

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

à fond; puis, une inspiration a lieu, inspiration longue, pénible, accompagnée d'un sifflement particulier. Cette inspiration constitue la *reprise*; si elle est pénible et bruyante, c'est surtout parce qu'elle se produit à travers un orifice glottique spasmodiquement rétréci; on peut imiter la sonorité de cette reprise en inspirant de l'air entre les cordes vocales volontairement contractées. Tout n'est pas fini; quelques secondes après, une nouvelle série de secousses expiratrices recommence, suivie d'une nouvelle reprise, et ainsi de suite; enfin, après une dernière reprise, le malade rend une certaine quantité de mucosités visqueuses, provenant des voies respiratoires. La quinte a duré une demi-minute à une minute. Pendant tout ce temps, l'obstacle au retour du sang veineux dans le thorax et l'état asphyxique se traduisent par la congestion de la face, le gonflement des veines du cou, l'injection des yeux, la tuméfaction des paupières, l'anxiété profonde de la physionomie; le corps se couvre de sueur; les extrémités et parfois toute la surface cutanée deviennent violacées.

La quinte se termine, avons-nous dit, par l'expectoration; ce sont des crachats filants, transparents, abondants, spumeux, qui se détachent malaisément. D'après Letzerich et Tschamer, ils renfermeraient de petits flocons blanchâtres, pathognomoniques, constitués par des amas de bactéries.

Il n'est pas rare que survienne aussi le rejet des aliments contenus dans l'estomac, phénomène qui devient une redoutable complication s'il se renouvelle fréquemment.

Après la crise, il ne reste qu'un peu de fatigue tôt dissipée, et, si le malade a été interrompu dans son sommeil, il ne tarde pas à se rendormir. Les yeux demeurent plus ou moins longtemps injectés et bouffis; cette bouffissure peut même subsister en permanence et devenir un symptôme révélateur de la coqueluche.

Telle est la physionomie habituelle de la quinte. Mais il importe de savoir qu'elle peut offrir des *anomalies*.

Elle peut être modifiée dans son intensité et sa durée; on voit des quintes qui ne durent que quelques secondes, d'autres se prolongent de façon inquiétante; on en a cité d'un quart d'heure et plus. Toutefois il se peut que, dans ces cas, on ait considéré comme une seule quinte une succession de plusieurs quintes subintrantes.

La quinte peut être modifiée dans sa forme, par accentuation ou effacement de ses traits fondamentaux. Les prodromes font souvent défaut; ils peuvent être marqués par des phénomènes insolites: émission d'urines et de fèces, vomissement, étternuement. La quinte peut être coupée en deux parties (Rilliet et Barthez, Lombard) « en sorte qu'une quinte complète est formée de deux quintes, séparées par un intervalle très court pendant lequel la respiration est naturelle ».

Chez les enfants très jeunes, au-dessous d'une année, le sifflement est moins sonore et moins prolongé que chez les sujets plus âgés, tandis que les phénomènes asphyxiques sont plus graves chez les premiers que chez les autres.

La reprise sonore peut manquer dans certaines coqueluches, mais le fait est des plus rares.

Au lieu d'une série de secousses expiratrices, on peut voir une seule secousse expiratrice précéder chaque reprise, et alors une quinte d'une demi-minute peut compter une quinzaine de reprises. Les secousses expiratoires sont parfois silencieuses.

Des étternuements peuvent se produire au cours de l'accès ou en marquer la terminaison. A ce propos, Roger mentionne des formes tellement anormales, que leur coïncidence avec une épidémie de coqueluche peut seule en faire présumer la nature. C'est ainsi qu'au lieu de quintes il se produirait des étternuements régulièrement espacés, et la dernière secousse projetterait par le nez des mucosités semblables à celles qui sont rejetées d'ordinaire par la bouche. Le même auteur a vu se produire des secousses exclusivement pharyngées.

Ajoutons que, si les caractères de la quinte présentent des anomalies particulières à certains cas, ils peuvent aussi se modifier pendant l'évolution d'un même cas.

Souvent l'accès de toux est déterminé par une cause occasionnelle variable. Un mouvement, un léger ébranlement nerveux, l'irritation des voies respiratoires suffisent pour provoquer la quinte. Citons parmi les causes les plus fréquentes: la déglutition, les odeurs fortes, les émotions morales, l'animation du jeu, la course, le passage du décubitus dorsal à la station assise, l'examen du fond de la gorge, une pression même peu forte exercée sur la partie antérieure du larynx, moyen à utiliser quand on désire provoquer une quinte pour assurer le diagnostic (Labric).

