

la partie supérieure. Dans la suite, le liquide se clarifie. Ces micro-organismes poussent également sur le sérum gélatinisé, leur culture est moins abondante que sur gélose. Sur pomme de terre, ils donnent une culture lisse, humide, peu appréciable. Ils ne poussent pas sur la carotte.

La présence fréquemment constatée de ces micro-organismes m'avait amené à considérer la trachéo-bronchite de l'adulte, dite *a frigore*, comme une véritable maladie infectieuse, le froid ne jouant que le rôle de cause préparatoire. A l'appui de cette manière de voir on peut invoquer la fréquence des petites épidémies de famille et de maison de la trachéo-bronchite : il serait intéressant de rechercher ces micro-organismes chez l'enfant; malheureusement l'enfant, même au-dessus de cinq ans, crache rarement, et comme, d'autre part, la bronchite légère guérit à peu près toujours, on voit combien il est difficile d'élucider ce problème.

Bien que la bronchite aiguë guérisse à peu près toujours, il ne faut pas négliger de la traiter, et énergiquement, dès le début. Nous avons vu en effet qu'elle pouvait s'accompagner d'accidents graves (éclampsie, spasme de la glotte); elle est, d'autre part, la porte ouverte à la bronchite capillaire, à la broncho-pneumonie, et combien de cas de ces deux affections meurtrières n'auraient pas existé si on avait pris soin d'enrayer la « simple » bronchite qui en a été le point de départ! Le traitement méticuleux s'imposera d'autant plus que l'enfant sera plus jeune. Il faudra maintenir les petits malades à la chambre, la température étant de 18 degrés environ; l'atmosphère de la chambre devra être maintenue humide : on obtiendra ce résultat en maintenant en permanence sur un réchaud ou une lampe à alcool un large récipient contenant une infusion de feuilles d'eucalyptus. Cette atmosphère humide aura le grand avantage de rendre moins fréquentes et moins pénibles les quintes de toux de l'enfant. Ceci, joint aux badigeonnages de teinture d'iode tous les trois jours, aux irrigations d'eau boricuée bouillie matin et soir dans la gorge et dans les mains, suffit dans les cas légers.

Si la fièvre s'allume, il faudra envelopper d'ouate le poitrine du petit malade, lui mettre des bottes d'ouate et lui donner des bains chauds à 55 degrés toutes les quatre heures, bain simple et bain sinapisé. Les bains agissent d'une façon remarquable chez les enfants atteints de bronchite et on ne saurait trop s'élever contre le préjugé enraciné — combien profondément! — qu'il faut se garder de baigner un enfant qui tousse.

Traitement. — S'il se produit des phénomènes convulsifs, des inhalations de chloroforme, le chlorhydrate de quinine à la dose de 50, 40 centigrammes comme médicament nervin seront indiqués. Si l'obstruction bronchique est notable, que l'enfant ne soit pas débilité, un vomitif donnera parfois des résultats remarquables, mais il faut se garder d'user de cette médication à tout propos et ne l'appliquer qu'à bon escient.

Le bromoforme, la codéine devraient être prescrits à l'intérieur, puis l'alcool, le café, la caféine, si les forces du petit malade défailaient. En surveillant attentivement, en traitant soigneusement de la sorte la bronchite aiguë, on arrive à peu près toujours à la guérir et à empêcher que ce rien ne devienne quelque chose, quelque chose de grave et trop souvent mortel.

II

BRONCHITES CHRONIQUES

PAR LE D^r J. COMBY

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Pour être moins fréquentes que les affections aiguës, les maladies chroniques des bronches chez les enfants n'en sont pas moins intéressantes; et, comme elles sont moins connues de la généralité des médecins, nous devons les étudier avec soin et les exposer avec toute la netteté désirable. Nous décrirons successivement : 1° la *bronchite chronique simple*, avec ou sans emphysème; 2° la *dilatation des bronches*; 3° la *bronchite pseudo-membraneuse chronique*.

