

semaines et des mois, produit les heureux résultats qu'on est toujours en droit d'attendre d'elle dans le traitement des névroses diathésiques.

Il va sans dire que la notion de cause peut inspirer la thérapeutique dans certains cas : le badigeonnage à la cocaïne de la muqueuse nasale, et parfois, s'il s'agit de lésions importantes de cette muqueuse, la cautérisation ou l'ablation des parties malades.

Il est enfin des prescriptions purement hygiéniques dont l'importance est grande. Ce que nous avons dit des conditions météorologiques préjudiciables aux asthmatiques a ici son corollaire. Le malade choisira de préférence le séjour des villes, ou d'une localité abritée contre le vent ; il fuira les hautes altitudes, il évitera les transitions brusques de la température.

L'alimentation sera sobre, surtout au repas du soir, et se composera d'aliments d'une digestion facile et prompt. S'il est vrai qu'il existe un asthme *ptomainique* (Huchard), on concevra l'importance capitale du régime alimentaire et la prescription de ce régime sera — cela va de soi — subordonnée aux indications individuelles. Les liquides gazeux qui distendent l'estomac seront proscrits ; le vin et les alcools ne seront pris qu'avec la plus grande modération. Le café est plutôt utile que nuisible.

Au surplus, dans ces prescriptions d'ordre hygiénique, il faudra encore et toujours tenir compte des réactions individuelles vis-à-vis de certaines causes. Le malade « se connaît » ; à beaucoup d'égards, il sait ce qui lui est bon, ce qui lui est mauvais. Il a une expérience qui vaut au moins la nôtre, et devant laquelle on fera sagement de s'incliner.

Nous avons eu principalement en vue le traitement de l'asthme nerveux. L'emphysème et la bronchite chronique réclament, le cas échéant, leur thérapeutique habituelle. Rien n'empêche de combiner celle-ci avec la médication anti-asthmatique proprement dite.

COQUELUCHE

Par P. LE GENDRE

Médecin de l'Hôpital Tenon,
Ancien chef de clinique adjoint à la Faculté pour les maladies des Enfants.....

Synonymie. — Un grand nombre de dénominations ont été successivement appliquées à cette maladie : *tussis quinta*, *convulsiva*, *epidemica puerorum*, *ferina*, *suffocans*, ou encore *pertussis*, etc. Chez nous a prévalu le mot coqueluche, qui a l'avantage de n'impliquer aucune conception pathogénique. Les Anglais l'appellent *Whooping cough*, les Allemands *Keuchhusten*, les Italiens *Pertosse* et les Espagnols *Tos ferina*.

Historique. — Jadis le terme coqueluche ou coqueluchon désignait une sorte de capuchon, « couverture de teste pyramidale » portée par les femmes et moines chartreux « à la similitude de la crête de certains oiseaux ». Au xv^e siècle, le mot commence à désigner une maladie, qui n'était autre, suivant les textes et les écrits du temps, que la moderne grippe. On pense que les grippés se couvraient la tête d'une coqueluche et que la maladie a emprunté son nom au couvre-chef, à moins que Jean Suañ, médecin de Nîmes, n'ait eu raison de dire que cette maladie fut appelée ainsi « à cause qu'elle afflige principalement la teste et semble l'investir et eslever par sa plénitude, à la similitude des capuches ou coqueluches⁽¹⁾ ».

Quoi qu'il en soit, il est certain que les relations anciennes d'épidémies dites de « coqueluche » ne s'appliquent pas à la maladie que nous appelons ainsi maintenant. Le premier auteur qui a décrit celle-ci, l'a désignée sous le nom de *tussis quinta* ou *quintana*, parce que les accès (quintes) revenaient toutes les 5 heures ; cet auteur est Guillaume Baillou, qui fut doyen de la Faculté de Paris et qui observa l'épidémie de 1578. Schenck, en Allemagne, en a donné à son tour une description. Au xvii^e siècle, Th. Willis et Sydenham en Angleterre en ont fixé les traits fondamentaux ; au xviii^e siècle, Huxham dans le même pays, Ettmüller en Allemagne et Lieutaud en France en ont brièvement parlé.