L'imitation joue un grand rôle à cet égard: dans une salle où sont réunis un certain nombre de coquelucheux, une quinte qui éclate sur un point est parfois le signal d'un concert en fugue ou canon, l'un n'ayant pas fini quand son voisin commence.

Les quintes sont généralement plus fréquentes la nuit que dans la journée, quoi qu'en ait dit Laënnec. Dans certaines formes très bénignes, il n'y en a guère qu'au lever et au coucher des enfants (West). Leur nombre dans les 24 heures est variable: 20 à 50, tel est le chiffre dans les cas moyens; il peut descendre à 10 dans les cas bénins; quand il dépasse 40, il s'agit déjà d'un cas grave; le pronostic devient très sévère au delà de 60. On aurait compté, comme nombres exceptionnels, 100 accès (Trousseau) et même 140 (Macall) dans les 24 heures. On ne doit pas accepter sans réserve les rapports faits à cet égard par les gardes-malades; celles-ci tantôt compteront pour une seule quinte deux ou trois accès qui se succèdent, ainsi qu'il arrive fréquemment, à de très courts intervalles, en série; tantôt au contraire elles noteront autant de quintes qu'il y aura de reprises. Il faut leur donner sur ce point des instructions précises et les obliger, suivant le conseil de Trousseau, à marquer les quintes à mesure qu'elles se produisent, en pratiquant, par exemple, des entailles sur une fiche en bois, ou en piquant une carte avec une épingle. Il n'est pas inutile d'insister sur ce point, car c'est là que le médecin puise un des éléments principaux du pronostic.

Différentes conditions font varier le nombre des quintes. Il se modifie dans le cours de la maladie; il augmente jusqu'à la fin de la 4^e ou de la 5^e semaine environ, reste stationnaire pendant un nombre de jours variable, puis décroît avec une assez grande rapidité. Nous verrons que les complications inflammatoires s'accompagnent souvent d'une diminution dans la fréquence des accès.

Faire le tableau des quintes, indiquer leur fréquence, c'est presque décrire complètement la deuxième période de la maladie. En effet, dans l'intervalle des quintes, l'état de l'enfant est complètement normal. Cependant, pour peu que les crises soient fréquentes, il subsiste en permanence une bouffissure de la face, et surtout des paupières, qui est assez caractéristique. Dans les cas graves l'enfant reste fatigué, apathique, épuisé par les assauts répétés qu'il subit, par

l'insomnie qui en est la conséquence, par les vomissements; on observe dès lors un état d'amaigrissement et d'anémie plus ou moins prononcé.

La percussion, l'auscultation de la poitrine sont négatives, en l'absence des complications. A peine perçoit-on de-ci, de-là quelques râles sonores, et plus tard quelques râles humides, prenant naissance dans les voies respiratoires supérieures.

L'examen laryngoscopique a montré à divers observateurs une inflammation légère soit des bronches (Rossbach), soit du larynx, dans la portion sus-glottique (Beau), ou dans la région interaryténoïdienne (Herff, Rossbach). Le siège de l'inflammation varie suivant les cas; tout indice d'inflammation peut d'ailleurs faire défaut, ou échapper à l'observation.

Gibb, Johnson, ont avancé que les urines renferment constamment une certaine quantité de glycose. Cette affirmation, souvent contrôlée, n'a pas été trouvée exacte. Parfois il se manifesterait une légère albuminurie à la suite des crises (Steffen).

La durée de la deuxième période est en moyenne de 50 à 40 jours, d'après Rilliet et Barthez.

Troisième période ou période de déclin. — Il est aussi difficile de préciser la fin de la deuxième période que d'en fixer le commencement; car c'est progressivement que les quintes diminuent de nombre, s'atténuent comme intensité, et cessent de présenter le type spasmodique. Le sifflement se fait rare et s'affaiblit, la toux devient grasse, les crachats expulsés sont alors muco-purulents, opaques, et se détachent facilement.

Parfois la quinte reprend pendant quelques jours la forme convulsive de la période précédente, mais cette recrudescence est passagère. Bientôt ce n'est plus qu'un rhume vulgaire, avec les phénomènes stéthoscopiques de la trachéo-bronchite simple, et, finalement, toute trace de la maladie disparaît.

Cette période de déclin dure de 10 à 20 jours.

Marche. Durée. — La durée totale de la coqueluche est très variable. West indique, comme chiffre habituel, 10 semaines; Blache, 4 à 5 semaines. Elle varie entre quelques semaines et plusieurs mois.

Très variable aussi la durée de chacune des périodes. Les chiffres moyens que nous avons indiqués sont empruntés à Rilliet et Barthez. Tordeus a réuni les renseignements fournis à cet égard par les différents observateurs; on constate dans son relevé des écarts considérables, soit que l'on considère les moyennes signalées, soit que l'on envisage les chiffres extrêmes.

