

même d'un sommeil profond, et ne sont réveillés que par la quinte suivante. Quand, dans l'intervalle des quintes, il persiste une fièvre vive, de l'agitation, de la dyspnée, il faut craindre une complication broncho-pulmonaire. L'auscultation dissipera cette crainte ou la confirmera. Dans les cas simples, on n'entend, dans la poitrine, que des râles sibilants ou ronflants disséminés moins nombreux après qu'avant la quinte, celle-ci ayant eu pour effet d'évacuer l'arbre bronchique.

L'examen laryngoscopique, quand il a été possible, a montré une rougeur diffuse de la région aryénoïdienne, épiglottique et glottique. L'excitation mécanique de ces régions provoque des accès.

Pour peu que les quintes soient violentes et répétées, l'état général de l'enfant périclité, sa nutrition laisse à désirer, ses forces s'en vont. On a dit que les urines présentaient fréquemment du sucre et de l'albumine. Legroux les a examinées à ce point de vue et n'a rien trouvé. D'après Cherubino, Gill, Johnston, la glycosurie se rencontrerait dans 16 pour 100 des cas. Blumenthal (*St-Peters. med. Woch.*, 12 mai 1894), ayant examiné l'urine de 40 coquelucheux, l'a trouvée d'une couleur jaune pâle, d'une acidité forte, d'une densité élevée (1022-1052), laissant déposer des cristaux d'acide urique, mais n'offrant jamais trace de glycose ni d'albumine. En somme la coloration un peu foncée, l'augmentation de densité, la richesse en acide urique, caractériseraient les urines des coquelucheux à la période quinteuse. Avec le régime lacté, la quinine, l'antipyrine, l'acidité disparaît et la densité tomberait à 1005 ou 1006.

Pour Cadet de Gassicourt, la coqueluche, pendant la période quinteuse, serait apyrétique, à moins de complications. Or, le Dr Araoz Alfaro (*Arch. de méd. des Enfants*, sept. 1900) a rapporté des cas de coqueluches fébriles non compliquées. La fièvre est rémittente ou intermittente, mais son intensité est modérée. Pour le Dr Angel M. Centeno, ces fièvres des coqueluches non compliquées seraient dues à l'inflammation des ganglions trachéo-bronchiques par suite d'infections associées (*Rev. de la Soc. méd. Argentina*, juillet-août 1902).

La durée de la période quinteuse varie beaucoup suivant les cas; dans les formes légères, elle peut ne pas excéder quinze jours; dans les formes de moyenne intensité, elle atteint 5 ou 6 semaines; dans les formes graves, 2 mois. Cette durée normale peut être allongée par les rechutes, les recrudescences observées dans quelques cas, et dues soit à une sortie prématurée, soit à un refroidissement, soit à une fatigue. Enfin l'enfant n'a plus de quintes ou il n'en a que de fort éloignées les unes des autres, il entre dans la troisième période de sa maladie.

Période de déclin. — L'enfant n'est plus tourmenté par les accès spasmodiques de la période précédente, mais il conserve une toux plus ou moins marquée avec catarrhe bronchique persistant. On entend, à l'auscultation, des râles sonores et bullaires, disséminés, de jour en jour moins nombreux, et enfin le catarrhe cesse complètement, l'enfant est guéri. Cette troisième période de la coqueluche dure peu en général, 8; 10 jours, quand il n'y a pas de complication. Si la toux et le catarrhe persistent des semaines et des

mois, le cas n'est plus simple, la coqueluche s'accompagne de bronchite chronique, d'emphysème, de dilatation des bronches ou d'adénopathie trachéo-bronchique, sans parler de la tuberculose pulmonaire qui peut fort bien se greffer sur une coqueluche en convalescence.

Durée totale de la coqueluche. — Rilliet et Barthez, sur 566 cas, dont 252 guéris et 114 morts, ont pu étudier la durée de la maladie. Pour les coqueluches guéries, la durée a varié entre 5 semaines et 6 mois.

