

saccadées, sans reprise il est vrai, mais faisant penser à la coqueluche. Ces faits sont rares, et il ne faudrait pas les prendre en trop haute considération pour ne pas méconnaître la coqueluche, beaucoup plus commune et à laquelle il faut toujours penser. D'ailleurs les toux pharyngées, amygdaliennes, n'imitent que grossièrement les quintes de coqueluche. J'en dirai autant des toux nerveuses et hystériques, qui ont un timbre creux particulier sans reprise, sans exécution finale de mucosités glaireuses. Certaines bronchites simples, certaines gripes donnent lieu aussi à des toux opiniâtres qui seront distinguées aisément.

Au pavillon de la coqueluche des Enfants-Malades, on nous a reçu assez souvent des rougeoles au début ou des gripes à toux quinteuse prises pour des coqueluches.

L'abcès rétro-pharyngien, l'œdème de la glotte ne se caractérisent pas tant par la toux que par l'inspiration gênée, pénible, bruyante. Mais il existe des affections qui simulent beaucoup mieux les spasmes de la coqueluche, parce qu'elles mettent en jeu un mécanisme nerveux analogue. Je veux parler du spasme glottique, de la laryngite striduleuse, des corps étrangers des voies aériennes, de l'adénopathie trachéo-bronchique, et même du croup.

Le spasme de la glotte est une maladie des nouveau-nés et des nourrissons, qui débute brusquement, dure peu, se caractérise par une apnée silencieuse et par une raideur de tout le corps. Il ne pourrait faire naître de doute que s'il avait été précédé de toux et de bronchite. La laryngite striduleuse qui a pu, dans des cas exceptionnels, marquer le début de la coqueluche, diffère des quintes de cette dernière maladie par la toux aboyante spéciale, par le caractère nocturne des spasmes, par le retour complet à la santé après la crise. Le croup s'annonce parfois par des saccades de toux suivies de respiration sifflante et anxieuse, mais la dyspnée est continue et va jusqu'au tirage sus- et sous-sternal, la voix est couverte; enfin l'examen bactériologique pourrait servir de critérium.

Les accès de suffocation déterminés par les corps étrangers des voies aériennes simulent, par leur brutalité, par la turgescence de la face, par l'anxiété qu'ils déterminent, les quintes les plus violentes de la coqueluche; mais il n'y a pas de reprise, l'accès de suffocation a de plus débuté en pleine santé et il se reproduit à des intervalles variables pour disparaître ensuite quand le corps s'est fixé dans une bronche. Le Dr de Pradel a vu un petit caillou aspiré par une fille de 5 ans et fixé dans un ventricule du larynx donner lieu à des quintes coqueluchoïdes pendant quatre mois; l'enfant, conduite à l'hôpital, fut considérée comme atteinte de coqueluche. Puis, un jour, elle expulsa son corps étranger et fut guérie. On voit qu'il peut y avoir, dans quelques cas, surtout quand les renseignements sont incomplets ou nuls, de réelles difficultés pour le diagnostic différentiel. Barthez et Sanné disent qu'on peut confondre la bronchite capillaire suffocante à quintes avec la coqueluche, et ils font ressortir les différences suivantes. Dans la coqueluche, période catarrhale précédant les quintes; début brusque par des quintes, dans la bronchite capillaire; dans la coqueluche, quintes accompagnées de sifflement, d'expectoration filante et souvent de vomissements;

quintes plus courtes, moins intenses, sifflement rare ou intermittent, expectoration nulle ou peu marquée, pas de vomissements, dans la bronchite capillaire; dans la coqueluche, peu ou pas de fièvre, pas de dyspnée dans l'intervalle des quintes; fièvre intense, dyspnée, râles nombreux, dans la bronchite capillaire; dans la coqueluche, disparition des quintes après un certain temps, toux catarrhale ensuite et guérison; orthopnée, petitesse du pouls, aggravation progressive, mort habituelle et rapide, dans la bronchite capillaire. Mais la maladie qui simule le plus étroitement la coqueluche à sa période quinteuse, c'est l'adénopathie trachéo-bronchique; l'analogie est si frappante dans certains cas qu'on s'explique pourquoi certains médecins ont voulu faire de l'engorgement des ganglions médiastinaux le substratum anatomique de la coqueluche.

