneumonie, rougeole, etc., qui peuvent modifier le pronostic, il n'y a rien à dire. On a cité des observations dans lesquelles les accès auraient cessé avec lesdites maladies ; ce serait, à notre avis, l'effet d'un hasard.

Le mécanisme de la mort est expliqué par la nature et par la symptomatologie de l'affection. Pour plusieurs auteurs, entre autres Marfan et Baginsky, la névrose laryngée doit figurer parmi les causes les plus fréquentes de la mort subite chez les enfants.

Quand l'accès ne finit pas d'une manière aussi tragique, emportant l'enfant, quelle évolution doit-on lui attribuer ? Il est avéré que la défervescence de l'accès est moins rapide que l'invasion ; malgré cela, il y a des cas, très rares, dans lesquels les crises cessent d'un coup, l'enfant revenant à la santé parfaite.

Mais dans la majorité des cas il est impossible de prévoir l'évolution de la maladie ; quelquefois le dernier est un accès très fort qui met en danger la vie de l'enfant ; d'autres fois, et cela arrive souvent, le nombre et l'intensité des accès diminuent jusqu'à leur disparition.

Quand les crises sont très fortes et successives, quand elles s'accompagnent de contractures intenses, quand leur durée et leur force sont considérables, quand les muscles respiratoires thoraciques et abdominaux y prennent part, quand il s'agit d'un enfant dont l'organisme est faible ou qui a beaucoup dépéri, quand l'enfant sera à l'âge le plus tendre, etc., on doit porter un pronostic plus sombre.

On peut pencher, en quelque sorte, pour la bénignité de l'affection, quand les accès seront légers, quand il n'y aura pas de période d'apnée à proprement parler, quand ils se répètent à des intervalles éloignés, etc.

La durée de la maladie est variable, rien ne peut la faire prévoir. Parfois les accès, de plus en plus faibles, après être arrivés à leur maximum, accompagnent l'enfant jusqu'à la fin de la première année. Parfois ils ont une évolution de deux mois et plus ; parfois encore, la durée serait de quelques jours à quelques semaines, jusqu'aux cas vraiment exceptionnels, où il est question d'un accès unique et isolé. On voit aussi les accès suivis d'un répit plus ou moins long, après lequel la maladie, qui semblait terminée, reprend un nouvel essor.

On manque de statistiques complètes pour établir la mortalité de l'affec-

tion. Et en considérant les chiffres des auteurs, il faut se rappeler que la plupart des accès faibles de la première forme doivent figurer en grande minorité, puisqu'il est avéré que les médecins n'interviennent que dans les cas qui inquiètent les parents. Reid donne une mortalité de 40 pour 100, — le total a été de 289 observations avec 115 morts.

Selon l'opinion de Lorent, les accès chez les filles entraîneraient un pronostic moins funeste. Les relevés statistiques donnent pour les garçons une mortalité de 45 pour 100, — pour les filles de 52 pour 100.

Diagnostic. — Il n'y a pas beaucoup de maladies entre lesquelles on puisse hésiter pour le diagnostic du spasme de la glotte. Ce sont celles qui, avec une localisation laryngée la plupart du temps, sont capables, par un mécanisme semblable, de provoquer une crise spasmodique, compromettant la fonction respiratoire.

Il suffit d'avoir observé la crise une seule fois, — elle impressionne tellement, — pour ne pas la confondre avec les autres crises spasmodiques. Affirmer l'existence d'un spasme de la glotte ne présente aucune difficulté : c'est un de ces symptômes qui n'admettent pas d'interprétation ; on le perçoit, on l'entend, il est unique dans la symptomatologie médicale.

Mais il reste à déterminer s'il s'agit d'un spasme vraiment idiopathique, sans cause appréciable et connue, ou symptomatique d'une autre affection. L'examen attentif de l'enfant lèvera le doute. Il est important aussi de s'assurer si la névrose laryngée a ouvert la scène morbide, ou si elle ne vient que secondairement compliquer les convulsions externes (éclampsie) ou les contractures (tétanie). C'est la famille, c'est l'entourage qui éclaire le médecin dépourvu d'observation personnelle.