DURÉE	NOMBRE DE CAS
21 jours au moins	4
20 à 51 jours	21
52 — 45 —	51
46 — 2 mois	67
2 — 5 —	66
5 — 4 —	25
4 — 5 —	14
5 — 6 —	6
TOTAL	252

Pour les cas mortels, ils ont trouvé :

DURÉE	NOMBRE DE CAS
Moins de 21 jours	15
22 à 51 —	10
52 — 45 —	30
46 — 2 mois	21
2 — 5 —	19
5 — 4 —	4
4 — 5 —	10
Au delà	5
TOTAL	114

Trousseau a cité des coqueluches exceptionnellement courtes, ne durant pas plus de 8 jours, 5 jours dans un cas. Il dit que la durée de la maladie est en raison directe de la durée des prodromes : plus courts ont été ces prodromes, moins longtemps dure la coqueluche; plus rapide a été la marche ascendante du catarrhe convulsif, plus prompte aussi est sa marche rétrograde.

J'ai vu un cas de coqueluche avortée et courte suivi quelques mois plus tard d'une reprise violente et prolongée, à tel point qu'on pourrait parler de *rechute* ou de *récidive*. Un enfant de 8 ans prend, au contact de sa sœur aînée, une coqueluche très bénigne et à peine accusée en juillet 1901. Au bout de 8 à 10 jours, il n'a plus de quintes. Sa sœur, au contraire, est très malade, présente des complications pulmonaires et, pour cela, est envoyée à Nice pendant l'hiver 1901-1902.

L'enfant, qui a hiverné avec sa sœur, présente en mars 1902, c'est-à-dire près de 8 mois après la première atteinte, une coqueluche violente qui dure 2 mois. Je n'ai pas vu ni lu de fait analogue.

Les saisons, les intempéries ont une action sur la durée de la coqueluche. Pour ma part, j'ai remarqué que les coqueluches d'hiver étaient plus

longues et plus graves que les coqueluches d'été. Si la saison froide n'influe pas sur la transmission de la maladie, elle me paraît influencer grandement sur son pronostic.

Toute coqueluche durant moins d'un mois et aboutissant à la guérison dans ce court délai peut être considérée comme une coqueluche bénigne (*coqueluchette* de H. Roger); les coqueluches d'une durée supérieure à un mois, inférieure à trois mois, rentrent dans la classe des coqueluches moyennes; celles qui dépassent trois mois sont des coqueluches graves et inquiétantes. Il est vrai que certaines coqueluches peuvent, indépendamment de la durée, être très graves par l'intensité et la fréquence de leurs quintes (*hypercoqueluche* de H. Roger). Mais, toutes choses égales d'ailleurs, la durée est un élément d'appréciation dont nous devons tenir compte pour la classification des formes et des degrés de la coqueluche simple. Les accidents et complications nous fourniront d'autres éléments d'appréciation non moins importants.

Le Dr G. Fröhlich (*Jahrb. f. Kind.*, 1897) et après lui le Dr H. Meunier (*Arch. de méd. des Enfants*, 1898) ont montré qu'il existait, dans la coqueluche de l'enfance, une *leucocytose* remarquable par sa constance et son intensité; atteignant parfois des chiffres très élevés, elle est toujours supérieure à celle des autres affections respiratoires; elle apparaît donc comme une réaction spécifique liée au virus coquelucheux. Elle est précoce et semble précéder les quintes qu'elle accompagne ensuite pour disparaître avec elles. Pendant la période d'état, on trouve en moyenne 25 700 globules blancs par millimètre cube. Le chiffre de 40 000 a été plusieurs fois dépassé. Il y a surtout exagération des lymphocytes, quoique toutes les variétés de globules blancs soient augmentées. Il est possible que la congestion des ganglions trachéo-bronchiques conduise à la production de la leucocytose.

Cette leucocytose de la coqueluche pourrait contribuer au diagnostic dans les cas douteux. Le Dr Fr. Cima (*Pediatrics*, sept. 1899) a confirmé ces recherches.

Accidents et complications. — Les symptômes plus ou moins fâcheux qui se produisent consécutivement aux efforts et aux secousses de la toux spasmodique méritent le nom d'accidents, les complications étant représentées par les infections secondaires qui ne semblent pas avoir de lien immédiat et mécanique avec les quintes.