Voici le tableau comparatif donné par Barthez et Sanné pour faire le diagnostic différentiel entre les deux maladies :

COQUELUCHE	TUBERCULISATION DES GANGLIONS BRONCHIQUES
1. Souvent épidémique, attaquant plusieurs enfants à la fois, transmissible par contagion.	1. Tout à fait isolée, non contagieuse.
2. Trois périodes distinctes dont la seconde seule est quinteuse.	2. Pas de périodes distinctes.
3. Quintes avec sifflement, expectoration filante et vomissements.	3. Quintes très courtes le plus souvent, sans sifflement et sans expectoration filante ni vomissements.
4. Respiration pure dans l'intervalle des quintes.	4. Signes physiques de la tuberculisation ganglionnaire; mais, dans certains cas, absence de ces signes.
5. Dans l'intervalle des quintes, respiration normale et apyrexie quand la maladie est simple.	5. Accès d'asthme dans certains cas, alternant avec les quintes; mouvement fébrile continu avec recrudescence le soir; sueurs; amaigrissement progressif, etc.
6. Voix naturelle.	6. Quelquefois timbre voilé de la voix.
7. Marche le plus souvent aiguë.	7. Marche chronique.

Pour asseoir sa conviction, on examinera l'état des ganglions périphériques; si l'on trouve des masses ganglionnaires volumineuses et dures au cou, dans les aisselles, aux aines, on sera porté à admettre l'adénopathie médiastine. La présence de ganglions petits et multiples (micro-polyadénopathie de Legroux) ne me semble pas avoir la même valeur sémiologique que les grosses adénopathies externes, car elle existe chez la plupart des enfants en bas âge, sains ou malades, tuberculeux ou indemnes de tuberculose.

Quand la coqueluche, après avoir accompli toutes ses périodes, laisse à sa suite un catarrhe persistant des bronches avec anémie, amaigrissement, sueurs, anorexie, état cachectique en un mot, on ne peut se défendre de l'idée d'une tuberculose pulmonaire commençante ou même avancée dans son évolution. Et de fait quelques enfants succombent, dans la convalescence de la coqueluche, à la phtisie galopante ou à la granulie pulmonaire. Distinguer les cas qui guériront de ceux qui doivent évoluer vers la terminaison fatale est fort délicat, et il serait bon, dans le doute, de recueillir les crachats,

s'il y en a, ou même d'examiner les garde-robes, pour rechercher le bacille de Koch.

Pronostic. — Bénigne chez les enfants assez avancés en âge, bien portants, vivant dans de bonnes conditions hygiéniques, la coqueluche est grave dans les circonstances opposées, et, en fait, elle cause, dans tous les pays du monde, une mortalité considérable.

Toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic de la coqueluche est d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune. Chez les nouveau-nés, chez les nourrissons de moins de 2 ans, la mortalité est très élevée, elle est moins forte entre 2 et 5 ans, insignifiante au-dessus de 5 ans, presque nulle après 10 ans. Le D^r T. Guida (*Pediatrics*, nov. 1899) a vu guérir un enfant de 20 jours. J'ai obtenu la guérison par les bains répétés chez des enfants de 2 à 5 mois. Le nombre et l'intensité des quintes influent sur le pronostic; 15, 20 quintes par vingt-quatre heures indiquent une coqueluche de faible intensité; 40, 50 quintes doivent alarmer.

La coqueluche hospitalisée a toujours donné une mortalité plus forte que la coqueluche soignée à domicile. Sur 425 cas d'hôpital, H. Roger a compté 142 morts ainsi répartis suivant l'âge :

CAS	AGE	DÉCÈS
16	0 à 2 ans	41
106	2 à 5 —	64
85	5 —	51
77	4 —	55
62	5 —	45
77	6 à 14 —	49
	9 à 15 —	0

Aux Enfants-Assistés, dans le service de M. Hutinel (Monraisse, *Thèse de Paris*, 25 avril 1901), pendant une période de onze ans (1890-1900), 825 coquelucheux ont été soignés (496 filles, 329 garçons), avec une mortalité de 4,56 pour 100 (55 décès en tout), grâce aux excellentes mesures hygiéniques adoptées (lazaret à l'entrée, pavillon de douteux, isolement des broncho-pneumonies, désinfection mensuelle des salles, etc.). La tuberculose et la broncho-pneumonie ont été les principales causes de mort.

Dans mon service de l'Hôpital des Enfants-Malades, 540 cas de coqueluche ont donné une mortalité de 20 pour 100. Il est vrai que l'installation était très défectueuse. A l'autopsie, nous avons presque toujours relevé la tuberculose ou la broncho-pneumonie (Boulade-Périgois, *Thèse de Paris*, 17 juillet 1902).

