

malaria, mais dans la plupart des cas; le sulfate de quinine, tonique vasculo-nerveux, a une puissante action dans toutes les affections douloureuses qui dépendent d'une congestion des éléments nerveux; or les phénomènes vasomoteurs semblent jouer un grand rôle dans la migraine. On donnera, au début de l'accès, 15 ou 20 centigrammes de sulfate, de chlorhydrate, de bromhydrate ou de chlorhydro-sulfate de quinine; on pourra répéter cette dose toutes les 2 ou 3 heures, dans les cas intenses. Il ne faut pas songer à faire prendre par la bouche, au moment des accès, un médicament quelconque, surtout la quinine, à cause des nausées et vomissements qui feraient tout rejeter. On prescrira des suppositoires ainsi composés :

Beurre de cacao.	2 grammes.
Sel de quinine.	0 ^{gr} ,20

pour un suppositoire, qu'on introduira dès le début de l'accès, et qu'on pourra réitérer 2 ou 3 fois dans la journée.

L'antipyrine, très recommandée chez les migraineux adultes, peut aussi trouver son emploi chez les enfants; c'est un excellent médicament de l'accès de migraine; on la donnera aussi en suppositoires de 30 à 50 centigrammes, si l'enfant ne peut l'avaler dans un peu d'eau sucrée ou de sirop.

On pourra donner jusqu'à 2 et 3 grammes d'antipyrine par jour dans la seconde enfance. S'il y a de l'agitation, de l'insomnie, du délire, on ajoutera un peu de chloral aux suppositoires de quinine :

Beurre de cacao.	2 grammes.
Bromhydrate de quinine	0 ^{gr} ,50
Hydrate de chloral.	0 ^{gr} ,15

pour un suppositoire.

Au moment de l'accès, l'enfant devra prendre le lit et garder le décubitus horizontal, dans une chambre obscure, à température plutôt fraîche (15° à 16°), dont les rideaux seront tirés. Le silence et l'obscurité dans le repos sont très recherchés par les migraineux et leur procurent un véritable soulagement. Par contre, le bruit, la marche, les excitations lumineuses exaspèrent les douleurs de tête.

La diète, pendant toute la durée de l'accès, est de rigueur; d'ailleurs les aliments ne sont pas désirés; on se contentera de quelques boissons acidulées (limonades citrique ou tartrique), de thé ou de café légers, etc. Quelques médecins ont conseillé la caféine, que son action tonique rapproche de la quinine.

Le régime alimentaire, en dehors des accès, doit être surveillé de très près, surtout si l'enfant est dyspeptique, les indigestions ramenant facilement les accès. On devra surtout rationner les liquides, dont l'abus conduit si souvent à la dyspepsie.

Si les enfants migraineux sont en même temps obèses, graveleux, uricémiqnes, on les traitera, dans l'intervalle des accès, par un régime spécial, par les alcalins, par les eaux de Contrexéville, Évian, Vittel, etc.

IV

ASTHME

L'asthme est une névrose respiratoire paroxystique, caractérisée par des accès de dyspnée intense avec catarrhe bronchique, revenant à intervalles plus ou moins longs. L'intermittence des paroxysmes, mais une intermittence peu régulière, échappant à toute prévision, fait donc partie intégrante de l'asthme.

Étiologie. — L'asthme n'est pas une maladie des voies respiratoires, quoiqu'il se manifeste par des troubles profonds de la respiration. C'est une maladie générale de la nutrition, une diathèse, dont l'hérédité éclaire la nature et l'origine. On aurait tort de ne voir dans ces accès si subits et si courts, mais si pénibles et si effrayants, que des manifestations fortuites et accidentelles, atteignant au hasard et sans avertissement préalable des sujets quelconques. Pour qui sait voir et qui veut scruter les antécédents personnels et héréditaires des enfants asthmatiques, un lien de parenté se montre entre ce trouble morbide et d'autres manifestations plus ou moins dissemblables. Bien évidemment l'asthme fait partie du groupe naturel des affections *neuro-arthritiques*, qui ne sauraient être séparées, car elles forment un tout compact et indissoluble.