Dans la moitié des cas environ, surtout chez les enfants qui ont des dents, la projection de la langue en avant à chaque quinte finit par amener l'usure, la déchirure, la rupture du frein, conséquemment une petite inflammation diphtéroïde qui dépasse quelquefois les limites du frein, tant en surface qu'en profondeur. Cette lésion, généralement peu importante, a une valeur appréciable pour le diagnostic; quand on voit un enfant qui tousse, sans qu'on ait pu entendre les quintes caractéristiques, on pourra faire le diagnostic de coqueluche d'après l'ulcération du frein de la langue. Ce n'est pas qu'il y ait là une manifestation spécifique, comparable aux lysses de la rage, comme le voulait le Dr Delthil; la lésion est purement mécanique, mais elle témoigne d'une violence de la toux propre à la coqueluche. Sans

contester la valeur de ce signe, je dois faire quelques réserves; j'ai vu, chez de jeunes enfants qui avaient des incisives inférieures très coupantes, sous l'influence d'un simple rhume, ou même en dehors de toute atteinte du côté des voies respiratoires, le frein de la langue ulcéré et recouvert d'une membrane diphtéroïde (*Soc. clinique*, 1890. — *Soc. méd. des hôp.*, 6 déc. 1895). En Italie, sous le nom de maladie de Riga, de *production sous-linguale*, Fede, Concetti, etc., ont décrit la même lésion chez des enfants qui n'avaient pas la coqueluche. F. Brun en a observé également un exemple. La *subglossite diphtéroïde*, lésion mécanique produite par les incisives inférieures ou l'arcade dentaire, peut donc être indépendante de la coqueluche et se rencontrer en dehors d'elle.

Cette lésion, simple et sans gravité le plus souvent, peut, chez certains enfants, se creuser, s'étendre, se compliquer d'hémorragies, de fongosités, d'ulcérations; il sera bon de la surveiller.

Un accident beaucoup plus grave de la quinte est le vomissement qui, lorsqu'il se reproduit trop souvent, s'accompagne de maigreur, de faiblesse, d'anémie, de cachexie. Quand les vomissements surviennent en dehors des quintes, leur gravité est encore plus grande. Il m'a semblé que les enfants dyspeptiques étaient plus exposés que les autres aux vomissements graves de la coqueluche.

L'évacuation involontaire des urines, des matières fécales, ne mérite pas de nous arrêter; mais il faut signaler le prolapsus rectal, les hernies ombilicales et inguinales qui peuvent être provoquées ou aggravées par la violence des quintes. Dans le même ordre d'idées, je dois mentionner l'emphysème pulmonaire, compliqué quelquefois d'emphysème sous-cutané, les alvéoles ayant été rompus, l'air ayant fusé dans le tissu cellulaire du médiastin pour se répandre ensuite sous la peau du cou et du thorax; cet accident est très grave. La hernie du poumon a été observée exceptionnellement (Adler); de même le pneumothorax, dont j'ai vu un cas qui a guéri.

Les hémorragies sont communes; l'épistaxis se voit fréquemment au milieu ou à la suite des quintes; son abondance et sa répétition peuvent être parfois inquiétantes. Il n'est pas rare que le sang soit dégluti à l'insu du malade et de son entourage, pour être vomi ensuite ou craché comme s'il s'agissait d'une hématomèse ou d'une hémoptysie. Le sang peut bien venir de la bouche (ulcération sublinguale, gencives), mais il ne vient presque jamais du poumon ou de l'estomac; l'hématomèse vraie n'est pas moins exceptionnelle que l'hémoptysie.

J'ai vu, chez des enfants qui avaient des quintes violentes, des mouchetures purpuriques se dessiner au front et à la face. L'hémorragie sous-conjonctivale est commune, elle est uni- ou bilatérale, elle peut s'accompagner de ces *larmes de sang* dont parle Trousseau. « J'ai vu pour ma part, dit-il, un petit enfant de deux ans, atteint d'une coqueluche grave, pleurer des larmes de sang. »