I

BRONCHITE CHRONIQUE SIMPLE

Dans deux publications déjà anciennes (*De la bronchite chronique chez les enfants*, Progrès médical, 1884; *Essai sur la bronchite chronique des enfants*, Archives générales de médecine, 1886), j'ai essayé de définir cette forme morbide, à peine indiquée dans les ouvrages classiques, et cependant très intéressante par sa fréquence relative et par ses allures cliniques.

Plus tard, mon élève, M. le D^r J. Daguzan, devait reprendre cette étude en la complétant dans sa thèse (*Bronchite chronique simple chez les enfants*, Paris, 6 juin 1901). Sous le nom de *Bronchite scrofuleuse des enfants*, le D^r Breton (*Journ. des Prat.*, 7 sept. 1901) décrit notre bronchite chronique simple.

L'inflammation chronique, le catarrhe des bronches, est un aboutissant de bien des affections de l'appareil respiratoire; la bronchite chronique succède généralement à des atteintes plus ou moins répétées de bronchite aiguë. On ne s'étonnera donc pas de la rencontrer fréquemment chez les personnes d'un âge mûr ou avancé, chez les vieillards. Mais elle existe aussi à l'autre extrême de la vie, chez les enfants; seulement, chez ces derniers, elle est plus simple, plus pure de tout mélange, de toute association aggravante. A ce titre elle mérite une étude spéciale. Chez l'adulte et le vieillard, la bronchite chronique n'est presque jamais *simple*; pour peu qu'elle ait duré, elle s'accompagne d'une façon à peu près constante d'*emphysème pulmonaire*, d'où les termes usuels de *bronchite emphysémateuse*, d'*emphysème bronchitique*, etc. En un mot, les deux termes *bronchite chronique* et *emphysème* sont confondus dans le langage clinique, et l'énoncé de l'un fait sous-entendre l'autre. Rien de tel en pathologie infantile; la bronchite

chronique avec emphysème n'appartient pour ainsi dire pas à l'enfance, elle reste propre à l'âge avancé; et nous allons dire pourquoi.

Chez l'enfant qui grandit, qui évolue, le poumon présente une virginité, une souplesse, un ressort que le progrès des ans lui fera perdre. A mesure que les sujets vieillissent, le parenchyme pulmonaire perd son intégrité anatomique et fonctionnelle. Les alvéoles, usés par l'âge et les maladies, se dilatent, se déforment; leurs parois deviennent moins élastiques, moins rétractiles, s'altèrent, se perforent, disparaissent partiellement; le champ respiratoire diminue. Ainsi naît l'emphysème par les progrès naturels de l'âge et suivant la loi d'*involution* organique. Il se passe du côté des poumons le même travail de rouille, d'usure, de destruction que du côté des artères (athérome, artério-sclérose). On pourrait dire que tous les vieillards sont des emphysémateux latents. Vienne une bronchite, un simple rhume, l'emphysème va devenir manifeste. Alors le tableau est complet et les deux éléments morbides, réagissant l'un sur l'autre, vont s'aggraver réciproquement en devenant inséparables.

L'enfant n'est pas voué à ce sort lamentable; il résiste longtemps aux atteintes les plus sévères et les plus répétées de la bronchite. Ses alvéoles ne se laissent pas forcer, et l'emphysème durable, chronique, est exceptionnel chez lui. Cependant il existe, comme on le verra plus loin (article *emphysème pulmonaire*); mais il est plus souvent aigu que chronique et sa curabilité est habituelle.

C'est dire que la signification du mot *bronchite chronique* ne sera pas la même chez l'enfant que chez le vieillard. La bronchite chronique infantile est généralement simple, sans emphysème, quoiqu'une petite place doive être réservée à la *bronchite emphysémateuse*.

La bronchite chronique simple n'a ni les mêmes allures, ni le même pronostic, ni la même incurabilité que la bronchite chronique avec emphysème. Elle n'arrête pas les enfants, elle n'atteint que peu l'état général, elle est compatible avec les apparences de la santé.