L'*arthritisme*, cette diathèse si commune, tient sous sa dépendance l'asthme, la migraine, l'obésité, la goutte, la gravelle, le diabète, certaines dermatoses, etc. L'asthme est donc une manifestation arthritique et, à ce titre, il est essentiellement héréditaire. L'hérédité peut être directe, *similaire*, les parents asthmatiques engendrant des enfants asthmatiques; ou indirecte, *dissemblable*, l'asthme infantile dérivant de la goutte, de la gravelle, de la migraine, de l'obésité des ascendants. Souvent l'asthme saute une génération; le grand-père est asthmatique, le fils ne l'est pas, le petit-fils le devient. Il peut même sauter deux générations.

L'arthritisme se perpétue à travers les générations successives, atténué ou aggravé par des croisements heureux ou malheureux, par des pertes ou des acquisitions individuelles, le patrimoine pouvant être appauvri ou enrichi par la descendance, mais il persiste et ses traits sont toujours reconnaissables. La parenté de l'asthme avec les autres manifestations arthritiques s'affirme donc par l'hérédité; elle est également confirmée quelquefois par la simultanéité, chez le même sujet, de plusieurs affections de la même famille. Un enfant peut être asthmatique et goutteux, asthmatique et migraineux, asthmatique et graveleux, asthmatique et obèse, etc. Deux, trois, un plus grand nombre de maladies du groupe arthritique peuvent se donner rendez-vous ou se succéder chez le même sujet. Trousseau n'a-t-il pas vu un enfant avoir, à 5 ans, de véritables accès d'asthme, et, à 7 ans, un accès de goutte aiguë franche?

Quelquefois, ce n'est pas l'asthme ni l'arthritisme proprement dit qu'on

retrouve chez les ascendants de l'enfant asthmatique, mais c'est alors la neuropathie, l'hystérie, la chorée, l'épilepsie, les vésanies, etc. Ces maladies proviennent de la même souche que l'arthritisme, et la diathèse qui leur est commune pourrait porter le nom de *diathèse neuro-arthritique*.

Il existe donc, chez l'enfant, un asthme héréditaire et diathésique, c'est l'asthme essentiel, l'asthme nerveux, l'asthme vrai.

L'asthme vrai peut débiter de bonne heure, dans les premières années, dans les premiers mois de la vie. J'ai vu un enfant, dont le père et la mère étaient asthmatiques, présenter son premier accès d'asthme à l'âge de 6 semaines. Un autre a fait, sous mes yeux, un accès formidable à l'âge de 6 mois. Sur 47 cas réunis par Hyde Salter, 19 fois l'asthme a débuté avant l'âge de 10 ans. Sur 48 cas de Moncorvo (*De l'asthme dans l'enfance et de son traitement*, Paris 1888), 41 cas se sont déclarés entre l'âge de 1 an et l'âge de 10 ans, 4 avaient débuté avant un an. Dauchez (*Asthme des enfants*, Société médico-chirurgicale de Paris, avril 1894) fixe le début entre 3 et 10 ans (17 fois sur 28 cas). L'asthme appartient donc à toutes les périodes de l'enfance; et, quoiqu'on soit habitué à l'observer et à le traiter surtout chez les adultes, il ne faudrait pas méconnaître sa fréquence relative chez les enfants du second âge, et même chez les nourrissons.

On a dit que l'asthme était plus rare chez les filles que chez les garçons; cette assertion mérite d'être confirmée par des statistiques plus nombreuses que celles qui ont été publiées.

A côté de l'asthme vrai, dont l'origine héréditaire est indéniable, et qui peut se présenter chez les enfants bien constitués, sans stigmates apparents, sans vices de conformation organique, on a décrit des manifestations asthmatiformes, qui simulent parfaitement l'asthme, mais qui en diffèrent par une étiologie spéciale. *L'asthme symptomatique* reconnaît des causes nombreuses, que nous allons énumérer.