Passons maintenant en revue les maladies susceptibles de produire des spasmes de la glotte, et notons les symptômes qui vont nous servir pour le diagnostic différentiel :

Le *faux croup* atteint de préférence les enfants de 2 à 7 ans, et presque jamais ceux de la première année ; — en revanche le spasme glottique est discutable passé les 2 ans. Presque invariablement il est précédé, soit d'une fièvre légère, de coryza, de larmoiement, de catarrhe laryngé ou d'enrouement de la voix, et la maladie débute presque habituellement pendant la nuit, choses qu'on n'observe pas dans le laryngo-spasme. De plus, à la difficulté de la respiration et au sifflement aigu inspiratoire, s'ajoute constamment une toux rauque et sonore, qu'on n'observe jamais dans le spasme glottique.

Avec le *croup d'emblée*, rare dans la première année de la vie, l'hésitation ne devra pas être longue. La période d'invasion n'est jamais si brusque que dans la convulsion interne, il est au contraire insidieux : il y a de la fièvre, la dyspnée augmente graduellement au fur et à mesure que les accès se répètent avec des paroxysmes de toux rauque très caractéristique. Dans l'intervalle, — encore une autre différence, — la santé n'est pas parfaite, la maladie suivant une marche continue. Une petite trêve et l'examen bactériologique des mucosités ou la présence de pseudo-membranes compléteront le diagnostic.

Quant à la *coqueluche*, on sera toujours éclairé par les quintes si caractéristiques. L'entourage, avant le médecin, fait le diagnostic.

L'œdème de la glotte est une affection trop rare dans l'enfance, surtout dans les premiers mois de la vie, pour qu'on ait à s'en occuper. On l'a observé à la suite des laryngites aiguës, des angines, des brûlures du larynx (Burger, Wallace, Jameson), etc., il est manifestement secondaire. Et dans les intervalles des crises, toujours il y a de la dyspnée, même du tirage, et, enfin, par le toucher on peut constater la tuméfaction des cordes vocales.

L'existence d'un *abcès rétro-pharyngien* peut être dénoncée, soit par la simple inspection de la région, soit par le toucher qu'on ne doit jamais négliger, soit enfin par la présence de symptômes qui lui sont propres et appréciables, aussi bien dans les accès de suffocation que dans les intervalles : ce sont la douleur occasionnée par les mouvements de la tête sur le cou, la dysphagie très prononcée, la tendance à porter la tête en arrière, etc.

Au sujet des *corps étrangers des voies aériennes*, il suffira de rappeler que les accès intenses de suffocation sont consécutifs à l'acte de la déglutition. Les commémoratifs pourront encore nous éclairer.

Il ne serait pas permis de confondre les fréquents accès de dyspnée qui accompagnent la *cyanose congénitale* avec ceux du spasme glottique. Un examen fait même à la hâte, la seule auscultation du cœur, pourra empêcher cette grossière erreur.

L'affection rare, connue sous le nom de *stridor congénital*, avec son cornage inspiratoire plus ou moins intense, mais permanent, ne se confondra pas non plus avec le spasme idiopathique de la glotte.

Traitement. — Nous devons envisager sous deux formes la thérapeutique de cette affection, suivant qu'elle aura pour but de combattre une crise ou de l'éviter (curative et préventive).

Les attaques de spasme glottique léger passent d'elles-mêmes, ou sans autre secours que ceux de l'entourage : aspersions d'eau froide, révulsion sur le cou avec compresses chaudes, etc.

Rarement les médecins ont l'occasion de traiter les crises les plus fortes, celles qui menacent d'une issue fatale : la brièveté des accès et la vertigineuse avec laquelle ils se répètent, revêtant parfois la forme subintrante, sont des causes qui font que lorsque le médecin arrive, tout a passé : ou l'enfant s'est endormi dans les bras de sa mère, ou il a été emporté par la maladie.