Historique. — La plupart des Traités consacrés aux maladies de l'enfance sont muets ou à peu près sur la bronchite chronique des enfants. Aucun de ceux qui la signalent n'en fait une description séparée, en rapport avec sa fréquence et son importance clinique. Cela tient peut-être à la raison suivante: les matériaux qui ont servi à la confection des livres didactiques sont empruntés presque exclusivement à la pratique hospitalière; or la bronchite chronique simple, qui est apyrétique, qui n'arrête pas les enfants, n'est pas une maladie d'hôpital. Loin de l'admettre, on l'écarte et on fait bien. Elle ne se voit donc que dans les consultations externes, dans les polieliniques, dans les dispensaires où l'encombrement ne permet pas toujours de lui donner l'attention qu'elle mérite.

Cependant, en 1856, Monneret et de La Berge (*Compendium de Médecine*, tome I) signalent la bronchite des enfants, qu'ils ont observée à la suite de la coqueluche et dont la durée leur a semblé très longue dans quelques cas.

Bazin, en 1861, dans ses leçons sur la *Scrofule*, sans viser spécialement

l'enfance, décrit le catarrhe scrofuleux des bronches, et formule un traitement applicable aux enfants: « Le moyen par excellence, dit-il, chez les enfants qui ont la *poitrine grasse*, c'est-à-dire qui sont atteints de bronchite scrofuleuse, c'est l'ipécacuanha, à la dose de 50 à 60 centigrammes. On provoque 3 ou 4 vomissements tous les jours ou tous les deux jours à l'aide de cet agent. Le kermès peut aussi rendre de grands services. On agit sur l'intestin avec les purgatifs doux, comme la manne et l'huile de ricin.... Tous ces moyens, qui sont spécialement dirigés contre l'élément catarrhal, ne doivent pas exclure une médication anti-scrofuleuse. Nous avons dans beaucoup de cas employé l'huile de morue avec le plus grand avantage. »

Barth (article *bronchite* du Dict. Dechambre) dit ceci: « Chez les scrofuleux, dont le système muqueux est habituellement et passivement congestionné, la bronchite est remarquable par ses répétitions fréquentes, ses faciles recrudescences et sa tendance à se prolonger à l'état chronique ».

Grisolle (*Traité de pathologie interne*) dit que la bronchite chronique est rare dans l'enfance, et qu'elle succède souvent à la coqueluche.

Cadet de Gassicourt (*Leçons sur les maladies de l'enfance*) est plus explicite: « C'est aussi par sa marche, par sa tendance à la répétition, à la chronicité, que se distingue la bronchite développée chez les enfants scrofuleux; elle y revêt volontiers une allure lente et comme engourdie, remarquable à la fois par sa douceur apparente et par sa ténacité. L'inflammation bronchique suit la même marche que la phlegmasie de toutes les autres muqueuses; elle est torpide, et la cause qui l'empêche de s'étendre est aussi celle qui tend sans cesse à la réveiller. »

Henoeh indique la fréquence de la bronchite chronique chez les rachitiques.

Pour d'Espine et Picot, la bronchite chronique serait rare dans le jeune âge, quoiqu'on puisse observer, à la suite de la bronchite aiguë, un catarrhe bronchique persistant.

On voit par ces citations que la bronchite chronique des enfants avait été un peu dédaignée; la description assez complète que j'en ai donnée en 1884 est donc la première en date. Cette description, je vais la reprendre sur les faits anciens déjà publiés et sur des faits nouveaux très nombreux observés tant au dispensaire qu'à l'hôpital.

Étiologie. — La bronchite chronique simple s'observe dans les deux sexes et à tous les âges de l'enfance. Les enfants à la mamelle sont atteints comme les enfants sevrés. Après 10 ans, la maladie devient rare, elle est surtout commune entre 2 et 5 ans.

Elle se montre en toute saison, mais elle subit facilement les influences atmosphériques; les temps chauds et secs, les belles journées du printemps, de l'été, de l'automne, semblent agir favorablement sur elle. La toux diminue, les râles disparaissent, la maladie s'atténue, s'assoupit. Viennent les intempéries, les brouillards, l'humidité, le froid de l'hiver, la bronchite renaît de ses cendres, ou présente de nouveaux paroxysmes.