1° En premier lieu, il faut classer à part l'*asthme des foins* ou Hayfever, névrose spéciale, caractérisée par des éternuements répétés, par de la dyspnée paroxystique, par de la fièvre, influencée par la saison, par les odeurs ou les poussières de foins coupés, etc. Ruault (*Archives de laryngologie et de rhinologie*, Paris, 1889) résume ainsi la pathogénie de la fièvre des foins : « La fièvre des foins est une névropathie réflexe du trijumeau, d'origine nasale ou oculaire. Elle est le résultat de l'irritation des terminaisons nerveuses des muqueuses précitées par certaines poussières, et notamment par le pollen de certaines plantes. Cette irritation mécanique ou chimique, qui paraît due plutôt à des micro-organismes transportés sur les muqueuses par ces poussières qu'aux poussières elles-mêmes, n'est capable de produire la fièvre de foin que chez un nombre restreint d'individus. Nous ignorons la cause de ces différences individuelles, mais nous savons que cette irritabilité spéciale est surtout fréquente chez les individus atteints de rhinite hypertrophique, et qu'elle s'observe plus communément chez les goutteux, les névropathes ou les gens issus de souche goutteuse ou névropathique. »

2° Déjà, dans la théorie présente, s'affirme la notion de l'*asthme d'origine nasale*, qui a pris, depuis quelques années, une grande extension. On

a remarqué que les accès d'asthme étaient souvent liés à la présence de polypes des fosses nasales et de lésions variées de la muqueuse pituitaire, et le Dr Dutauziet (Thèse de Paris, 1894) a signalé la fréquence de l'asthme chez les enfants porteurs de végétations adénoïdes du pharynx; l'*asthme adénoïdien* suivrait l'évolution des végétations et disparaîtrait avec elles. Un garçon de 12 ans entre dans le service du professeur Grancher pour une dyspnée asthmatiforme; on lui découvre des végétations adénoïdes, on les lui enlève, il sort guéri de l'hôpital. Dans tous ces cas, le point de départ de la dyspnée réflexe qui constitue l'asthme se trouve au niveau d'une muqueuse irritée (pharynx, fosses nasales, etc.).

5° Le Dr Joal (*Archives de médecine*, 1891) a prétendu que les ganglions du médiastin pouvaient devenir le point de départ du même réflexe et il a présenté des observations d'*asthme ganglionnaire*. Ces accès asthmatiformes sont d'ailleurs bien plus fréquents dans l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse que dans l'adénopathie simple, dont l'action pathogénique est à démontrer.

4° L'intoxication, les auto-intoxications surtout, qu'elles viennent du rein (*asthme urémique*), de l'estomac (*asthme dyspeptique*), de la peau (*asthme métastatique* ou *dartreux*), peuvent se traduire par des accès d'asthme qu'on peut légitimement appeler toxique. Cette variété d'asthme symptomatique se rencontre assez fréquemment chez les enfants dyspeptiques, atteints de dilatation de l'estomac, bourrés d'aliments indigestes, etc. Elle n'a pas les mêmes allures cliniques, la même périodicité éloignée que l'asthme vrai. On voit quelquefois l'asthme accompagner ou suivre immédiatement une poussée d'*urticaire* et l'on peut se demander alors si la dyspnée paroxystique n'est pas sous la dépendance d'un énanthème bronchique, d'une urticaire de la muqueuse respiratoire.

5° Les enfants qui ont souffert de quintes répétées et violentes de coqueluche, d'atteintes sévères de bronchite, peuvent présenter de l'emphysème pulmonaire ou une dyspnée paroxystique analogue à l'asthme. Mais, dans cette variété d'asthme pulmonaire, la dyspnée est continue et les signes stéthoscopiques, en dehors de tout accès, sont caractéristiques.