Dans certaines épidémies, la première période est très courte, presque nulle; elle tend à se prolonger au commencement et à la fin d'une épidémie donnée.

Cette même période est d'autant plus longue que le sujet est plus âgé; elle peut se supprimer chez les enfants très jeunes.

Terminaison. — La guérison complète est la règle dans les cas non compliqués. Parfois, à la suite des atteintes graves, il persiste un état d'asthénie et d'anémie assez alarmant. Quand la mort survient, elle est toujours imputable à une des complications ou des séquelles que nous allons étudier plus loin.

Notons ici ce fait intéressant, qu'il n'est pas rare de voir un simple rhume, survenant chez un sujet atteint de coqueluche dans le courant de l'année ou pendant l'année précédente, revêtir un caractère spasmodique; la toux est,

comme on dit, plus ou moins *coqueluchoïde*. Il ne faudrait pas voir là de véritables récidives.

Récidive. — Quelques auteurs ont observé, d'une façon d'ailleurs tout à fait exceptionnelle, des récidives de la coqueluche: West en a cité un cas; Trousseau, deux; Roger, cinq. Il m'a été donné d'en rencontrer un, que j'ai publié⁽¹⁾. On ne peut donc nier la possibilité du fait, mais on doit le considérer comme excessivement rare.

Rechute. — Plus fréquentes sont les rechutes, survenant tantôt pendant le déclin, tantôt pendant la convalescence; ces rechutes sont généralement moins graves que la première atteinte, mais tout aussi contagieuses.

Diagnostic. — Quand on songe combien la coqueluche fatigue les enfants, même quand elle est bénigne et d'une durée moyenne, on comprend avec quelle anxieuse insistance les mères tourmentent le médecin pour avoir une réponse précise, dès que les enfants sont pris d'une toux assez violente.

Il n'est malheureusement pas possible à la première période de la coqueluche de mettre fin à l'incertitude maternelle. Voici pourtant quelques éléments pouvant servir de présomptions en vue du diagnostic. D'abord la toux de la coqueluche est *sèche, courte, saccadée, fréquente, accompagnée d'une sensation de titillation gutturale insupportable*. — Bien qu'elle puisse, dans certains cas, se rapprocher de la toux *févine* de la rougeole, elle est pourtant généralement moins sonore; elle ne s'accompagne pas de coryza, d'éternuements, de larmoiement. — Si les secousses de toux, qui peuvent se répéter quinze, vingt, trente fois par minute, *se groupent en quintes* à intervalles plus ou moins longs, et si ces quintes sont *plus accentuées la nuit*, on doit pencher vers la coqueluche. — La *notion de contagion* permet un jour à Trousseau d'éviter une erreur: une demoiselle soumise à son examen présentait une fièvre véhémement, une toux incessante et quelques râles dans la poitrine; on pouvait songer à une phtisie aiguë; mais, quand il sut que la jeune personne avait vu son frère atteint de coqueluche, le maître n'hésita pas à affirmer ce diagnostic.

Une cause d'embarras, chez des enfants très nerveux, est que le début de la coqueluche est quelquefois signalé par des accès de laryngite striduleuse ou par d'autres accidents spasmodiques, tels qu'une sorte de hoquet (Trousseau), à l'exclusion de tout élément catarrhal.

Le mouvement fébrile a, en général, plus de vivacité et de durée que dans un rhume simple; il peut manquer absolument par exception. Presque constamment la langue est saburrale, bien que l'appétit soit souvent conservé.

Noël Guéneau de Mussy, dans ses remarquables Études cliniques⁽²⁾, a insisté sur la valeur d'une sorte d'*évanthème muqueux* qu'il a décrit ainsi: « En observant la gorge, j'ai trouvé la luette rouge, injectée, ainsi que la partie interne des piliers antérieurs du voile du palais. Cette injection dessine sur ces piliers deux bandes d'un rouge rosé qui en suivent les contours et vont se réunir dans la base de la luette. Tout l'isthme du gosier et le pharynx présentent la même injection; les glandules de ce dernier deviennent saillantes et donnent à la muqueuse un aspect chagriné ou granuleux. » Cet érythème se distingue facilement du pointillé de la rougeole, de la rougeur ardente de la scarlatine, de l'aspect vernissé de l'érysipèle du pharynx, mieux encore de la rougeur sau-

⁽¹⁾ *Revue des maladies de l'enfance*, 1891, p. 496.

⁽²⁾ *Union médicale*, 1875.