

dilatation, de l'insuffisance cardiaque peut à peine être envisagée dans les conséquences lointaines de la bronchite chronique des enfants.

Cette bronchite est simple dès le début et reste simple jusqu'à la fin.

Il faut craindre cependant, pour un enfant atteint de bronchite chronique, une éventualité redoutable, la tuberculose qui, dans quelques cas heureusement fort rares, a pu se greffer sur la phlegmasie primitive. Aussi, doit-on écarter les petits bronchitiques de la contagion tuberculeuse, leur refuser l'accès des hôpitaux, etc. Plus que les autres, ils sont exposés à la contamination bacillaire.

**Diagnostic.** — Le diagnostic est en général assez facile : la toux, l'expectoration quand elle existe, les râles nombreux que l'auscultation révèle, permettent d'affirmer l'existence de la bronchite.

La longue durée de cette bronchite, le peu de réaction qu'elle éveille, sa torpidité et son indolence, indiquent sa chronicité. Le point délicat est d'établir qu'on est en présence d'une bronchite simple, sans lésion du poumon, sans tuberculose.

On remarquera que les points d'élection du bacille de Koch, que les sommets des poumons sont relativement indemnes; ce n'est pas sous la clavicule, dans la fosse sus-épineuse, qu'on entend les râles, c'est à la partie moyenne ou à la base qu'ils sont le plus nombreux. La palpation, la percussion, l'auscultation témoignent de l'intégrité des sommets. Quand l'enfant crache, la recherche des bacilles dans l'expectoration peut être faite; plusieurs fois, à l'hôpital, l'examen bactériologique a été fait, il a toujours été négatif.

Quelles que soient l'abondance, la couleur, la consistance des crachats, ils ne contiennent jamais de bacilles de la tuberculose. On peut donc écarter résolument ce diagnostic, d'autant plus que l'état général est bon, que les forces, l'appétit, l'embonpoint sont conservés, etc. J'ajoute que souvent (voir la thèse de Daguzan) j'ai fait des injections de tuberculine avec résultat constamment négatif.

La broncho-pneumonie, la pneumonie, toute autre maladie aiguë fébrile des voies respiratoires, seront aisément distinguées de la bronchite chronique, car elles se présentent à nous avec des signes groupés en foyer (matité, souffle, bouffées de râles, etc.).

Ce n'est que dans les cas de broncho-pneumonie traînante et prolongée, de dilatation bronchique consécutive à une broncho-pneumonie chronique, que l'hésitation serait permise. Mais alors il y a une expectoration excessive, avec vomiques de temps à autre, gargouillement en certains points, sueurs nocturnes, état général mauvais, etc.

La bronchite aiguë simple se distinguera aisément de la bronchite chronique par son début franc, par sa marche rapide, par sa terminaison à courte échéance; cependant cette bronchite peut trainer et aboutir à la forme chronique.

L'emphysème pulmonaire se distinguera par la sonorité exagérée à la percussion, la dyspnée asthmatiforme, l'expiration prolongée, etc. On saura qu'il peut compliquer, dans quelques cas, la bronchite chronique.

Quand les enfants atteints de bronchite chronique présentent de la toux coqueluchoïde, on peut penser à la coqueluche ou à l'adénopathie bronchique.

Dans la coqueluche, les quintes sont violentes, prolongées et accompagnées de reprise; elles surviennent dans la journée comme la nuit. Dans la bronchite chronique, ces quintes sont courtes, avortées, sans reprise sifflante, à moins qu'elles n'aient succédé à la coqueluche véritable; elles se montrent de préférence le matin au réveil.

Dans l'adénopathie trachéo-bronchique, il peut bien y avoir des accès asthmatiformes et des quintes coqueluchoïdes, mais l'auscultation ne donne pas les signes d'une bronchite chronique disséminée; tantôt elle est négative, tantôt elle fait entendre une respiration soufflante au niveau du hile, ou l'apnée dans une partie du poumon, révélant ainsi la compression d'une bronche de calibre. Dans des cas exceptionnels, la percussion permet de délimiter des masses ganglionnaires médiastines.