Cette triste modalité de l'affection étant connue, quelles sont les indications à remplir dans les différents cas? — Débarrasser vite l'enfant de ce qui le resserre, le redresser, le pencher un peu en avant en frappant légèrement dans le dos et la poitrine (Bœkel E. et F.), recourir à une excitation énergique de la peau : frictions, flagellations, aspersions d'eau froide sur le visage, application de sinapismes sur la poitrine, l'éponge chaude sur le cou, frictions des membres avec du liniment ou du vinaigre, tremper les pieds dans un bain sinapisé, et même plonger l'enfant dans un bain prolongé très chaud, si les accès sont tenaces.

On a pu conjurer quelques accès, et ce serait une bonne pratique à

tenter, en introduisant le doigt dans l'arrière-gorge pour provoquer des mouvements de déglutition et de vomissement; avec cette manœuvre l'enfant reviendrait parfois à la vie. On obtient des résultats à peu près semblables avec le chatouillement de la pituitaire, à l'aide d'une barbe de plume, qu'on introduit dans les fosses nasales.

On pourra avoir recours à la respiration artificielle, aux tractions rythmiques de la langue, à la compression des carotides (Trousseau), à la faradisation des nerfs phréniques (Henoeh), etc.

Mais ce qui réussit le mieux, ce qui m'a réussi dans plusieurs cas, ce sont les inhalations de chloroforme (quelques gouttes versées sur un mouchoir) parfois très prolongées, mais il importe de surveiller de très près le patient, étant donné son jeune âge. On fera bien aussi de garder le petit malade dans une atmosphère chaude et chargée de vapeurs d'eau, en alternant avec quelques inhalations d'oxygène.

Si toutes ces tentatives échouent, il faut être prévenu : la mort survient parfois faute d'intervention à temps, il faudra donc être outillé pour pratiquer rapidement le tubage, lors même que l'enfant serait en état de mort apparente, continuant avec la respiration artificielle, etc., sans perdre espoir. — Bókay, Ferroud, Knight, Taub, Brook ont été les premiers à préconiser le tubage.

Dans le cas où on ne serait pas outillé ou familiarisé avec le tubage, et seulement dans ce cas-là, on aura recours à la trachéotomie, vu l'urgence. Le peu de gravité que comporte le tubage pourra nous permettre d'affirmer qu'il ne nuira pas à l'enfant. Le tubage reste donc le procédé de choix, la trachéotomie celui de nécessité.

La thérapeutique dirigée contre la maladie elle-même, préventive en quelque sorte de nouveaux accès, consistera à surveiller de près l'état général de la nutrition, à éviter le séjour dans une atmosphère confinée et malsaine, à conseiller le changement d'air, les bains, le séjour à la campagne, etc., et s'il s'agit d'un rachitique, chose assez fréquente, ne pas retarder le traitement spécial; s'il s'agit, enfin, d'un enfant sevré prématurément, ou s'il a été mis à l'allaitement artificiel, il faudra lui restituer la nourrice, et dans l'impossibilité de réaliser cet idéal, exiger que l'allaitement artificiel se fasse dans les meilleures conditions.

On surveillera aussi les fonctions digestives, faisant l'antisepsie intestinale fréquente, et régularisant les selles avec des lavements ou des purgatifs légers, etc.; on soignera les dyspepsies gastro-intestinales si fréquentes, etc.

Si on remarque des gencives très gonflées et rouges, qui dénotent un travail dentaire avancé et laborieux, ce qui constitue une cause avérée d'excitation constante, on favorisera la dentition par la scarification des gencives.

On a cité de beaux succès avec les applications de courants continus.

M. Comby m'a dit avoir obtenu aussi de beaux succès avec le drap mouillé appliqué tous les jours pendant 20 à 50 minutes.

Presque tous les médicaments nervins ont été essayés, à tour de rôle, par les auteurs, afin de diminuer l'excitabilité nerveuse des petits malades.

On donnera les bromures de potassium, de sodium ou de strontium : 20 à 50 centigrammes en deux fois dans la journée, au-dessous d'un an ; au-dessus d'un an, on peut donner de 40 centigrammes à 1 gramme, et à partir de deux ans, on pourra, sans crainte, élever la dose jusqu'à l'effet sédatif. « Quand l'indication est pressante, il ne faut pas craindre de donner les bromures à doses massives. C'est un remède peu toxique, que les enfants éliminent rapidement par leurs émonctoires » (Comby). — On fera toujours concurremment l'antisepsie intestinale.