Toute plaie, toute lésion ulcéreuse, un nævus, une otite, peuvent saigner sous l'influence des quintes de la coqueluche (dermatorragie, otorragie). Enfin il faut indiquer la possibilité des hémorragies viscérales (hématurie,

hémorragies méningées, cérébrales, etc.). Un cas d'hémorragie cérébrale avec autopsie a été rapporté par Marshall (*Glasgow med. Journ.*, 1885), et on peut admettre que les paralysies consécutives aux quintes de coqueluche relèvent généralement d'une rupture vasculaire encéphalique. L'hémorragie par les oreilles est moins rare; elle se produit généralement chez des enfants qui souffrent déjà de cet organe, qui ont ou ont eu des écoulements, une otite moyenne plus ou moins ancienne. J'ai vu deux fois l'hémorragie se produire dans ces conditions, le sang coulant goutte à goutte au moment de la quinte. H. Roger signale la possibilité d'un écoulement plus fort, d'un véritable jet sortant de l'oreille, sous l'influence de la pression formidable de certaines quintes.

Triquet a observé deux fois cette hémorragie otique, et il a pu voir que la membrane du tympan présentait une déchirure linéaire un peu au-dessous du manche du marteau. Gibb a constaté quatre fois le même accident (*Brit. med. Journ.*, 1861), avec rupture linéaire de la membrane du tympan. Chez deux malades, la rupture était bilatérale. Sur ce total de 8 ruptures tympaniques, 4 avoisinaient la circonférence de la membrane, 2 la traversaient par le milieu, et dans un cas la plaie avait trois lambeaux de 1 à 2 millimètres de long; un caillot de sang interposé entre les lèvres de ces plaies indiquait la source de l'hémorragie. La cicatrisation s'est faite dans tous les cas par première intention, en quelques jours, excepté dans la plaie à trois lambeaux qui donna lieu à une suppuration prolongée et à de la surdité. Le mécanisme de ces hémorragies par l'oreille est facile à comprendre: l'air, chassé avec violence dans la trompe d'Eustache par la toux convulsive, pénètre dans la caisse. La pression exercée par la colonne d'air, surmontant la résistance de la cloison tympanique, la déchire dans le point le plus faible, situé au-dessous du manche du marteau, ou bien la décolle à sa circonférence, et la déchirure de la muqueuse qui double le tympan est la cause de l'hémorragie (Trousseau). Sans doute ce mécanisme est très admissible; mais il n'est efficace que dans les oreilles affaiblies par une maladie antérieure, par une otite moyenne qui a diminué la résistance de la membrane tympanique.

En dehors de ces lésions, en quelque sorte traumatiques, de l'appareil auditif, la coqueluche peut causer des otorrhées plus ou moins rebelles, et l'on rencontre assez souvent des malades qui ont l'ouïe dure, ou qui sont devenus sourds à la suite de la toux convulsive. Dans ce cas, le processus est différent, et il s'agit ordinairement d'une complication inflammatoire, d'une infection secondaire qui, partant de l'arrière-cavité des fosses nasales, a cheminé par la trompe d'Eustache jusqu'à la caisse du tympan. On peut même voir, dans quelques cas, les cellules mastoïdiennes envahies par la suppuration. Ces faits peuvent nous servir de transition pour l'étude des complications vraies de la coqueluche, qui sont toutes d'ordre infectieux, et que je vais passer en revue, appareil par appareil.

Du côté de l'appareil respiratoire, nous trouvons les lésions les plus communes et les plus graves. Je m'arrêterai peu sur le coryza, la rhinite observée dans quelques cas, sur la laryngite pouvant aller jusqu'au stridulisme, ou au contraire évoluer vers la chronicité (aphonie), sur l'œdème de

la glotte que Barthez et Sanné ont vu deux fois et qu'ils ont vérifié par l'autopsie. Mais je dois insister sur les accidents asphyxiques soudains, sur le spasme de la glotte, sur la syncope inopinée, sur la mort subite qui ont été rencontrés un certain nombre de fois dans la coqueluche. Quand on assiste à une violente quinte de coqueluche, on n'est pas sans inquiétude sur l'issue immédiate de la crise, et l'on attend le rétablissement de la fonction respiratoire avec une certaine impatience. L'enfant, en effet, est littéralement bleu, ses yeux sortent de leurs orbites, sa respiration est suspendue, il a le facies d'un individu qui va périr de strangulation. Or, cette menace d'asphyxie, qui se répète à chaque quinte, est quelquefois suivie d'effet et le petit malade est emporté subitement dans une quinte plus violente ou plus prolongée que les autres. Cette asphyxie mortelle dépend ordinairement d'un spasme de la glotte, que du Castel a bien étudié (*Thèse de Paris*, 1872) et dont il a rapporté quelques exemples¹. J'ai été témoin d'un fait de ce genre, et l'autopsie faite le lendemain de la mort a été absolument négative. Dans un cas déjà ancien, William Hughes avait trouvé l'hypertrophie du thymus. Dans un cas de Cazin (*Gaz. des Hôp.*, 1882), la mort subite était due à une hémorragie entre le crâne et la dure-mère.