6° On pourrait décrire un asthme cardiaque, observé à la phase asystolique des maladies du cœur, et dans la cyanose congénitale ou maladie bleue. Mais là, les causes de ce pseudo-asthme sont évidentes.

7° Enfin l'asthme peut accompagner certaines lésions encéphaliques et j'ai vu un hydrocéphale succomber à un accès d'asthme de cette origine. Un petit garçon de 28 mois, hydrocéphale à un haut degré, présentait, tous les mois, des accès asthmatiformes durant 2 ou 3 jours; il y avait une véritable orthopnée, sans signes à l'auscultation; l'enfant mourut dans un de ces accès. Telles sont les principales variétés d'asthme symptomatique.

Revenons à l'asthme vrai. Nous avons vu que la cause de la maladie doit être cherchée fort loin, dans les antécédents héréditaires du jeune sujet. Quant aux causes occasionnelles qui peuvent précipiter le retour des accès, elles sont de divers ordres. Une impression morale, une contrariété vive, une frayeur, une chute, peuvent déterminer un accès et lui faire devancer

l'époque de son retour spontané. Une indigestion peut avoir le même effet. J'en dirai autant du froid, des rhumes, coryzas, bronchites vulgaires, de certaines odeurs fortes, des poussières de l'atmosphère, des fatigues inusitées, etc.

Quelques enfants ont plus d'accès en été qu'en hiver. D'autres ont plus d'accès à la campagne qu'à la ville, sur les bords de la mer que dans l'intérieur des terres, sur les hauteurs que dans la plaine. Mais on ne peut rien dire de précis à ce sujet, car toutes ces divergences tiennent à des dispositions individuelles. En général cependant les intempéries, les grands vents, les grandes altitudes sont nuisibles aux asthmatiques.

La pathogénie de l'asthme est des plus obscures; l'obstruction des bronches par des mucosités plus ou moins épaisses, la contraction spasmodique des muscles de Reissessen, le spasme réflexe des muscles inspirateurs et du diaphragme (spasme de l'inspiration), ne sont que des explications incomplètes ou hypothétiques. Il paraît certain que les accès d'asthme ont une origine réflexe, dont le point de départ peut varier (muqueuse respiratoire, muqueuse digestive, peau, écorce cérébrale, etc.), mais dont le centre est bulbaire. Quant à l'anatomie pathologique, elle est jusqu'à présent muette, et l'asthme reste une névrose, une sorte d'hystérie ou d'épilepsie viscérale.

Symptômes. — Avant la grande attaque d'asthme, on peut saisir quelquefois, chez les jeunes enfants, des manifestations plus légères, des accès ébauchés qui donnent l'éveil. Tantôt ce sont des étternuements répétés, des coryzas avec sécrétion abondante, qui se déclarent sans raison ou à l'occasion d'un refroidissement insignifiant, du passage d'un endroit chaud à un endroit froid, de l'exposition au soleil, etc. Tantôt ce sont de légers sifflements, des sibilances que l'on entend à distance, et qui témoignent d'un enchifrènement passager du larynx, de la trachée ou des bronches. On pourrait craindre, en entendant ces bruits musicaux, que l'enfant n'ait une bronchite, mais tout cela est passager et se dissipe du jour au lendemain.

Ces petites manifestations, coryzas spasmodiques, étternuements répétés, sibilances éphémères revenant périodiquement, ne sont que la menue monnaie de l'asthme. Elles s'observent fréquemment dans la première enfance, longtemps avant l'apparition des accès caractéristiques.

Le premier accès d'asthme est d'autant plus effrayant qu'il survient chez un enfant plus jeune. Il n'est pas absolument soudain; il a pu être précédé par un coryza, par des étternuements, par un rhume vulgaire, par une toux sèche, symptômes d'autant moins inquiétants que l'enfant était sans fièvre, et avait conservé sa gaieté, son entrain, son appétit.