Les coqueluches secondaires ou compliquées d'autres fièvres éruptives sont plus graves que les coqueluches simples. En 1895, à l'hôpital Trousseau, 25 coqueluches compliquées de rougeole m'ont donné 10 morts, soit une mortalité de 45,47 pour 100.

Si l'on prend la statistique municipale de la ville de Paris, on voit que la mortalité annuelle par coqueluche est assez élevée.

ANNÉES	DÉCÈS
1880	521
1881	489
1882	205
1885	665
1884	454
1885	272
1886	568
1887	429
1888	269
1889	522
1890	499
1891	541
1892	554
1895	515
TOTAL	6079

Pendant une période plus récente de 5 années (1896-1900), la moyenne des décès annuels par coqueluche a été plus faible :

ANNÉES	DÉCÈS
1896	277
1897	270
1898	392
1899	391
1900	204

La ville de Paris a donc perdu en 19 ans, 7615 enfants par la coqueluche. Encore ce chiffre est-il trop faible, car beaucoup de complications ou de suites mortelles de la coqueluche sont déclarées sous une autre rubrique (bronchite, broncho-pneumonie, tuberculose, etc.).

La coqueluche prélève donc un lourd tribut sur la population infantile parisienne. Les ravages qu'elle fait dans d'autres pays ne sont pas moins grands. Voici les renseignements intéressants donnés à ce sujet par W. Johnston (*Med. Soc. of the district of Columbia*, 25 janvier 1895). En Angleterre, de 1848 à 1855, 72 000 décès (1/40 du chiffre total) auraient été dus à la coqueluche, soit 10 000 par an en moyenne pour ce pays qui comptait alors environ un total de 500 000 décès annuels. En 1876, la mortalité par coqueluche vient, dans le Royaume-Uni, immédiatement après la mortalité par scarlatine.

Décès par scarlatine	11 045
— — coqueluche	10 201
— — rougeole	9 252

En 1895, la coqueluche n'a pas fait moins de 2550 victimes dans la seule ville de Londres.

Aux États-Unis, en 1880, nous trouvons :

Décès par coqueluche	10 515
— — scarlatine	10 142
— — rougeole	5 481

Ici la coqueluche marche en tête; en 1890, elle passe au second rang :

Décès par rougeole	9 256
— — coqueluche	8 452
— — scarlatine	5 969

A Washington, la coqueluche fait plus de victimes que la scarlatine et que la rougeole :

Décès par coqueluche	558
— — scarlatine	274
— — rougeole	175

D'après W. Johnston, la coqueluche enlèverait aux États-Unis plus de 100 000 enfants tous les 10 ans, soient 200 000 entre 1880 et 1900. L'auteur déplore ces hécatombes effroyables et propose comme remède la claustration complète de tous les coquelucheux. Repos au lit pendant 5 ou 4 semaines, isolement à la chambre pendant toute la période contagieuse. En empêchant ainsi la circulation des coquelucheux, on ne hâterait pas seulement leur guérison, on mettrait encore obstacle à la propagation de la maladie.

Traitement. — Quoique la coqueluche soit certainement une maladie infectieuse et spécifique, nous ne pouvons encore disposer contre elle d'un remède antiseptique et spécifique efficace. Cependant Kelaïdès (Voy. Roger, *Applications des sérums sanguins au traitement des maladies*, Congrès de Nancy, 1896), aurait obtenu un sérum contre la coqueluche. Pour préparer le sérum anticoquelucheux, il injecte à des chiens les sécrétions bronchiques et nasales de ses malades; avec 5 à 20 centimètres cubes de sérum provenant d'animaux ainsi préparés, il arrive à diminuer les quintes, parfois même à obtenir la guérison en 2 ou 5 jours. A Bruxelles plus récemment, le Dr Leuriaux aurait employé avec succès un sérum de cheval immunisé (1902). Si ces tentatives venaient à être répétées et contrôlées par divers observateurs, nous pourrions bientôt les apprécier à leur juste valeur. En attendant, nous devons faire des réserves sur l'efficacité du sérum anticoquelucheux, comme nous en ferons sur les effets préventifs du sérum antistreptococcique à l'égard des complications broncho-pulmonaires et des autres infections secondaires de la coqueluche, et sur ceux du sérum antidiptérique préconisé par V. Gilbert (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, 20 juin 1899).