Le spasme de la glotte n'est pas forcément en cause dans la mort subite chez les coquelucheux, et quelquefois les enfants meurent d'une syncope, d'un arrêt subit du cœur, l'asphyxie étant reléguée au second plan. C'est ainsi que Rondot a vu mourir subitement un coquelucheux qui avait une canule à trachéotomie, et chez lequel par conséquent le spasme glottique ne pouvait avoir d'effet. Ces complications effrayantes sont rares. Ce qui est commun, ce qui doit faire l'objet des préoccupations constantes des médecins appelés à soigner les coquelucheux, c'est l'intervention des affections broncho-pulmonaires dont nous allons parler.

La trachéo-bronchite, la bronchite simple, qui existe pour ainsi dire dans tous les cas à des degrés divers, sont généralement sans gravité. Cependant, dans quelques cas, la bronchite est intense, généralisée, infectieuse; elle contribue à accroître la fièvre, la dyspnée dans l'intervalle des quintes, et elle peut se compliquer de broncho-pneumonie. Dans d'autres cas, elle persiste indéfiniment, devient chronique et pourra s'accompagner à la longue de dilatation des bronches ou d'emphysème pulmonaire.

Il n'est pas rare, surtout chez les enfants très jeunes, de voir la bronchite se compliquer de poussées congestives qui se traduisent par du souffle, des râles fins, et par une recrudescence de la fièvre. Le peu d'étendue, la mobilité du souffle, l'absence de matité, feront reconnaître la congestion. Mais déjà nous sommes sur le chemin de la broncho-pneumonie, et quoique la congestion pulmonaire puisse se dissiper rapidement, il faut craindre, quand elle se répète et s'étend, que l'hépatisation lobulaire n'entre en scène. La broncho-pneumonie se présente sous trois formes principales: *bronchite capillaire*, sans hépatisation lobulaire, les fines bronches sont remplies de pus, les alvéoles sont gorgés de sang, les enfants meurent de suffocation:

⁽¹⁾ Plus récemment, le Dr J. Buniol a passé une thèse sur le même sujet (Paris, 1894), *Le spasme de la glotte dans la coqueluche*: garçon de 2 ans 1/2 mort dans une quinte.

broncho-pneumonie lobulaire disséminée, à foyers plus ou moins étendus, plus ou moins multipliés; *broncho-pneumonie pseudo-lobulaire* simulant par sa compacité et son homogénéité la pneumonie franche. Cette dernière d'ailleurs n'est pas inconnue dans la coqueluche, et il faut lui faire une petite place.

Quand un enfant meurt de coqueluche, 9 fois sur 10, c'est à la broncho-pneumonie qu'il succombe. Voilà la grande complication de la coqueluche, comme elle l'est de la rougeole et de la diphtérie. Cette broncho-pneumonie est une infection secondaire, due le plus souvent au streptocoque, quelquefois au pneumocoque ou au staphylocoque doré (Haushalter).

On devra soupçonner la broncho-pneumonie quand on verra la fièvre augmenter sans raison, les quintes diminuer (*spasmos febris accedens solvit*), la dyspnée s'accroître. Alors on devra ausculter avec soin les petits malades, et l'on trouvera des râles en bouffées, du souffle, des signes évidents de phlegmasie pulmonaire. Si ces signes manquent, ou sont peu concluants, on ne se hâtera pas d'écarter l'idée d'une broncho-pneumonie, on l'admettra quand même, car elle est dénoncée par la fièvre, la dyspnée, la gravité de l'état général; mais on supposera à juste titre qu'elle est centrale et masquée par une lame de poumon aéré et perméable.