La bronchite chronique simple est une maladie d'hiver; le froid l'exaspère, la chaleur l'apaise. En général, la bronchite chronique n'est pas

spontanée et primitive, c'est une maladie *secondaire*. Quelques observations disent bien que la bronchite s'est installée après un simple refroidissement, un rhume simple qu'on a négligé, etc. Mais ce n'est pas la règle, et la bronchite chronique se montre ordinairement à la suite de maladies sérieuses ou répétées des voies respiratoires. Des atteintes multipliées de bronchite *a frigore* ou de bronchite grippale, une coqueluche plus ou moins grave, une rougeole compliquée de catarrhe bronchique ou de broncho-pneumonie, une fièvre typhoïde, pourront laisser à leur suite, chez des enfants prédisposés, le catarrhe chronique des bronches.

La prédisposition s'accuse très nettement chez certains enfants, elle manque chez d'autres. Tous les auteurs ont remarqué, et nous avons confirmé leurs remarques, que les enfants atteints de bronchite chronique étaient pour la plupart d'un tempérament lymphatique ou scrofuleux. Ce sont des sujets mous, torpides, ayant parfois de l'eczéma suintant de la face, de la blépharite glandulo-ciliaire, du coryza chronique avec hypertrophie de la lèvre supérieure, le *facies strumeux* en un mot.

D'autres n'ont pas ce facies bien caractérisé, mais ils sont pâles, délicats et leurs antécédents héréditaires sont peu rassurants. Tantôt c'est la tuberculose qu'on trouve dans la lignée paternelle ou maternelle, tantôt c'est la scrofule, tantôt la goutte ou une autre manifestation arthritique.

Il résulte de ces données étiologiques que la question de *terrain* joue un grand rôle dans l'étiologie de la bronchite chronique. Si le catarrhe bronchique, au lieu d'évoluer franchement et rapidement, se répète, se prolonge, se perpétue, ce n'est pas que le germe morbide soit d'une malignité particulière, c'est que le milieu organique se prête à la chronicité du processus inflammatoire. Les phlegmasies des enfants scrofuleux, loin d'être aiguës et éphémères, marquent une tendance fâcheuse à persister et à s'aggraver sur place. Quel que soit leur siège, qu'elles frappent le nez, les yeux, les oreilles, le pharynx, les bronches, elles tendent à la chronicité.

Mais il s'en faut que tous les enfants bronchitiques soient des scrofuleux; beaucoup d'entre eux étaient sains, bien portants, sans tare héréditaire, mais une maladie aiguë ou chronique (une fièvre éruptive, la coqueluche, la diarrhée, le rachitisme) est venue changer les conditions de leur réceptivité morbide et de leurs réactions organiques. De bon qu'il était à l'origine, le terrain est devenu mauvais, et la bronchite va s'installer à demeure.

La bronchite chronique simple est la maladie des enfants débilités, soit héréditairement (tuberculose, scrofule, arthritisme, syphilis), soit accidentellement (fièvre éruptive, coqueluche, rachitisme, etc.). Que la débilité soit innée ou acquise, elle aboutit au même résultat, à la torpidité, à la mollesse des tissus, à la *lymphatisation* de l'organisme. Les muqueuses sont gonflées et gorgées de liquide, les voies lymphatiques sont plus larges, les ganglions plus gros, le mouvement nutritif est ralenti et par suite aussi le processus de réparation et de cicatrisation.