Quelques enfants lymphatiques, avec amygdales hypertrophiées, granulations pharyngées, catarrhe naso-pharyngien, présentent une toux opiniâtre et durable, avec expectoration, qui peut donner le change. Mais l'auscultation, qui est négative, démontre l'origine pharyngée de cette toux (R. Millon).

**Traitement.** — Le traitement s'adresse à l'état local et à l'état général.

**Traitement local et direct.** — On agit contre la bronchite à l'aide de certains topiques, tels que ventouses sèches, badigeonnages de teinture d'iode, cataplasmes sinapisés, emplâtres poreux, etc. Cette révulsion convient aux exacerbations de la maladie; elle n'est plus de mise dans les phases de calme et de rémission. Je ne crois pas devoir conseiller le vésicatoire, pas plus le vésicatoire volant que le vésicatoire permanent, quoique ces deux modes d'action aient été mis en œuvre contre la bronchite chronique des enfants. La vésication expose à des inconvénients, à des dangers, et n'agit pas sur le catarrhe bronchique.

Quand la toux sera forte et opiniâtre, quand l'expectoration augmentera, on sera autorisé à prescrire les vomitifs ou les purgatifs, ne serait-ce que pour balayer les crachats déglutis.

On fera prendre à l'enfant, le matin à jeun, dans un peu d'eau sucrée, 1/2 à un gramme de poudre d'ipéca, suivant l'âge. Si la langue est saburrale, s'il y a des symptômes d'embarras gastrique, on donnera en même temps du jalap ou de la scammonée :

℥ Poudre d'ipéca. . . . .	} āā 0 <sup>er</sup> ,50
Jalap ou scammonée . . . . .	

Pour un paquet à prendre le matin dans un peu de lait ou d'eau sucrée. On pourra prescrire également la potion suivante que l'enfant prendra en 4 ou 5 fois dans l'espace d'une heure :

Sulfate de soude. . . . .	10 grammes
Tartre stibié . . . . .	0 <sup>er</sup> ,05
Sirop simple . . . . .	10 grammes
Eau distillée . . . . .	200 —

Tels sont les moyens d'attaque des exacerbations de la bronchite chronique. On peut joindre à cela les pulvérisations faites tous les matins avec l'eau boriquée ou une eau sulfureuse naturelle (Enghien, Challes, Labassère).

Pour modifier les sécrétions bronchiques, on pourra prescrire des balsamiques (tolu, térébenthine, benjoin), des diurétiques (oxymel scillitique), des expectorants (kermès, oxyde blanc d'antimoine, etc.). On pourra formuler par exemple :

Benzoate de soude . . . . .	5 grammes
Sirop de Tolu . . . . .	} ã 10 —
Sirop de terpine . . . . .	
Oxymel scillitique . . . . .	
Eau distillée . . . . .	70 —

Une cuillerée à soupe matin et soir. Voilà pour le traitement de la bronchite; reste le traitement de l'état général, du tempérament morbide.

*Traitement général.* — Si les enfants atteints de bronchite chronique sont des lymphatiques ou des scrofuleux, on cherchera à remonter leur état général par l'huile de foie de morue qui devra être prise à doses croissantes, jusqu'à 2, 5, 4 cuillerées à soupe par jour. Si ce médicament est mal toléré, on le remplacera par le sirop antiscorbutique, par le sirop iodotannique. L'iode, en effet, en pareil cas, a une action reconstituante manifeste, et parfois l'on se trouvera bien de petites doses d'iodure de potassium longtemps continuées (10 à 25 centigrammes par jour). Si l'enfant est rachitique, on donnera le phosphate, le glycéro-phosphate de chaux, ou l'huile phosphorée (1 centigramme de phosphore pour 100 grammes d'huile, 1 à 2 cuillerées à café par jour). S'il y avait un degré marqué d'anémie, on donnerait le sirop d'iodure de fer, le protoxalate de fer (5 à 10 centigrammes); mais on s'abstiendra en général des vins toniques et des préparations à base d'alcool.