L'attaque directe de l'agent pathogène de la coqueluche étant ou impossible ou très incertaine, nous devons nous borner provisoirement à la lutte indirecte par les médicaments qui favorisent l'élimination des produits toxiques, qui combattent le catarrhe et le spasme, qui donnent du repos aux malades, qui atténuent la violence et la fréquence de leurs quintes, qui préviennent les complications. Parmi ces médicaments, les uns sont empiriques, les autres sont justifiés par des considérations d'ordre physiologique ou hygiénique.

Je diviserai le traitement en trois parties :

1° *Traitement de la coqueluche simple*; 2° *Traitement des complica-*

tions; 3° *Hygiène thérapeutique des coquelucheux*. Enfin je terminerai par la *prophylaxie*.

1° *Traitement de la coqueluche simple.* — A la première période et au début de la seconde, quand la toux est fréquente, quand le catarrhe est manifeste, les évacuants sont indiqués, si l'enfant est assez âgé, assez vigoureux pour en supporter le choc. Les vomitifs (ipéca, tartre stibié, sulfate de cuivre) peuvent être employés à dose modérée, et répétés suivant les indications une ou deux fois par semaine. La poudre d'ipéca seule, ou associée au sirop, sera donnée à la dose de 10 centigrammes par année d'âge; l'émétique, à la dose de 5 milligrammes, et le sulfate de cuivre à la dose de 5 centigrammes par année dans un demi-verre d'eau.

Laënnec, partisan des vomitifs répétés dans la coqueluche, donnait la préférence à l'émétique; Trousseau préférerait le sulfate de cuivre. L'ipéca, malgré l'inégalité de force qu'on lui a reprochée suivant les échantillons et les provenances, reste le vomitif familier à la plupart des médecins.

Si l'enfant est constipé, on donnera un purgatif, le calomel notamment, qui offre le triple avantage d'être à la fois un évacuant, un antiseptique intestinal, un excito-sécréteur du foie et du rein. Il se prescrira à la dose de 2 à 5 centigrammes, deux fois par jour, suivant l'âge.

On sollicitera encore l'action du rein, et les sécrétions bronchiques, en donnant l'*oxymel scillitique*, vanté par Netter (de Nancy) à la dose de 4 à 5 cuillerées à café entre 2 et 5 ans, 6 cuillerées à café au-dessus de cet âge. Chez les enfants à la mamelle, on abaissera la dose à XX ou LX gouttes par jour.

Les balsamiques (tolu, benjoin, térébenthine) trouvent leur indication surtout dans les formes catarrhales de la maladie. Le benzoate de soude du benjoin sera prescrit à la dose de 2 à 5 grammes par jour dans une potion sucrée. Contre l'élément nerveux et spasmodique de la coqueluche, on a dirigé un grand nombre de médicaments, parmi lesquels nous devons citer la belladone, la jusquiame, l'aconit, l'opium, l'éther, le bromure de potassium, le musc, la valériane, le chloral, le chloroforme, le bromoforme, l'antipyrine, etc. La belladone a été prescrite à haute dose par Trousseau et, à sa suite, par un grand nombre de médecins, sous forme d'extrait, de teinture, de sirop. Trousseau recommande de donner la belladone à dose massive et unique le matin; il ne fractionnait jamais. Cette conduite offre des dangers quand la dose est trop forte; on peut être surpris par l'intolérance du sujet et par une intoxication imprévue. Le fractionnement, d'ailleurs compatible avec la progression, permet de s'arrêter à temps, sans dépasser la limite de l'action physiologique.

Quelques médecins emploient de préférence l'atropine, d'un dosage plus facile et plus rigoureux. Si l'on choisit la teinture de belladone, on la donne par gouttes (V gouttes trois ou quatre fois par jour), en augmentant d'une goutte par prise chaque jour, jusqu'à effet physiologique, c'est-à-dire jusqu'à dilatation pupillaire. Si l'on veut prescrire l'atropine, on prend une solution de 1 centigramme de sulfate d'atropine pour 10 grammes d'eau distillée, et on donne progressivement X, XX, XXX gouttes par jour jusqu'à effet.

On peut associer, à la teinture de belladone, l'alcoolature de racines d'aconit (mêmes doses) et les teintures moins actives de drosera rotundifolia, lobelia inflata, grindelia robusta, etc.