Depuis lors, les épidémies de coqueluche se sont répétées, de plus en plus fréquentes et d'une gravité variable ; enfin la maladie a fini par s'établir dans les grands centres de population à l'état endémique.

Nous ne pouvons citer tous les noms des médecins qui ont contribué à élucider l'histoire nosographique de la coqueluche. Mentionnons Guersant, Blache, Gendrin, Beau, Sée, Trousseau, N. Guéneau de Mussy en France ; Copland, Gibb, Todd en Angleterre ; Volz, Oppolzer, Steffen, Letzerich en Allemagne ; Afanasieff en Russie, etc.

On consultera surtout les ouvrages consacrés spécialement aux maladies des enfants : Rilliet et Barthez (3^e édition, revue par Barthez et Sanné, 1891),

(1) Traité de la prodigieuse maladie épidémique et contagieuse appelée COQUELUCHE (lisez Grippe), Paris, 1586.

Bouchut, d'Espine et Picot, Cadet de Gassicourt, J. Simon, West, Gerhardt, Steiner, Henoch. Le travail le plus imposant, dont les conclusions sont « tirées des entrailles même de la clinique », comme l'auteur a eu le droit de le dire, est celui d'Henri Roger⁽¹⁾. Une mention spéciale est due à l'excellente monographie de Tordeus⁽²⁾ dans laquelle on trouve les renseignements bibliographiques concernant les travaux antérieurs à 1881 et à l'article très complet⁽³⁾ de J. Comby (1897).

Symptômes. — Rilliet et Barthez résument dans les termes suivants les principaux caractères cliniques de la coqueluche : « La coqueluche est caractérisée par une toux convulsive qui revient par accès, autrement dit par quintes, à des intervalles indéterminés. Cette toux consiste en une série d'expirations très courtes, suivie d'une inspiration longue, sifflante, sonore; elle s'accompagne le plus souvent d'une congestion considérable de la face, et se termine souvent par le rejet de mucosités filantes. La coqueluche est apyrétique, contagieuse, sporadique ou épidémique, et n'attaque qu'une seule fois, sauf exception, les mêmes individus. »

On divise l'évolution de la coqueluche en trois périodes. Cette division est, bien entendu, schématique, car entre les périodes il n'y a pas de limite absolument nette; toutefois, pour les besoins d'une description didactique, elle mérite d'être maintenue. La première période est marquée par un catarrhe d'allures banales; la deuxième, par une toux convulsive spéciale; la troisième, par une atténuation progressive des symptômes spasmodiques et la réapparition du phénomène catarrhe.

Incubation. — Avant la première période se place une phase silencieuse, qui s'étend du moment de la contagion à l'époque d'apparition des premiers symptômes, et dont la durée, difficile à déterminer, serait de 2 à 7 jours d'après Gerhard, de 6 à 7 jours d'après Henri Roger. En admettant ce dernier chiffre, dans une famille où existe un coquelucheux, le médecin pourra prédire presque à jour fixe l'apparition de la coqueluche chez les autres enfants, tout en prescrivant l'isolement de ceux-ci. Si, au bout de quinze jours, les isolés n'ont pas commencé à tousser, on peut affirmer qu'ils ont échappé à la contagion.

Première période ou période catarrhale. — Des signes de bronchite banale, quelques symptômes fébriles, tels sont les phénomènes peu caractéristiques par lesquels la coqueluche s'annonce.

La fièvre est légère; elle s'accompagne de son cortège habituel : troubles du caractère, qui devient maussade, capricieux; agitation, insomnie; quelques frissonnements, des poussées de chaleur (élévation thermique axillaire d'un demi à un degré). Parfois la fièvre fait défaut; exceptionnellement on l'a vue intense, en l'absence de complications inflammatoires.