Si l'enfant est herpétique ou arthritique, on conseillera les eaux alcalines et arsenicales (la Bourboule), l'eau de Royat, l'eau de Saint-Nectaire. S'il est scrofuleux, on s'adressera au Mont-Dore ou aux Eaux-Bonnes qui paraissent indiquées dans la plupart des cas, malgré leur énergie et leur action excitante, peut-être même à cause de cette action excitante. Car les petits bronchitiques sont souvent des torpides qui ont besoin de l'excitation thermique dont nous parlons. Les autres stations thermales à conseiller sont : Enghien, Saint-Honoré, Challes, etc.

Parmi les préparations arsenicales à recommander dans le traitement de la bronchite chronique il faut retenir l'arséniate de soude (2 à 5 milligrammes par jour, pendant 15 jours par mois), le cacodylate de soude ou l'arrhénal (1, 2, 5 centigrammes par jour), l'iodure d'arsenic recommandé par R. Saint-Philippe :

Iodure d'arsenic . . . . .	0 <sup>rs</sup> .50
Eau . . . . .	50 grammes

En prendre V gouttes 2 fois par jour; on peut aller à X et XX gouttes.

En hiver, on pourra conduire les enfants sur les bords de la Méditerranée,

en ayant bien soin de ne pas les mêler aux tuberculeux qui fréquentent ces parages. On évitera les refroidissements, l'humidité, les intempéries; nous avons suffisamment insisté sur l'action aggravante de ces conditions ambiantes sur la marche de la bronchite. Les plages de l'Océan, de la Manche et de la mer du Nord ne sont pas à conseiller, à cause de la violence des vents et de l'humidité de l'atmosphère. Mais la forêt d'Arcachon, malgré son voisinage maritime, paraît convenir aux bronchites chroniques simples. Dans tous les cas, le séjour à la campagne est salutaire.

Pendant les poussées aiguës, les enfants devront être maintenus à la chambre, condamnés au repos et même au lit : j'ai vu bien souvent l'hospitalisation, par le seul repos qu'elle occasionnait, modifier très heureusement la bronchite.

Tous les petits malades doivent être alimentés soigneusement; on leur donnera le lait, les œufs, le laitage, les purées de viande et de légumes, on visera l'engraissement, comme s'il s'agissait de tuberculose pulmonaire.

Pour activer la nutrition générale, il est bon de soumettre les enfants aux frictions sèches avec le gant de crin, ou aux frictions térébenthinées, alcoolisées, faites matin et soir. Ces stimulations cutanées incessantes remplacent les douches et les bains qu'on ne peut conseiller à cause de l'état des bronches.

## II

## DILATATION DES BRONCHES

La dilatation des bronches peut être considérée comme un aboutissant rare, comme une complication exceptionnelle de la bronchite chronique, et sa description doit prendre place immédiatement après celle de cette dernière maladie. Quoique plus fréquente à l'âge adulte, la dilatation bronchique n'en mérite pas moins d'attirer l'attention des médecins d'enfants, on le verra par la suite.

*Historique.* — C'est à Laënnec (1818) que revient l'honneur d'avoir décrit le premier la dilatation des bronches. Après lui, Andral, Cruveilhier, Barth ont approfondi l'étude de cette maladie et fixé définitivement ses traits, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique. Laënnec avait bien vu la *dilatation cylindrique* et la *dilatation terminale* des canaux bronchiques. Andral, complétant sa description, a distingué trois formes anatomiques acceptées et reconnues par tous les auteurs :

- 1° Dilatation cylindrique;
- 2° Dilatation sacciforme simulant une caverne;
- 3° Dilatation fusiforme (enfants), dilatation en chapelet d'Elliotson, dilatation moniliforme de Cruveilhier.