Le sirop de belladone pur, ou mitigé au quart avec le sirop de tolu, sera prescrit également à doses progressives par demi-cuillerées à café ou par cuillerées à café toutes les 2 ou 3 heures jusqu'à mydriase, turgescence des joues, etc. Le bromure de potassium (1 à 4 grammes par jour), le chloral (25 centigrammes à 1 gramme), l'opium, l'antispasme (combinaison de narcéine sodique et de salicylate de soude), le chloroforme (inhalation de quelques gouttes, ou potion avec V à X gouttes), le bromoforme (IV gouttes par année d'âge d'après Marfan), sont des antispasmodiques assez efficaces.

L'antipyrine, quand elle est employée à doses fortes, non fractionnées (25, 50 centigrammes par année d'âge et par dose), a une action certaine. Mais elle peut diminuer le taux des urines et provoquer des érythèmes.

Parmi les médicaments antiseptiques et antipyrétiques, il convient de citer la quinine, employée par Binz sous forme de tannate (40 centigrammes par année d'âge); la résorcine (1 gramme par jour en potion); la créosote (25 centigrammes); le chlorhydrate de phénocolle (1 à 2 grammes dans un julep gommeux. — Martinez Vargas. *Congrès de Bordeaux*, 1895).

Plusieurs médecins ont renoncé à la voie gastrique pour modifier la marche de la coqueluche, et l'on a vu recommander tour à tour les inhalations, les pulvérisations, les badigeonnages de la gorge et de l'entrée du larynx, les insufflations de poudre dans le nez, etc. Les inhalations d'oxygène peuvent être très utiles contre la dyspnée et l'asphyxie imminente, elles n'ont d'ailleurs aucun inconvénient. D'après le Dr D. Labbé, l'ozone en inhalations jouirait d'une grande efficacité. Mon ancien interne, M. le Dr Delherm (*Arch. de méd. des enfants*, 1902), a essayé les inhalations d'ozone sur des malades de mon service. Les résultats ont été encourageants. L'ozone n'agit pas contre l'infection coqueluchiale, mais il est doué d'un pouvoir antispasmodique très marqué qui indique son emploi à la période quinteuse (3 à 4 inhalations de 10 minutes en 24 heures). Il diminue le nombre des quintes et des reprises, atténue la dyspnée et la cyanose, sans présenter aucun danger. La durée du traitement doit être d'une quinzaine de jours. Les coqueluches compliquées sont peu modifiées par l'ozone. Les Drs Rocaz et Delmas ont vanté les bains d'air comprimé (*ibid.*) et le Dr Baumel s'est bien trouvé des pulvérisations phéniquées à 25 p. 100 (*ibid.*). Le Dr Legroux, à l'hôpital Trousseau, faisait suspendre dans la salle des linges imbibés d'essence de térébenthine. Le Dr Commenge recommandait le séjour des coquelucheux dans les chambres d'épuration des usines à gaz, méthode critiquée par H. Roger. Garnier faisait brûler dans la pièce occupée par les malades des trochisques formés de naphthaline et de charbon. D'autres ont fait passer les coquelucheux dans des chambres où l'on avait brûlé du soufre (20 grammes par mètre cube). Schliep (Baden-Baden) a fait placer, dans la chambre pneumatique à air comprimé à la pression de 50 millimètres de mercure, 2 heures par jour, un enfant de 9 mois qui avait une coqueluche violente et l'a guéri.

Faut-il parler des inhalations d'éther et de chloroforme, d'iode d'éthyle

(Amat), des pulvérisations d'eau phéniquée faible (1 pour 500), d'eau salicylée, bromurée, naphtolée, oxygénée, des lavements d'acide carbonique suivant la méthode de Bergeon? Tous ces procédés ont donné des succès entre les mains des auteurs qui les recommandent. Mais la coqueluche est une maladie si variable, si irrégulière, si peu cyclique, qu'il est bien difficile de se faire une opinion sur la valeur absolue d'une médication quelconque.

Les badigeonnages de la gorge et de l'entrée du larynx avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 pour 20 auraient donné de bons résultats à Labric. Les badigeonnages à la résorcine (1 pour 50, 1 pour 20), à l'asaprol (1 pour 100) répétés toutes les 2 heures, sont chaudement recommandés par Moncorvo. On ne s'est pas contenté des pulvérisations et badigeonnages, on a voulu pénétrer directement dans le larynx (instillation d'huile menthölée à 1 pour 40). Julius Taub (*Jahrb. f. Kind.*, 1894) a pratiqué 4 fois le tubage chez un enfant de 6 mois pendant 4 à 5 heures, et 7 fois chez une fillette de 8 mois. Il n'érige pas cette pratique en méthode générale de traitement. Il la réserve à des cas particuliers caractérisés par la violence des quintes et la tendance à l'asphyxie.