La bronchite ne se différencie pas d'une bronchite vulgaire. Outre la toux, il existe de l'enrouement, du coryza avec éternuements, de l'injection des conjonctives avec larmolement, symptômes qui n'ont rien de spécial. Pourtant,

⁽¹⁾ Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance, t. II, 1885.

⁽²⁾ Étude sur les causes, la nature et le traitement de la coqueluche. Bruxelles, 1881, et *Journal de méd., de chir. et de pharmacol. de Bruxelles*, 1881.

⁽³⁾ In *Traité des maladies de l'enfance*, publié sous la direction de Grancher, J. Comby et Marfan. Paris, Masson.

indépendamment des conditions de milieu propres à faire craindre une contagion possible, certains indices peuvent faire soupçonner la nature de l'affection : la toux est fréquente, tenace; elle s'accompagne d'un chatouillement laryngé que certains auteurs considèrent comme assez particulier; elle est plus fréquente la nuit et associée alors à de la dyspnée, à une sensation douloureuse derrière le sternum.

On a pu voir, par exception, la bronchite initiale affecter la forme de bronchite capillaire, ou bien les phénomènes généraux en imposer pour des prodromes de rougeole ou de fièvre typhoïde.

La durée de cette période est de 8 à 15 jours en moyenne. Nous dirons, à propos de la marche de la maladie, combien cette durée peut être variable; il est d'ailleurs difficile de la déterminer avec précision, car la période suivante ne lui succède pas sans transition. Pendant quelques jours, on voit la toux se modifier peu à peu, pour revêtir le type convulsif, en même temps que la dyspnée nocturne diminue ou disparaît.

Deuxième période. Période convulsive. Période d'état. — Peu à peu, la toux devient quinteuse, puis la quinte typique de coqueluche apparaît. Dans cette période, à moins de complications ou d'anomalies, la toux avec son caractère spécial constitue, pour ainsi dire, le seul phénomène observé. A peu près aucun signe physique de bronchite, dans les cas non compliqués, aucune trace de fièvre. Des quintes plus ou moins nombreuses, voilà toute la maladie.

Description de la quinte. — La quinte peut revêtir des allures normales, mais le plus souvent elle se présente sous une forme pathognomonique, qu'il importe de décrire d'abord.

La quinte peut être, pour la commodité de la description, décomposée en trois phases successives : prodromes, quinte proprement dite, terminaison de la quinte.

Aucun auteur n'a égalé Trousseau dans la peinture des phénomènes qui précèdent la crise : « Un enfant est au milieu de ses jeux : quelques minutes avant que la crise arrive, il s'arrête; sa gaieté fait place à la tristesse; s'il se trouvait en compagnie de ses camarades, il s'écarte d'eux et cherche à les éviter. C'est qu'alors il médite sa crise, il la sent venir; il éprouve cette sensation de picotement, de chatouillement du larynx qui l'annonce. D'abord il essaye de faire avorter la quinte; au lieu de respirer naturellement, à pleins poumons, comme il respirait tout à l'heure, il retient sa respiration : il semble comprendre que l'air, en arrivant à pleine voie dans son larynx, va provoquer cette toux fatigante dont il a la triste expérience. Mais, quoi qu'il fasse, il n'empêchera rien, il ne pourra tout au plus que retarder l'explosion. S'il crie, s'il pleure, s'il est sous l'empire d'une émotion qui excite son système nerveux, cette explosion sera plus prompte. La quinte a lieu... » Parfois, plus souvent peut-être, au lieu de cette immobilité instinctive, il se manifeste de l'agitation, l'enfant change fréquemment de position, le pouls et la respiration s'accélèrent, on note quelquefois du stertor.

Dès que la quinte est imminente, l'enfant, s'il est couché, se met brusquement sur son séant, s'empresse de saisir à sa portée un point d'appui, les barreaux de son lit, par exemple, et s'y cramponne avec force.

La quinte éclate. Il se produit une série prolongée et ininterrompue de secousses de toux expiratrices, par lesquelles la poitrine se vide pour ainsi dire