La dilatation cylindrique peut être bilatérale ou unilatérale; elle pourrait même être congénitale, d'après Barth et Barlow. On trouvera d'amples renseignements sur la dilatation bronchique en consultant les travaux suivants : Barth (*Société médicale d'observation*, 1856, et *Union médicale*, 1859);

Biermer (*Virchow's Arch.*, 1860); Trousseau (*Clinique*, 1865); Barthez et Rilliet (*Traité des Maladies des enfants*); Rendu (*Société anatomique*, 1872); Blachez (*Dictionnaire Dechambre*); Luzet (*Société anatomique*, 1888); Delacour (*Thèse de Paris*, 1894); Sotiroff (*Thèse de Paris*, 1897); M. O. Lapin (*Arch. f. kind.*, XXXVII, 1905, page 406).

**Étiologie et Pathogénie.** — La bronchectasie est une maladie de l'âge moyen et de l'âge avancé, dit Dieulafoy. Les observations de dilatation bronchique chez les enfants se comptent; mais peut-être seraient-elles plus nombreuses si l'on prenait soin de faire des autopsies complètes et d'examiner avec soin le trajet et le calibre des principales ramifications des conduits aériens. Si l'on se contente de faire des coupes longitudinales ou transversales des poumons, on a une disposition aréolaire, vacuolaire, sans régularité apparente, qui peut induire en erreur. « Lorsque la dilatation atteint toutes les bronches d'un lobe, dit Grisolle, le tissu intermédiaire, d'abord aplati, atrophié, peut presque disparaître, de sorte qu'en fendant cette partie de l'organe, on ne la trouve plus constituée que par des vacuoles plus ou moins larges, adossées les unes aux autres. J'ai vu, chez un enfant, cette disposition occuper tout le sommet d'un poumon. »

La dilatation bronchique peut se rencontrer à tous les âges, aussi bien dans la première que dans la seconde enfance. Elle pourrait même être congénitale (Barth, Barlow). Dans les observations que j'ai consultées, je trouve des enfants de 11 mois, 18 mois, 19 mois, 2 ans, 5 ans, 5 ans, 6 ans, 8 ans, 9 ans, 10 ans, etc.

Presque toutes les maladies de l'appareil respiratoire peuvent entraîner la dilatation bronchique; mais ce sont en général celles qui portent leur action sur les bronches (bronchite chronique, broncho-pneumonie, etc.) qui exposent le plus à l'ectasie. On voit quelquefois la pleurésie, la pneumonie, la tuberculose à l'origine de la dilatation bronchique.

Parmi les maladies infectieuses, c'est la coqueluche et la rougeole que nous trouvons le plus souvent signalées dans l'étiologie.

« La dilatation des bronches, dit Laënnec, est un accident qui, sans être très commun, est beaucoup moins rare que je ne l'ai cru longtemps. On le rencontre assez communément chez les enfants à la suite de la coqueluche. » W. Carr (*The Practitioner*, 1891) rapporte une série d'observations de dilatation des bronches à la suite de rougeole, coqueluche, bronchites répétées, chez des enfants de 11 mois, 16 mois, 2 ans, 5 ans, 6 ans, etc.

Les corps étrangers des voies aériennes méritent une place à part; ils jouent un grand rôle dans la production de l'ectasie bronchique, justifiant la pathogénie proposée par Grisolle: « Presque tous les réservoirs et les canaux de l'économie ne se dilatent que par suite d'un obstacle qui force les liquides à s'accumuler ou à séjourner plus longtemps que de coutume dans leur intérieur. » Nous trouvons, dans la monographie du Dr Bertholle (*Des corps étrangers dans les voies aériennes*, Paris, 1866), plusieurs observations de dilatation bronchique ayant succédé aux corps étrangers, quand ces corps étrangers avaient fait un séjour prolongé dans les bronches. Dans l'observation XI de ce mémoire, par exemple, on voit une fillette de 6 ans qui, ayant

aspiré un fruit de hêtre, rendit par vomique, au bout d'un an, 1/2 pinte de pus fétide; ce crachement se reproduisit tous les 10 jours, pendant 8 ans, et ne cessa qu'après l'expulsion spontanée du corps étranger. La guérison fut obtenue.