Le chloral s'administre dans une potion à la dose de 40 à 20 centigrammes par jour et par année d'âge ; « les enfants sont très sensibles à ce médicament, qu'ils supportent, d'ailleurs, très bien. » (Comby.)

Le musc, qui est un antispasmodique très puissant, a été prescrit depuis longtemps. On préfère la teinture alcoolique à la dose de V à X gouttes, répétée chaque deux heures (Hench).

On a employé l'asa fœtida à la dose de 2 à 4 grammes en teinture, dans une potion ; la belladone à la dose de 1 à 2 centigrammes (Trousseau) ; l'eau de laurier-cerise à doses petites et graduées, en commençant par 50 centigrammes.

L'oxyde de zinc a été rarement employé ; il se prescrit à la dose de 1 à 2 centigrammes par jour et par année d'âge (Comby).

Hench se loue des succès obtenus avec la morphine, qu'il avait sous la main, naguère, quand la fréquence des accès était extrême : il donnait trois ou quatre fois par jour une cuillerée à café d'une potion contenant : chlorhydrate de morphine, 1 à 5 centigrammes ; eau distillée, 55 grammes ; sirop d'althæa, 15 grammes. Il continuait la médication jusqu'à obtention du calme et de la somnolence, en surveillant de près l'action toxique.

XI

PAPILLOMES DU LARYNX

PAR LE D^r MAURICE BOULAY
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Étiologie. — De tous les néoplasmes du larynx, les papillomes sont ceux qu'on rencontre le plus fréquemment chez les enfants ; ce sont d'ailleurs à peu près les seules tumeurs susceptibles de se développer dans le larynx au-dessous de 10 ans. Ils peuvent être congénitaux. Causit¹ et plus récemment Desvernine² ont attiré l'attention sur ces faits ; sur 157 cas de papillomes observés chez des enfants, von Bruns³ en a trouvé 25 congénitaux. Il est d'ailleurs possible que l'origine congénitale des productions papillomateuses soit moins rare que ne le laisseraient supposer les statistiques, car l'attention des parents n'est souvent attirée qu'à une époque tardive, lorsque les troubles, qui peuvent être peu marqués au moment de la naissance, sont devenus plus intenses⁴. Il n'en est pas moins vrai que les papillomes congénitaux sont rares, eu égard à la fréquence des papillomes développés après la naissance. Il n'est pas d'âge de prédilection pour l'affection ; elle semble cependant un peu plus fréquente de la fin de la première année à la sixième, ainsi qu'en témoigne la statistique de von Bruns qui fournit les chiffres suivants :

Congénitaux	25
1 ^{re} année	9
2 ^e —	18
3 ^e —	15
3 à 6 ans	15
6 à 10 ans	11
10 à 15 ans	10

Le sexe masculin est un peu plus souvent frappé, les garçons fournissant les trois cinquièmes environ des enfants atteints de papillomes ; cette proportion en faveur du sexe masculin est toutefois moindre que chez l'adulte.

L'hérédité paraît n'exercer qu'un rôle effacé dans le développement des papillomes. Par contre, on a vu plus d'une fois l'affection se développer à la suite d'une fièvre éruptive à localisation laryngée, de la rougeole, de la scarlatine, de la variole, de la coqueluche, du croup ou d'une laryngite simple : et de fait on sait que toutes les lésions inflammatoires ou hyperémiques de la muqueuse laryngée prédisposent aux néoformations.

(¹) CAUSIT. Étude sur les polypes du larynx chez les enfants et en partic. sur les polypes congénitaux. Thèse de Paris, 1867.

(²) DESVERNINE-GALDOS. Laryngite polypeuse congénitale. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1890, p. 246.

(³) VON BRUNS. *Die Laryngotomie*, Tübingen, 1878.

(⁴) CHAPPELL. Quelques néoplasmes intéressants du larynx. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1896, I, p. 245.