Michaël (de Hambourg) a mis à la mode les insufflations nasales; il insufflait de la poudre de benjoin dans chaque narine et obtenait une amélioration 75 fois sur 100. Moizard a insufflé un mélange à parties égales de benjoin, salicylate de bismuth, avec 1/10 de sulfate de quinine.

Enfin, en Italie, on a prétendu que la vaccination atténuait notablement les quintes et abrégait la durée de la maladie. Pestalozza, Pesa, Celli, Bolognini ont surtout pratiqué et recommandé cette méthode. Dietrich, en Kabylie (*Ann. de la Policl. de Toulouse*, nov. 1902), G. Pochon, en France (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, mars 1905) ont obtenu des succès par la vaccination. Pochon recommande même la revaccination. Tout enfant non vacciné atteint de coqueluche pourra donc être inoculé, et l'on verra bien.

La révulsion externe (ventouses sèches, sinapismes, teinture d'iode, pommade d'Autenrieth) n'a pas une action bien certaine, et il ne faudrait pas la faire trop violente, pour ne pas ouvrir la porte aux infections cutanées. Trousseau a justement fait le procès de cette méthode inefficace et dangereuse.

2° *Traitement des complications.* — On a cherché à combattre les vomissements, quand ils sont fréquents et dangereux, par l'usage du café, de l'acide chlorhydrique, du laudanum, de l'élixir parégorique, de l'eau de Vichy, de la cocaïne. Le café pourra toujours être prescrit sans inconvénient par cuillerées de 2 en 2 heures. Dès que l'enfant vient de vomir, et avant de le faire manger de nouveau, Trousseau conseille de lui donner une demi-goutte et même une goutte de laudanum de Sydenham. On préviendrait ainsi les vomissements et on assurerait la tolérance de l'estomac.

Les hernies seront prévenues ou combattues par le port de bandages. Les complications du côté de l'appareil respiratoire seront l'objet de soins particuliers. On cherchera à prévenir les infections secondaires des bronches et du poumon par l'antiseptie systématique des premières voies (irrigations et

pulvérisations de la gorge et du nez), bains de sublimé, etc. Si la fièvre monte et si la broncho-pneumonie se déclare, on appliquera des cataplasmes sinapisés sur le thorax ou mieux des compresses d'eau froide renouvelées toutes les heures ou deux fois par heure. On donnera le café, l'alcool, on fera au besoin des injections sous-cutanées d'éther ou de caféine. Si le cœur fléchit, on prescrira de la digitale (teinture ou infusion). Contre le spasme de la glotte ou la syncope qui parfois emportent les malades d'une façon soudaine et brutale, on emploiera les tractions rythmées de la langue, la respiration artificielle, la flagellation, le marteau de Mayor, le tubage du larynx.

Les complications du côté du système nerveux, l'agitation, l'insomnie, les convulsions seront combattues par les antispasmodiques, les narcotiques, le bromure de potassium, le chloral, le sulfonal, le trional. J'ai obtenu la sédation des convulsions chez un enfant de 4 ans en donnant 4 grammes de bromure de potassium par jour.

Pour arrêter les épistaxis, on fera, dans les narines, des injections avec de l'eau aussi chaude que possible (Trousseau); le tamponnement ne sera fait qu'à la dernière extrémité.

Si, malgré les médicaments employés, la situation s'aggrave, le changement d'air s'impose; il a quelquefois sauvé des cas désespérés. Ce changement d'air est surtout favorable à la fin de la maladie, chez les enfants qui ont perdu l'appétit, qui dépérissent, qui tombent dans un état cachectique faisant craindre la tuberculose. Ces enfants doivent être conduits à la campagne, dans un air pur et sec, dans un climat sédatif, dans la forêt d'Arcachon par exemple, qui jouit à ce point de vue d'une juste renommée. Les bronchites, dilatations des bronches, emphysèmes, adénopathies médiastines, qui succèdent à la coqueluche dans quelques cas, seront avantageusement traitées par les eaux du *Mont-Dore*, d'*Eaux-Bonnes*, d'*Engliën*, etc.