Voici des observations plus récentes qui confirment cette étiologie:

J'ai vu, à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service du professeur Grancher, les pièces anatomiques d'un jeune enfant, dont l'observation détaillée a été recueillie par M. Guillemot, alors interne du service. Ce petit garçon, âgé de 5 ans 1/2, était entré le 10 février 1897, salle Bouchut, où il n'avait pas tardé à succomber. Rien de notable dans les antécédents héréditaires; à l'âge de 5 ans 1/2, rougeole suivie de coqueluche. Au mois de septembre 1895, inhalation accidentelle d'un petit tube de verre. Immédiatement, accès de suffocation, puis dyspnée, toux persistante, expectoration purulente et fétide. Après 17 mois de maladie, l'enfant est conduit à la clinique où il succombe au bout de 10 jours avec des symptômes de gangrène pulmonaire. A l'autopsie, on trouve le tube de verre fixé dans la bronche gauche; tout le poumon de ce côté est transformé en un tissu scléreux, lardacé, creusé de nombreuses vacuoles qui, sur une coupe, donnent l'apparence d'un fromage de gruyère. La dissection attentive montre que ces vacuoles ne sont que des sections perpendiculaires de bronches dilatées outre mesure. On trouve enfin un foyer de gangrène à la base du poumon gauche. Le poumon droit était sain et ne présentait aucune dilatation bronchique. Pas de tuberculose.

Walter et Kinler (*The Lancet*, 24 juin 1888) rapportent le fait suivant: Une fille de 10 ans aspire un clou de girofle le 20 décembre 1886: elle éprouve une douleur du côté droit, touse, crache et présente de la fièvre avec tachycardie. Le 5 janvier, tout le poumon droit est pris; matité, crachats rouillés; le 6 janvier, un fragment de clou de girofle est rendu dans les crachats. L'expectoration est par moments fétide; on prescrit de l'eucalyptol. L'enfant a des frissons et des douleurs au-dessous de l'épine de l'omoplate. Le 8, elle rend un autre fragment du clou de girofle; le 11, toux incessante, affaiblissement, délire, vomiques, gargouillement; le 4 août, crachement de sang qui se reproduit à plusieurs reprises. Le 11 octobre, au milieu d'un violent accès de toux, ce qui restait du clou de girofle est expectoré, après un séjour de 296 jours. Après l'expulsion de ce corps étranger, l'amélioration fut presque immédiate et les symptômes de dilatation bronchique s'amendèrent notablement.

Le Dr Barclay Baron (*The Lancet*, juillet 1894) a vu une fille de 9 ans reçue à l'hôpital comme atteinte d'abcès du poumon. Cette enfant, trois ans auparavant, avait aspiré un bout de parapluie en métal de 1 centimètre et demi de long sur 7 millimètres de large.

Depuis cet accident, toux incessante, dyspnée, l'air ne pénétrait pas bien dans le poumon droit; il y a 4 mois, expectoration purulente (500 grammes en 24 heures). On trouve le thorax rétracté et aplati en avant, du côté droit, peu mobile; matité au-dessous du mamelon, dans l'aisselle et à l'angle de l'omoplate. Respiration cavernueuse entre la colonne vertébrale et l'épine de

l'omoplate; souffle bronchique dans la zone mate; pus en abondance, parfois fétide (280 grammes en 24 heures). On essaie de drainer le poumon qu'on croyait creusé d'une cavité purulente; la malade meurt pendant l'opération.

A l'autopsie on trouve des adhérences pleuro-pulmonaires, la trachée et les bronches remplies de pus, les bronches droites dilatées depuis la bifurcation jusqu'à la périphérie; le poumon est sclérosé et offre à la coupe des cavités de la grandeur d'un petit pois; au sommet, on trouve une cavité de la grosseur d'une noix, mais pas de grandes cavités; les signes cavitaires perçus pendant la vie étaient produits par la dilatation bronchique.

Le Dr H. Lillies (*Australian medical Journal*, novembre 1888) a vu la dilatation bronchique se développer à gauche chez un enfant de 8 ans, qui avait aspiré une petite pierre. Ce corps étranger fut expectoré après un séjour de 104 jours dans le poumon gauche.