Dans certains cas, un nouvel élément entre en jeu dans la pathogénie de la bronchite chronique. Chez les rachitiques à gros ventre, chez les enfants

dyspeptiques, on constate souvent des bronchites sibilantes, asthmatiformes, à répétition, qui aboutissent à la chronicité. Là on est autorisé à invoquer l'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale. En effet les purgatifs, les antiseptiques intestinaux, une hygiène alimentaire convenable, en tarissant la source des poisons, mettent un terme à la bronchite. D'autre part, quand ces enfants ont des eczéma tenaces de la tête ou du corps, on constate un balancement entre l'efflorescence cutanée et la bronchite. Vient-on à guérir l'eczéma, la bronchite s'accroît; l'eczéma présente-t-il une exacerbation marquée, l'oppression, les râles bronchitiques s'évanouissent. Il semble que les poisons formés dans le tube digestif doivent s'éliminer en pareil cas par la peau et par la muqueuse des bronches; quand une de ces portes de sortie est fermée, l'autre est largement béante et *vice versa*. Il en résulte qu'il ne faut pas viser seulement la guérison de ces manifestations, de ces eczéma, de ces bronchites, qui sont de véritables *émonctoires*, mais qu'il faut avant tout chercher à atteindre le mal dans sa source, c'est-à-dire dans le tube digestif.

Voilà comment nous sommes amenés à comprendre la bronchite chronique des enfants dyspeptiques, mal nourris, souffrant de gastro-entérite, de dilatation de l'estomac, de rachitisme, etc.

Le Dr G. Carrière (le *Nord médical*, 1^{er} mai 1905), sur 20 cas de bronchite chronique dont il a examiné les crachats, a trouvé toujours des microbes: streptocoque seul une fois, diplocoque non encapsulé une fois, 18 fois plusieurs microbes avec prédominance du pneumocoque, puis streptocoque, etc. Sur 100 cas, 28 fois l'affection avait succédé à des fièvres éruptives (rougeole) et 24 fois à la coqueluche. Enfin Carrière a trouvé des végétations adénoïdes 56 fois sur 100.

Symptômes. — Le début de la bronchite chronique simple est très variable, suivant les causes provocatrices que nous avons indiquées.

Tantôt la maladie s'installe sourdement, sans être précédée, annoncée par quelque une de ces maladies infectieuses à détermination bronchique si fréquentes dans l'enfance (grippe, rougeole, coqueluche, fièvre typhoïde). C'est un rhume, qui paraît d'abord simple, mais qui traîne en longueur et ne marque aucune tendance à la résolution.

Tantôt la bronchite chronique succède à une bronchite aiguë spéciale ou spécifique, c'est un reliquat de bronchite grippale, coqueluchiale, morbilieuse, etc. S'il s'agit de rougeole, on note que l'enfant a toussé beaucoup dans le cours de sa maladie, qu'il a présenté des manifestations broncho-pulmonaires plus ou moins graves. Guéri de sa fièvre éruptive, il a continué à tousser, la bronchite chronique s'est installée.

Quelquefois ce passage à la chronicité s'explique par l'incurie de l'entourage; on considère trop souvent, dans certains milieux, la rougeole, la coqueluche comme des maladies insignifiantes qui n'exigent pas un séjour prolongé à la chambre. Les enfants sortent trop tôt, par tous les temps, ils se fatiguent, se refroidissent, la toux augmente, le catarrhe bronchique apparaît ou s'exaspère; ainsi cultivé et entretenu, il devient persistant et tenace.

Mais, quelle que soit l'origine de la maladie, son évolution ultérieure ne diffère pas sensiblement. Voici comment se présente à nous le catarrhe chronique des bronches chez l'enfant. La réaction générale est réduite au minimum, les petits malades conservent l'appétit, les forces, l'entrain et la gaieté habituels; ils ne gardent pas le lit, ils sortent, ils continuent à fréquenter l'école quand la toux qu'ils présentent ne les en fait pas exclure momentanément. Quelques-uns ont de l'embonpoint, des couleurs, ils ne souffrent pas, ne se plaignent pas, ne donnent aucun signe extérieur de maladie. D'autres sont pâles et amaigris, on les prend pour des anémiques. Un bon nombre offrent les attributs du tempérament lymphatique.

La fièvre n'existe pour ainsi dire jamais; le processus morbide est d'une torpidité et d'une insidiosité remarquables; la peau est fraîche, le pouls n'est pas accéléré.