La broncho-pneumonie sévit surtout chez les coquelucheux hospitalisés, et elle est très meurtrière. Sur 451 cas, H. Roger a compté 68 broncho-pneumonies, dont 51 suivies de mort. Plus l'enfant est jeune, plus il est exposé à la broncho-pneumonie. Les enfants de moins de 2 ans courent les plus grands dangers; les enfants âgés de plus de 5 ans y échappent presque toujours. Un refroidissement, une sortie intempestive, l'intervention d'une grippe, d'une rougeole, peuvent donner le signal d'une broncho-pneumonie.

Cette complication se déclare surtout à la période spasmodique de la coqueluche; elle est très rare à la première et à la troisième période. Elle s'annonce parfois par des convulsions.

La guérison peut être complète et rapide, ou retardée, ou incomplète, et la broncho-pneumonie peut passer à l'état chronique.

L'emphysème pulmonaire, dit *vicariant* ou compensateur, accompagne la broncho-pneumonie à un degré plus ou moins marqué; il siège surtout au sommet et en avant, les lésions atelectasiques et bronchitiques occupant surtout la base des poumons et les gouttières costo-vertébrales. En général cet emphysème guérit, quand la broncho-pneumonie guérit elle-même. D'ailleurs l'emphysème peut être la conséquence directe des quintes de coqueluche et il peut leur survivre; l'emphysème de l'adulte remonte quelquefois à une coqueluche de l'enfance.

La pleurésie est rarement observée au cours de la coqueluche; elle peut accompagner la broncho-pneumonie; elle en est quelquefois indépendante. A tout prendre, c'est une complication rare et pour cela d'un intérêt médiocre.

La tuberculose pulmonaire succède assez souvent à la coqueluche, et, dans les autopsies de coquelucheux hospitalisés, je l'ai très fréquemment rencontrée. J'ai observé également l'adénopathie caséuse trachéo-bron-

chique, la granulie, la méningite. Tantôt [la tuberculose préexistait à la coqueluche qui lui a donné comme un coup de fouet. Tantôt elle succède à la maladie et finit par entraîner la mort des malades. Dans tous les cas, la coqueluche, surtout dans les hôpitaux, est une maladie appelant la tuberculose et exerçant une influence néfaste sur sa marche.

Du côté de l'appareil circulatoire, nous devons relever la péricardite, non moins rare que la pleurésie, et la dilatation du cœur, beaucoup plus fréquente. Les secousses violentes et répétées imprimées au poumon et au cœur par les quintes, la gêne circulatoire qui résulte du trouble de la respiration, doivent forcément retentir sur le cœur et déterminer, dans nombre de cas, une dilatation des cavités droites. Cette dilatation sera accusée quelquefois par la turgescence permanente des veines jugulaires, par la faiblesse du pouls, par la cyanose persistante dans l'intervalle des accès. Le D^r Rondot a pu s'assurer par la mensuration de la dilatation cardiaque aiguë, et, à l'autopsie, il a retrouvé la dilatation des cavités droites.

Du côté du système nerveux, on peut observer des manifestations plus ou moins graves. Une fille de 10 ans, atteinte de coqueluche, accusait, chaque soir, des crampes violentes dans les membres supérieurs et inférieurs (Barthez et Sanné). Cadet de Gassicourt rapporte le cas d'une petite fille de 6 ans, prise, pendant une quinte, d'une contracture tétanique douloureuse des grands droits de l'abdomen dans leur moitié inférieure. Ces accidents sont du même ordre que les convulsions. Les convulsions générales, comme la broncho-pneumonie, sont plus communes chez les enfants en bas âge, au-dessous de 2 ans, que chez les enfants plus âgés. Sur 451 cas de coqueluche, H. Roger a observé 15 fois les convulsions.