M. Douillet (*Dauphiné médical*, 1894) a vu une fillette de 7 ans, ayant aspiré à 7 mois un épi de graminée, présenter des symptômes bronchitiques pendant plusieurs années et succomber après l'expulsion de fragments du corps étranger.

Le Dr R. G. Godlee (*Royal medical and surgical Society*, 24 mars 1896) rapporte les cas suivants :

Un garçon de 16 ans qui, 7 ans et demi auparavant, avait inhalé une pointe de toupie, présentait de la dilatation des bronches. Plusieurs opérations avaient été tentées pour l'extraction du corps étranger, et finalement il était sorti par une ouverture faite dans une des cavités bronchiques. L'enfant semblait guéri.

Un garçon de 6 ans 1/2 avait aspiré un petit bouton d'ivoire, et l'avait gardé pendant 8 semaines. Il en résulta une dilatation bronchique étendue, mais rien n'indiquait la présence d'une grande cavité, et l'on ne pouvait intervenir chirurgicalement. Des injections intra-laryngées amenèrent une amélioration.

Un garçon de 4 ans eut aussi de la dilatation bronchique après avoir aspiré 7 mois auparavant une vertèbre de lapin. On fit une incision dans une des cavités; l'os fut rendu avec la toux ultérieurement. Pendant 8 ans, l'amélioration fut évidente, mais il persistait une cavité à la base du poumon.

Une jeune fille de 17 ans avait aspiré un épi de blé; il en résulta une dilatation aiguë des bronches avec gangrène du poumon, issue de pus, et mort.

Dans un cinquième cas, il s'agissait d'une dent qui avait pénétré dans les bronches, déterminé de la bronchiectasie, et attiré la tuberculose, cause de la mort.

Dans un sixième cas, un fragment d'os de mouton détermina un empyème mortel.

Le Dr K. Macleod rapporte le cas d'un jeune aliéné qu'on avait considéré comme phtisique : à l'autopsie on trouva la bronche gauche oblitérée par une pièce d'étain d'un demi-pouce carré, il y avait dilatation de toutes les bronches du côté gauche, mais sans tubercule ni ulcération. L'oblitération était très ancienne.

Le Dr Norman Moore dit qu'on peut retrouver dans la *Phtisiologia* de R. Morton (London, 1689), l'observation d'un sujet qui avait inhalé trois clous et qui, à l'autopsie, présentait un empyème et l'ectasie bronchique. Quelquefois on peut croire que le corps étranger est dans les bronches alors qu'il s'est arrêté plus haut, dans les amygdales par exemple.

Le Dr Warrington Howard dit que les corps étrangers, chez les enfants, peuvent pénétrer dans les bronches après leur introduction dans le nez; il a extrait récemment une vis et une jambe de porcelaine de poupée des narines d'un enfant. Ces corps étrangers auraient pu tomber dans la trachée. Il faut songer à la possibilité de cet accident et explorer l'arrière-cavité des fosses nasales.

Le Dr S. Smith a vu un garçon de 8 ans chez lequel un sifflet resta au moins deux mois dans la bronche droite sans accidents durables; il fut rendu dans un effort de toux. Depuis 15 ans, rien de pulmonaire.

Le Dr J.-K. Fowler dit que, dans les cas graves, il y a bronchiectasie bilatérale, quoique le corps étranger n'oblitére qu'un côté; la dilatation est plutôt cylindrique que sacciforme. Il y a souvent des adhérences pleurales.

Le Dr W.-H. Dickinson a vu deux cas de corps étrangers des bronches suivis de dilatation durable de ces conduits, il y a 20 ans, à l'hôpital des Enfants-Malades de Great Ormond Street. Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant de 4 ans qui avait avalé de travers un pois cuit, lequel était passé dans la bronche gauche; l'enfant mourut de suffocation. A l'autopsie, le pois était logé dans un recoin bronchique, où il n'était pas immobilisé. Il y avait dilatation des bronches du côté gauche, celles du côté droit restant saines.