Cependant, dans quelques cas, sous l'influence d'une poussée aiguë, d'une infection bronchique surajoutée au fond catarrhal, on peut voir le thermomètre s'élever, et j'ai même constaté parfois, chez des enfants hospitalisés, une courbe rémittente ou intermittente d'une durée assez longue. En pareil cas, on peut craindre l'intervention d'une complication parenchymateuse, congestion pulmonaire, splénisation, broncho-pneumonie.

Dans la bronchite chronique simple, les symptômes fournis par l'examen de l'appareil respiratoire sont caractéristiques. Il y a d'abord la toux, qui frappe par sa répétition, par sa persistance, quelquefois par sa violence. Cette toux n'est pas continue, elle survient de préférence le matin, après le repos de la nuit qui a permis l'accumulation des mucosités dans les canaux bronchiques. Elle est grasse, et, quand les enfants crachent, elle aboutit à l'expulsion de muco-pus épais et jaunâtre.

Mais il ne faut pas compter sur l'expectoration qui manque dans la généralité des cas et ne se voit guère que dans la seconde enfance, à partir de 5 à 6 ans. Cependant j'ai vu un bronchitique de 5 ans 1/2 qui crachait spontanément. La toux est souvent quinteuse, mais sans *reprise*, et elle ne simule que très sommairement les quintes de la coqueluche. Quand la bronchite chronique a succédé à cette dernière maladie, ses quintes peuvent, par une accoutumance assez habituelle, devenir coqueluchoïdes. On verra alors la *reprise* qui dénonce l'origine du catarrhe bronchique; la quinte pourra se terminer par des vomissements.

Quand la bronchite chronique dérive d'une autre source, la toux n'est pas quinteuse, elle est courte, avortée, saccadée, exaspérée par la fatigue, par le froid, améliorée par le repos et la chaleur. Elle n'a en somme rien de spécial.

Les signes physiques ont plus de valeur encore que la toux et l'expectoration pour l'appréciation de la bronchite, de son étendue, de sa nature. L'examen du thorax ne révèle rien d'anormal, à moins que les enfants n'aient été rachitiques; on aura alors soit le thorax en carène, soit l'asymétrie des régions sterno-claviculaires, soit même le thorax en entonnoir. Mais toutes ces déformations sont sans relation directe avec la bronchite. Même quand les enfants ont de l'emphysème, on trouve rarement chez eux ces voussures

pectorales si communes chez les asthmatiques et emphysémateux adultes.

Voici, par exemple, un petit garçon de 5 ans 1/2, entré dans mon service en octobre 1896 pour de la bronchite chronique compliquée d'emphysème; cet état a succédé à une pleurésie gauche survenue l'année dernière. Quoiqu'il y ait des accès asthmatiformes, une dyspnée d'effort, des râles sonores nombreux, une expiration très prolongée avec diminution du murmure respiratoire, il n'y a pas la moindre voussure thoracique dénotant la dilatation des alvéoles pulmonaires.

La percussion ne donne pas de signes plus précis que l'inspection. La résonance plessimétrique est partout normale; il n'y a de foyer de submatité nulle part. Les vibrations vocales, quand elles peuvent être perçues, sont physiologiques.

Mais l'auscultation est révélatrice; on entend facilement, quand l'enfant respire largement, des râles plus ou moins nombreux disséminés dans la poitrine. Ces râles sont tantôt sonores, sibilants et ronflants, tantôt sous-crépitaux. Il peut y avoir à la fois des râles musicaux et des râles bullaires, les premiers s'entendant aux sommets et à la partie moyenne, les seconds prédominant aux bases. Mais on ne constate nulle part un groupement, un foyer indiquant une lésion fixe et profonde. Les sommets notamment sont presque indemnes, la bronchite ne les frappe pas avec plus de prédilection que les lobes moyens et inférieurs, bien au contraire.

En somme la bronchite est disséminée et discrète; la musicalité des signes stéthoscopiques, la grosseur des bulles quand il y a des râles muqueux, tout indique que le catarrhe occupe les grosses et les moyennes bronches, sans intéresser les fines ramifications, les bronchioles et les alvéoles.