Elles sont plus communes aussi dans les formes intenses que dans les formes légères; elles surviennent à la période quinteuse. Ou bien elles succèdent immédiatement à une quinte qui a épuisé l'enfant et congestionné son cerveau; ou bien elles surviennent dans l'intervalle des quintes, et alors elles ont encore plus de gravité. Elles peuvent annoncer la broncho-pneumonie, la méningite. Le plus souvent elles sont générales (*éclampsie infantile*); dans quelques cas, elles sont limitées à la face, à un membre. Elles peuvent être uniques; elles sont généralement multipliées, et j'ai vu un cas où leur succession était si rapprochée qu'on pouvait les qualifier d'*état de mal convulsif*. On a vu la mort survenir dès le premier accès. Plus souvent elle succède à une série d'accès terminés par le coma. A l'autopsie, on trouve une congestion veineuse intense des méninges, un piqueté rouge de la substance cérébrale, parfois une thrombose des sinus. La température s'élève avec le redoublement des accès convulsifs; elle peut atteindre 40, 41, 42, 45 degrés même dans quelques cas: enfant de 9 mois observé par Strivinas Pillay (*Ind. med. Record.*, 1900).

Les convulsions ne sont pas les seuls accidents cérébraux observés; on a cité l'aphasie, les psychoses, l'idiotie, dont j'ai vu un cas, l'hémiplégie, la cécité subite et complète observée deux fois par Alexander (*Deut. med. Woch.*, 1888), la paralysie faciale, etc.

Les paralysies de la coqueluche ont été étudiées par Ch. Leroux (Paris,

1898), qui les divise en cérébrales, médullaires, périphériques, cérébro-spinales, après en avoir compulsé 58 observations, dont 25 au-dessous de 5 ans. Ces paralysies se montrent à la période spasmodique dans les coqueluches graves, très quinteuses, surinfectées. Tout en tenant compte des lésions encéphaliques trouvées à l'autopsie (congestion, hémorragie, ramollissement, lésions vasculaires), Leroux incrimine surtout l'infection.

La diplégie spasmodique (syndrome de Little) a été observée à la suite de la coqueluche par Martinez Vargas et par Foggie (*Scot. med. and surg. Journ.*, janv. 1905). Hockenjos (*Thèse de Bâle*, 1900) a recueilli 42 cas d'hémorragie encéphalique consécutive à la coqueluche : 6 hémorragies méningées, 2 corticales, 8 centrales, 6 ganglionnaires, 24 sans localisation déterminée. Il pense que les paralysies de la coqueluche sont dues précisément à ces hémorragies plutôt qu'à des intoxications ou à une encéphalite.

Valentin (*Thèse de Paris*, 28 nov. 1901) a pu réunir 79 observations de paralysies coqueluchiales ; la forme hémiplegique est plus commune que la forme monoplegique. Sur 64 cas suivis, on a compté 28 guérisons, 14 morts, 22 incurables. Les lésions trouvées sont : congestions et hémorragies méningées, cérébrales, médullaires, etc. L'auteur incrimine la toxoinfection plus que les quintes de la coqueluche.

Le Dr Audeoud a rapporté un cas de méningo-encéphalite à streptocoques mortel au cours de la coqueluche (deuxième semaine) chez un enfant de 18 mois (*Arch. de méd. des enfants*, 1900).

Enfin on a observé quelques cas de polynévrite, dont il me reste à parler. Mœbius (*Centr. f. Nerven.*, 1887) a vu un enfant de 5 ans, à la suite de la coqueluche, présenter de la parésie des membres inférieurs, avec propagation ascendante au tronc, aux membres supérieurs, au cou, au diaphragme ; la guérison a été obtenue. Le Dr A. Moussous (*Lec. clin. sur les Mal. de l'Enfance*, Paris, 1895) a rapporté un cas semblable de *polynévrite aiguë généralisée* au cours de la coqueluche. Il s'agissait d'un enfant de 18 mois qui, après trois crises convulsives, présenta, dès le lendemain, une paralysie incomplète des jambes entravant la marche ; la sensibilité était conservée, il y avait de la fièvre. Puis, les membres supérieurs, le tronc, la nuque se prennent à leur tour, du nasonnement apparaît, les liquides sont rejetés par le nez. Fonctions de la vessie et du rectum conservées. Les jours suivants, on constate de la dyspnée, de la cyanose, avec râles de bronchite dans la poitrine. Au bout de 5 semaines, l'enfant guérit. A l'examen électrique, on trouva une diminution de l'excitabilité faradique, surtout au niveau du triceps fémoral, des péroniers latéraux, des extenseurs des orteils ; l'excitabilité galvanique était diminuée. Pas de réaction de dégénérescence.