Dans le second cas, un garçon de 11 ans, qui avait aspiré un fragment d'ivoire, présentait de la bronchiectasie gauche, de la toux, des accès de suffocation. Les traitements les plus énergiques, la trachéotomie, furent infructueux; peu à peu l'amélioration se fit; mais, 8 ans après, l'enfant, quoique vigoureux, crachait tous les jours un verre de muco-pus.

Le Dr Godlee ajoute que, tant que le corps étranger est dans les bronches, il y a danger de suffocation, par déplacement et transport vers le larynx; il ne faut pas mettre les enfants tête en bas avant d'avoir fait la trachéotomie ou d'être prêt à la faire en temps opportun.

Une observation prise dans mon service de l'hôpital Trousseau (1896) met bien en relief cette action pathogénique des corps étrangers des voies aériennes, et je vais la transcrire avec quelques détails à cause de l'intérêt qu'elle présente.

V... Victoria est âgée de 10 ans quand elle entre pour la première fois dans mon service, le 26 mars 1896. Elle n'y fait d'ailleurs qu'un court séjour, se trouvant assez valide pour revenir de temps à autre à la consultation ou dans nos salles, où elle a été suivie et traitée à plusieurs reprises jusqu'à la fin de décembre 1896.

Voici l'histoire de cette intéressante malade, telle que nous l'avons racontée sa mère, et telle que nous l'avons confirmée le Dr Schröder, son médecin de la ville, appelé à lui donner des soins pendant les premières phases de sa

longue et douloureuse maladie : Le 28 juin 1890, l'enfant, mangeant des cerises, aspire par mégarde un noyau qui pénètre immédiatement dans les voies aériennes. Aussitôt la pénétration du corps étranger se traduit par un accès de suffocation. Après ce premier accès vient une période de tolérance et d'accalmie qui dure 24 heures. Puis la fièvre se déclare, l'enfant présente des symptômes très graves de pleurésie ou de pleuro-pneumonie.

Pendant 2 mois, sa vie est en danger; elle rend en abondance des crachats épais et purulents, souvent sous forme de vomiques. Cette expectoration appelle d'autant plus l'attention que l'enfant est plus jeune (moins de 5 ans). Pendant 2 et même 5 mois, les accès de suffocation se répètent 3 ou 4 fois par jour; à chaque accès, la mère croyait que son enfant allait succomber. Outre du pus, les matières expectorées contenaient parfois du sang et des débris pulmonaires.

Au mois de novembre 1890, c'est-à-dire près de 5 mois après l'aspiration du noyau de cerise, ce corps étranger a été expulsé dans un effort de toux, et à partir de ce moment la maladie a perdu les allures et les caractères de gravité qu'elle avait présentés jusqu'alors.

Après cette première phase épouvantable d'asphyxie toujours imminente qui a marqué le séjour d'un corps étranger dans les voies respiratoires, on a eu la satisfaction de voir l'enfant se remonter et renaître pour ainsi dire.

Cependant la toux n'a jamais cessé depuis cette époque et des symptômes de bronchite se sont établis en permanence, tantôt plus accusés, tantôt moindres, de sorte que la marche lente et chronique de la maladie était interrompue par des alternatives de mieux et de pire que nous avons pu constater nous-même lors des nombreuses visites que la malade nous a faites à l'hôpital Trousseau en 1896 et à l'hôpital des Enfants-Malades en 1897.

Quelquefois le catarrhe devenait très abondant et l'enfant rendait de véritables vomiques; en même temps elle avait des poussées fébriles qui l'obligeaient à prendre le lit. D'autres fois, la toux diminuait, l'expectoration se réduisait à peu de chose, l'appétit était excellent, l'état général satisfaisant. L'amélioration coïncidait généralement avec la saison chaude et l'aggravation avec la saison froide.