Quand les râles sonores existent seuls (*bronchite ronflante, bronchite sibilante*), le catarrhe est modéré et bénin; quand il y a des râles bullaires (*bronchite crépitante*), la forme est plus tenace et plus durable. Quoique la dissémination et la symétrie des râles soient habituelles, il n'est pas exceptionnel de trouver une prédominance d'un côté, à une base par exemple, sans que cela implique un pronostic plus fâcheux. En avant, sous les clavicles, il n'y a pas de râles, ou des râles insignifiants, comparativement à ceux des parties postéro-inférieures.

Le nombre, la densité, la qualité des râles varient beaucoup suivant les moments, suivant les journées, suivant les saisons.

Un enfant se présente à la consultation, il vient de faire à pied un trajet plus ou moins long, il s'est fatigué, il tousse avec une certaine violence; on l'ausculte, et on trouve un grand nombre de râles dans sa poitrine. Il entre à l'hôpital, il reste couché; sous l'influence du repos, en 24 heures, la situation a changé du tout au tout, et c'est à peine si l'on perçoit de vagues signes de bronchite.

D'un jour à l'autre, d'ailleurs, ces signes se modifient, ils sont sujets à des exacerbations et à des rémissions très grandes. S'il pleut, s'il fait froid, ils augmentent; si le soleil paraît, si la température s'élève, ils s'atténuent. En été ils peuvent manquer totalement, pour se reproduire en hiver.

D'ordinaire la dyspnée est absente, la respiration se fait naturellement, sans accélération, sans gêne notable; ce n'est qu'en cas d'exacerbation aiguë, ou d'emphysème, que l'enfant est oppressé. Mais si l'oppression manque au repos, elle survient facilement sous l'influence d'un effort, d'une fatigue, d'une course. L'enfant est court d'haleine et il ne peut se livrer aux jeux de son âge avec le même entrain que ses petits camarades. Il est donc, du fait de sa bronchite et tant qu'elle dure, condamné à un repos relatif et à une grande modération dans les exercices physiques.

Marche. Durée. Terminaison. — La marche de la bronchite chronique simple des enfants est lente, irrégulière, rémittente, et sa durée est indéfinie. La maladie se prolonge pendant des mois et quelquefois des années. Mais enfin elle se termine par la guérison dans l'immense majorité des cas. Il m'a semblé que la forme *sibilante* était plus bénigne et moins tenace que la forme *bullaire* et *crépitante*. La première se rencontrerait chez les dyspeptiques et les rachitiques, la seconde chez les scrofuleux.

Si la terminaison est favorable dans la plupart des cas, elle peut devenir exceptionnellement mauvaise par l'intervention de complications inflammatoires, de broncho-pneumonie, de pleurésie, ou même de tuberculose pulmonaire. En somme la muqueuse des bronches est lésée, la porte est ouverte à toutes les infections secondaires.

Pour donner une idée de la longue durée et des allures cliniques de la bronchite chronique, je vais transcrire une de mes observations personnelles.

En 1884, le jeune V..., âgé de 6 ans 1/2, nous est conduit par sa mère pour une bronchite simple qui date déjà de 18 mois. Cette maladie est survenue spontanément, sans avoir été précédée de rougeole ni de coqueluche. L'enfant est pâle, mais non amaigri; il mange bien, sort, va à l'école. La toux est fréquente et suivie le matin d'une expectoration jaunâtre et épaisse. Le thorax n'est pas déformé et présente une sonorité égale partout; à l'auscultation, on perçoit un grand nombre de râles sibilants et ronflants disséminés avec quelques râles bullaires aux deux bases. Tel est le résultat de l'examen pratiqué le 21 avril 1884. En juillet, les râles sont plus denses, mais l'état général s'est maintenu; pendant tout l'hiver 1885-1884, l'enfant avait pris de l'huile de foie de morue, des vomitifs de temps à autre, sans compter les badigeonnages à la teinture d'iode. Le 28 juillet, il y a de gros râles bullaires à gauche, tandis que les sibilances prédominent à droite. Le 6 août, je trouve que la prédominance de la bronchite à gauche s'accroît encore. Sommets indemnes, état général excellent. Le 22 septembre, amélioration très notable. La mère, âgée de 50 ans, est bien portante, quoiqu'elle ait déjà perdu 4 enfants en bas âge. Le père, âgé de 55 ans, est atteint de paralysie faciale droite par carie du rocher; il tousse, il maigrit, il est tuberculeux.