Les maladies infectieuses qui viennent compliquer la coqueluche aggravent singulièrement son pronostic. Dans les hôpitaux, les combinaisons de la coqueluche avec la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, ne sont pas rares, et elles sont funestes aux petits malades. Sur 451 coquelucheux hospitalisés, H. Roger a observé 78 fois la rougeole, et, 2 fois sur 5, la broncho-pneumonie s'en est suivie. Il a vu 24 fois la diphtérie. Barthez et Rilliet ont relevé l'association de la coqueluche et de la rougeole 104 fois (58 fois la rougeole

d'abord, 46 fois la coqueluche). Ils ont noté aussi la fréquence de la broncho-pneumonie en pareil cas. Les quintes de coqueluche sont atténuées par l'intervention des fièvres éruptives.

En dehors de l'hôpital, ces mélanges de maladies contagieuses sont heureusement exceptionnels, et il faut espérer que, même à l'hôpital, avec les progrès de l'isolement et de l'antisepsie, nous ne verrons bientôt plus ces associations morbides. — Pour terminer le chapitre des complications de la coqueluche, il faut mentionner les infections secondaires cutanées qui ne sont pas rares, les abcès, les gangrènes de la bouche et de la peau, et enfin la cachexie, la dénutrition progressive, l'athrepsie qui se montrent dans les formes graves et compliquées.

Diagnostic. — Le diagnostic de la coqueluche offre quelquefois de réelles difficultés, et l'on voit toujours, dans les hôpitaux, des coquelucheux reçus par erreur dans les salles communes. Avant la période des quintes, il est presque impossible d'affirmer l'existence de la coqueluche. La période catarrhale prémonitoire, quoi qu'en dise Trousseau, n'offre rien d'absolument caractéristique, et l'*opiniâtreté* de la toux n'est pas un caractère constant, il s'en faut. Sans compter que cette période peut se prolonger fort longtemps et que, par suite, pendant 15 jours, 5 semaines, 1 mois, l'enfant, déclaré indemne ou à peine suspecté, pourra contaminer ses camarades de jeu s'il reste chez lui, ses voisins de lit s'il entre à l'hôpital.

Récemment j'ai reçu dans mon service un petit garçon qui toussait à peine et qui ne nous paraissait nullement suspect de coqueluche ; il a séjourné pendant plus de quinze jours dans la salle commune avant d'avoir une quinte. Ces fautes sont de tous les jours dans la pratique hospitalière. Si le diagnostic est difficile avant la période des quintes, cela ne veut pas dire qu'on doive renoncer absolument à le faire. Il faut partir de ce principe que tout enfant qui tousse est suspect de coqueluche ; il le sera d'autant plus que la toux sera intermittente, saccadée, nocturne, qu'elle ne s'accompagnera pas de signes stéthoscopiques en rapport avec sa violence, etc. Il faudra de plus s'entourer de tous les renseignements relatifs au genre de vie de l'enfant, aux camarades qu'il a pu fréquenter, aux cas de coqueluche qui pourraient exister dans son entourage, à l'école, dans le quartier, dans la famille. On pourra ainsi arriver quelquefois à la vérité.

A la période des quintes, le diagnostic devient relativement facile, surtout si le médecin a entendu lui-même une quinte. S'il ne l'a pas entendue, il peut être fort mal renseigné par des parents ignorants ou peu attentifs et il sera obligé alors de confirmer ses doutes par l'examen de l'enfant ; s'il constate l'ulcération du frein de la langue, la bouffissure du visage, s'il apprend que l'enfant rend des glaires ou vomit après la toux, ses soupçons se changeront en certitude. Mais tous ces indices n'ont pas une valeur absolue. Et d'abord il faut bien savoir qu'il y a des *toux coqueluchoïdes*, c'est-à-dire des accès spasmodiques simulant la coqueluche, quoiqu'ils n'aient rien de commun avec elle.

J'ai vu des enfants atteints de pharyngite granuleuse, de catarrhe nasopharyngien, d'hypertrophie des amygdales, présenter des toux spasmodiques,