Pendant longtemps, en ville, la malade a été considérée comme une tuberculeuse incurable et traitée par la créosote. Mais, chaque fois qu'on a fait l'examen bactériologique de ses crachats, on n'a pu y déceler le moindre bacille de Koch. Pendant son séjour à l'hôpital, nous avons fait répéter cet examen avec un résultat toujours négatif. Les crachats d'ailleurs n'ont jamais présenté de fétidité. Quant aux hémorragies, elles ont toujours été, à partir de l'expulsion du corps étranger, ou nulles, ou insignifiantes.

A première vue, et dans un moment d'accalmie, l'enfant ne semble pas malade; elle est assez grande et assez développée; elle a de l'embonpoint, le teint coloré; en un mot, elle n'a pas le facies tuberculeux. Si elle monte un escalier, si elle court, la toux et l'oppression apparaissent; alors elle présente aussi des battements de cœur assez violents, de la tachycardie. Elle a conservé sa gaieté, son entrain; elle mange bien, elle dort bien, elle n'accuse aucun malaise au moment de notre dernier examen.

A l'inspection du thorax, on constate que les mouvements de la respiration s'exécutent normalement et qu'il n'y a pas de déformation appréciable. La percussion ne révèle nulle part de foyer notable de matité; les sommets spécialement sont indemnes; peut-être y a-t-il un peu d'obscurité du son à la base et à la partie moyenne du poumon gauche. Lors de son séjour à l'hôpital, l'auscultation, à ce niveau, faisait entendre un souffle cavitaire avec gargouillement dépassant dans tous les sens l'aire de ce souffle. En d'autres termes, les râles humides, très abondants, emportaient de beaucoup sur le souffle qui paraissait accessoire et surajouté. Et en effet, au bout de quelques jours de repos, le souffle avait disparu et les râles persistaient seuls.

L'auscultation du poumon droit ne révélait aucun signe anormal; les signes stéthoscopiques étaient absolument limités à la partie postérieure du poumon gauche. Rien à l'auscultation des sommets, tant en arrière qu'en avant. Le 17 mars 1897, un nouvel examen de la malade n'a pas donné d'autres résultats; l'état général est resté bon. Le traitement prescrit au début a été: huile de foie de morue, capsules d'eucalyptol, forte alimentation (purées de viandes et de légumes, lait, œufs, etc.). Plus tard, nous avons fait prendre des pilules d'ergotine, de créosote et de strychnine ainsi formulées :

Créosote . . . . .	} aa	0 <sup>gr</sup> ,10
Ergotine . . . . .		
Sulfate de strychnine. . . . .		
Pour une pilule n° 20.		
En prendre 2 par jour pendant 10 jours.		

Au bout de ce temps, on cessait l'usage des pilules une semaine et on recommençait. Grâce à ce traitement, l'état de l'enfant s'est amélioré, mais la maladie a persisté avec tous ses caractères: symptômes de bronchite limitée à la partie postéro-inférieure du poumon gauche, gargouillement, souffle pseudo-cavitaire de temps à autre, absence de matité notable, expectoration toujours abondante, parfois vomique; bon état général contrastant avec la gravité apparente de l'état local.

Il était évident pour nous qui avons suivi l'enfant, qui avons recueilli les renseignements relatifs à ses antécédents héréditaires et personnels, excellents jusqu'au moment de la pénétration d'un corps étranger dans les voies aériennes, il était évident, dis-je, que tous les accidents ultérieurs, que les symptômes de bronchite chronique avec dilatation, devaient être rapportés au séjour prolongé dans les bronches de ce corps étranger.

Évidemment le noyau de cerise s'est fixé dans une bronche de calibre du côté gauche; il a déterminé localement une réaction inflammatoire et infectieuse qui a mis longtemps en danger les jours de l'enfant. Après une période anxieuse de phlegmasie purulente broncho-pleuro-pulmonaire, le noyau a été expulsé, et la vie est devenue tolérable. Alors seulement ont persisté les symptômes d'ectasie bronchique consécutive aux efforts de suffocation, aux quintes de toux, à l'obstruction des bronches, à la broncho-pneumonie chronique, etc.