Au commencement de 1886, le jeune V... présente un écoulement d'oreille à droite; des irrigations au sublimé (1 pour 2000), des poudrages à l'acide borique tarissent bien vite cette otorrhée. La bronchite persiste; le 22 mars, râles ronflants et sibilants disséminés, appétit excellent, bon état

général, jamais de fièvre. Le 12 avril, sous l'influence du mauvais temps, toux plus forte, quoique les râles n'aient pas augmenté. Bientôt écoulement d'oreille à gauche; guérison rapide par le traitement antiseptique sus-indiqué. L'enfant absorbe quatre cuillerées à soupe d'huile de foie de morue tous les jours.

Le 19 avril 1886, amélioration très notable, plus de râles à l'auscultation. Le 5 mai, sous l'influence d'un refroidissement subit de l'atmosphère, quelques ronchus en arrière. Le 2 juin, nous trouvons l'enfant engraisé, bien portant, quoique gardant des râles ronflants et sibilants disséminés, des râles sous-crépitants à la base droite.

J'ai suivi cet enfant pendant 8 ans; il a fini par guérir complètement, et aujourd'hui il est très vigoureux et ne tousse plus. Il n'est pas emphysémateux.

Dans quelques cas, je dois l'avouer, l'emphysème peut compliquer la bronchite; j'ai gardé longtemps, dans mon service de l'hôpital Trousseau, un enfant qui présentait cette association.

P... Fernand, âgé de 5 ans 1/2, entre le 16 septembre 1896, salle Barrier. C'est un enfant délicat, élevé par une nourrice mercenaire, ayant marché tard, offrant des stigmates osseux de rachitisme. Il y a un an, il a été atteint d'une pleurésie du côté gauche qui a été traitée chez lui par des vésicatoires et des pointes de feu. Depuis cette époque, il n'a cessé de tousser, il est essoufflé quand il marche, et il ne peut courir par manque de respiration. A l'examen du thorax, on constate une légère asymétrie rachitique, sans voussure. La percussion est à peu près normale partout. Il n'y a de matité ni de submatité nulle part. Si la pleurésie a existé, elle n'a pas laissé de traces. A l'auscultation, les sommets sont indemnes. Les parties moyennes et inférieures des poumons, tant en avant qu'en arrière, font entendre des râles sonores disséminés avec une expiration prolongée et sifflante caractéristique de l'emphysème. Nous prescrivons le repos au lit et l'iode de potassium à la dose de 1 gramme par jour. L'enfant tolère bien ce médicament et présente bientôt une réelle amélioration. Pendant quelques semaines, les ronchus disparaissent, mais l'expiration reste prolongée. Pas de fièvre, pas d'amaigrissement, appétit conservé. Pendant les mois d'octobre, novembre, décembre, l'état reste le même.

L'enfant n'est pas guéri, après plusieurs mois de traitement; il présente encore de temps en temps des recrudescences de bronchite et de dyspnée, mais il va sensiblement mieux. Cœur normal.

Pronostic. — Ce que nous venons de dire de la marche, de la durée, des terminaisons de la bronchite chronique simple, fixe suffisamment son pronostic. La maladie n'est pas mortelle, elle guérit complètement dans la plupart des cas; mais la guérison se fait attendre très longtemps, et parfois elle est démentie par des rechutes ou des recrudescences imprévues.

L'enfant résiste très bien aux atteintes de ces bronchites prolongées et à répétition qui ébranlent si profondément la santé des vieillards.

J'ai dit que l'emphysème, complication possible, est une rareté; j'ajouterai que le cœur ne cède pour ainsi dire jamais et que la possibilité de la