5° *Hygiène thérapeutique.* — Les médicaments ne sont pas tout dans le traitement de la coqueluche, l'hygiène joue un grand rôle et rend souvent des services plus appréciables que la pharmacie. Les coquelucheux doivent être entourés de soins particuliers tant au moment qu'en dehors des quintes. Au moment des quintes, il faut les soutenir, les protéger contre les conséquences des efforts trop violents; on fait asseoir sur son lit l'enfant qui commence à tousser, on lui donne un point d'appui en lui tenant le front d'une main et le dos de l'autre; s'il a de la peine à expulser les mucosités qui terminent la quinte, on les fait suivre doucement, sans violence, avec le doigt ou un écouvillon d'ouate hydrophile. Les coquelucheux ne doivent pas être serrés par leurs vêtements, le col doit être dégagé, aucun mouvement ne doit être entravé.

Il faut éviter à cette catégorie de malades toujours en imminence de spasmes, les chocs physiques comme les émotions morales, il faut les examiner, les ausculter sans brusquerie, pour éviter la provocation des accès; le simple fait d'abaisser la langue suffit souvent à réveiller le spasme. De même les bruits trop forts et l'audition des quintes de leurs camarades de salle. En résumé, il faut de l'isolement, du calme aux coquelucheux. Les chambres réservées à ces malades devraient être larges, bien aérées, bien éclairées,

chauffées modérément (18 degrés). Chaque coquelucheux devra disposer d'un cube d'air de 50 mètres; il faut beaucoup d'air et un air incessamment renouvelé dans la coqueluche. Voilà pourquoi il serait bon d'étudier la question des sanatoriums, en pleine campagne, à l'usage des coquelucheux.

On fera bien, quand on le pourra, de réserver deux chambres au malade, l'une pour le jour, l'autre pour la nuit. Dans les hôpitaux, l'encombrement fait négliger toutes ces précautions, et les enfants sont trop souvent soignés dans des conditions hygiéniques déplorables. Si l'on veut isoler les coquelucheux dans des pavillons spéciaux, il faut que ces pavillons soient vastes, baignés d'air et de lumière de tous côtés, et divisés en nombreuses chambres d'isolement individuel. A aucun prix il ne faut permettre l'isolement en masse et si l'on ne peut, faute d'argent et faute de place, assurer l'isolement cellulaire, il faut se résoudre à construire des chambres de trois ou quatre lits au plus, au lieu de ces vastes dortoirs de vingt à trente lits, comme il en existe encore. Mieux vaut laisser les enfants chez eux que de leur offrir une hospitalisation meurtrière.

Quand les enfants se lèvent, sortent, ils doivent être chaudement vêtus, sans être chargés outre mesure de vêtements lourds et épais. On doit éviter le refroidissement mais non provoquer la sueur.

La question des sorties et promenades des coquelucheux est très controversée: les uns veulent que les enfants sortent tous les jours, quand le temps le permet, ils accordent à la *cure d'air* une importance capitale; les autres prescrivent, été comme hiver, le séjour à la chambre pendant toute la période quinteuse de la maladie; quelques-uns désirent même que les malades soient maintenus au lit. Archambault était partisan résolu de cette dernière méthode à la première et à la seconde période de la coqueluche, il croyait ainsi préparer une forme bénigne, courte, exempte de complications, et il affirmait que, dans sa clientèle, s'il était appelé au début, il n'avait plus de coqueluches graves. Sans doute les sorties par un temps froid, pluvieux, les promenades longues et fatigantes, sont préjudiciables aux coquelucheux, amènent un redoublement des quintes, exposent aux complications, favorisent les rechutes; mais ne craint-on pas, en calfeutrant trop certains malades, de les affaiblir, de leur enlever l'appétit, de les anémier, etc.? Ullmann considère le traitement à l'air libre comme le plus efficace; il veut que les enfants passent toute la journée dehors, quelque temps qu'il fasse; mais il recommande de les empêcher de courir et de parler. Les enfants qui ne marchent pas encore seront traînés en voiture. La bronchite, la broncho-pneumonie ne seraient pas une contre-indication à la sortie.

Sans aller aussi loin que le médecin allemand, il ne faut pas redouter l'air, les sorties, les déplacements, et les conseiller dans la mesure raisonnable, suivant les indications. C'est ainsi que le changement d'air peut quelquefois devenir une nécessité urgente et absolue, si la coqueluche prend des allures graves, si les quintes redoublent en dépit de tout traitement, si la vie de l'enfant est menacée. En pareil cas, il faut transporter les malades hors de la ville où ils habitent, à la campagne; quelquefois un changement de quar-

tier suffit. Mais ces déplacements sont plus favorables vers le déclin de la maladie qu'au début et à la période d'état.