Puis tout à coup, dans la journée, plus souvent que la nuit, la respiration s'accélère, les ailes du nez battent, les lèvres se cyanosent, la face blémit, la dyspnée atteint un paroxysme effrayant; il semble que l'enfant va succomber asphyxié après quelques heures d'une lutte angoissante et terrible. Des sifflements s'entendent à distance; l'auscultation de la poitrine ne donne que des râles sibilants et ronflants. La fièvre est nulle ou très modérée (38° — 38°,5); cela déjà est rassurant. Cependant on ne peut se défendre de l'idée d'une bronchite capillaire, d'un véritable catarrhe suffocant, à début aigu, à

marche foudroyante. Au bout de 24, 36, 48 heures, il se produit une détente, l'enfant ouvre les yeux, respire plus librement, sort de l'abattement dans lequel il était plongé; on sent que l'accès touche à son terme. Cependant les râles persistent, ils sont même plus nombreux, plus humides qu'au fort de l'accès, la toux est moins sèche, on sent qu'elle ramène des crachats plus fluides que l'enfant déglutit. Les urines, rares pendant l'accès et troubles, deviennent plus abondantes et plus claires; il y a souvent des sueurs.

Pendant l'accès et les jours suivants, l'enfant est très pâle; peu à peu les couleurs reviennent et il ne reste plus rien que le souvenir d'une vive alerte dont on ne prévoit pas le retour. Il n'est pas rare, en effet, que la nature de ce premier accès soit méconnue et qu'on ne le mette à tort sur le compte d'un rhume vulgaire, d'une grippe, etc. Mais, au bout de quelques semaines ou de quelques mois, les mêmes accidents se reproduisent et l'on est bien forcé de se rendre à l'évidence.

En général, chez les jeunes enfants, l'asthme, sans perdre le caractère excessivement spasmodique qu'il présente à tous les âges, s'accuse par un catarrhe bronchique plus ou moins prononcé qui précède le spasme et lui survit.

Les accès ne se ressemblent pas toujours chez le même enfant; il y en a de forts, de complets, d'effrayants même par leur intensité, ce sont les grands accès; il y en a de faibles, d'avortés, d'incomplets, ce sont les petits accès, qu'on aurait de la peine à reconnaître, et à rapporter à leur véritable cause, si l'on n'avait pas assisté aux accès typiques. On peut voir aussi, chez des enfants de la même famille, les accès différer beaucoup suivant les tempéraments individuels des sujets atteints; chez tel enfant, l'asthme sera nettement spasmodique; chez tel autre il sera torpide. Le Dr Moncorgé (*Lyon médical*, 9 juin 1895) a rapporté une intéressante observation de cette variété d'asthme torpide infantile. Deux frères étaient asthmatiques: l'aîné, âgé de 6 ans, avait depuis trois ans des crises revenant tous les mois et se caractérisant par une dyspnée intense, de la bronchite, de la congestion pulmonaire, de la fièvre; c'était un garçon maigre, délicat, nerveux. Le second, âgé de 5 ans, avait aussi périodiquement, mais sans fièvre, sans fracas, sans dyspnée notable, un catarrhe bronchique avec toux légère, durant peu et donnant lieu à des bruits musicaux, à des sibilances disséminées. Ce garçon était gros, calme, tranquille, mou, lymphatique. Son tempérament contrastait avec celui de l'aîné. Chez lui, le diagnostic n'aurait sans doute jamais été fait, s'il avait été séparé de son frère, et si la notion de cette hérédité collatérale avait manqué.

Dans l'asthme infantile, comme dans l'asthme de l'adulte, quoique à un moindre degré, le spasme inspiratoire domine, et l'auscultation montre qu'aucun obstacle sérieux n'existe dans les bronches. Pas de matité appréciable, exagération de sonorité plutôt, quelques sibilances disséminées, musicales, des râles bullaires peu nombreux, pas de souffle; rien qui rappelle la pneumonie et la broncho-pneumonie. Cette auscultation, relativement négative, est rassurante; elle contraste bien vivement avec les souffrances du sujet et avec l'orthopnée qu'il présente.