Je n'ai pas encore parlé de l'alimentation des coquelucheux. Elle doit être l'objet de soins particuliers, surtout chez les enfants qui vomissent pendant et après les quintes. On donnera le lait par petites tasses répétées à des intervalles réguliers (toutes les deux ou trois heures), les purées, les crèmes, la viande hachée, si la fièvre permet l'alimentation solide. On réduira autant que possible la masse des aliments pour accroître la tolérance de l'estomac. On choisira le moment qui succède à une grande quinte pour donner la nourriture. S'il y a intolérance absolue, rejet immédiat des liquides comme des solides, on aura recours aux lavements de peptone. En cas de vomissements incoercibles, le lavage de l'estomac devrait être essayé.

Prophylaxie. — Le coqueluche étant une maladie extrêmement contagieuse, il convient d'isoler d'une façon absolue les enfants qui en sont atteints. L'isolement doit suivre immédiatement le diagnostic, s'il ne l'a précédé, car les enfants suspects, n'ayant pas encore de quintes bien caractérisées, mais ayant été exposés à la contagion, doivent être considérés comme dangereux pour leur entourage. La coqueluche sera considérée comme contagieuse à toutes ses périodes, et l'enfant malade ne sera rendu à la vie commune qu'après la disparition des quintes. Comme cette disparition peut se faire attendre 2 et 5 mois, on voit quelle perturbation la coqueluche peut apporter dans la vie d'un enfant, d'un écolier par exemple qui sera exclu de l'école pendant tout un trimestre. La quarantaine ne sera pas maintenue pour les enfants qui, guéris depuis un certain temps, présentent à l'occasion d'un rhume, d'un refroidissement, d'une fatigue, quelques réminiscences de quintes. Le germe est éteint, le spasme est devenu une habitude, il survit à la virulence.

Dans les hôpitaux, dans les consultations externes comme dans les salles, il faut faire grande attention à la coqueluche pour la consigner à la porte des salles communes. Le danger est d'autant plus grand que les enfants contaminables sont déjà malades et que leur état serait singulièrement aggravé par l'intervention d'une coqueluche. Il importe donc que la sélection soit faite à l'entrée avec le plus grand soin et que tout enfant suspect soit dirigé, avant son admission définitive, dans une chambre de *douteux*, où il sera mis en observation.

Ainsi parviendra-t-on à éviter ou à restreindre la transmission directe de la coqueluche.

La transmission indirecte par les vêtements, le linge, les objets, les tiers, sera prévenue grâce à l'antisepsie médicale dont l'utilité est de jour en jour mieux comprise et dont l'application ne rencontre presque plus de résistance. On désinfectera par l'étuve à vapeur les objets souillés par les coquelucheux; on recevra leurs crachats, leurs vomissements, leurs déjections dans des vases contenant un liquide fortement antiseptique (sublimé à 1 pour 1000, sulfate de cuivre ou chlorure de zinc à 5 pour 100). Les personnes qui viennent de voir un coquelucheux, les médecins surtout, devront se laver les mains et changer de vêtements, s'ils n'ont pas pris la précaution d'endosser

une longue blouse destinée à les protéger contre les souillures accidentelles, avant de visiter d'autres enfants.

Les salles et pavillons réservés à la coqueluche devront être désinfectés périodiquement, non seulement quant aux meubles et bois de lit, mais encore quant aux murs, surtout si la maladie s'est compliquée de broncho-pneumonie. Les frères et sœurs d'un coquelucheux devront être exclus de l'école, même quand la coqueluche ne serait pas encore déclarée chez eux, à moins qu'ils ne l'aient déjà eue et qu'ils ne se soient soumis aux mesures d'antisepsie de nature à empêcher le transport du germe de leur domicile à l'école.

Pour prévenir les complications de la coqueluche dans les hôpitaux, il faut séparer les cas simples des cas compliqués, isoler rigoureusement et individuellement les broncho-pneumoniés, les tuberculeux, les infectés en un mot. Chaque enfant atteint de coqueluche sera soumis lui-même à l'antisepsie de tout son corps (surface et cavités accessibles), c'est-à-dire baigné, lavé, irrigué, pulvérisé pour éviter dans la mesure du possible les infections secondaires qui le menacent, pour parer à l'auto-infection par l'antisepsie comme on essaie d'écartier l'hétéro-infection par l'isolement.

En résumé, la prophylaxie de la coqueluche, comme celle de toutes les autres maladies contagieuses de l'enfance, repose sur l'application sévère et intégrale de ces deux grands principes d'hygiène thérapeutique privée et publique : l'*isolement*, l'*antisepsie*.