

temps. Le malade, jeune garçon de cinq ans, d'une famille de phthisiques du côté maternel, était atteint de coqueluche à un haut degré. Il y avait beaucoup de dyspnée, avec bouffissure et lividité de la peau. Aucun signe stéthoscopique d'une lésion pulmonaire ne se montra à un moment quelconque, mais l'oppression était si considérable, et l'enfant paraissait si complètement déprimé par sa maladie, que j'avais des craintes pour sa guérison. Après environ cinq semaines de coqueluche, et trois semaines avant la mort, les choses parurent prendre une tournure favorable, la toux diminua beaucoup, tant en fréquence qu'en intensité, et les forces revinrent sous l'influence d'un traitement tonique. L'enfant restait pourtant mal en train, et très enclin à dormir; cet état de dépression augmenta progressivement jusqu'à environ une semaine avant la mort, époque à laquelle il tomba dans un état de stupeur complète, mais sans qu'il se manifestât aucun mouvement convulsif précurseur de la stupeur, ou concomitant à celle-ci. Il était étendu, dormant, ou dans un état de somnolence, d'où cependant on pouvait en partie le tirer; puis, tout à coup, ses pupilles, auparavant contractées, se dilataient rapidement d'une manière complète, et il regardait autour de lui d'une manière étrange, pendant quelques moments; les pupilles oscillaient alors pendant quelques instants, de la dilatation à la contraction, pour revenir bientôt à l'état qu'elles avaient avant. Il n'y eut de constipation à aucun moment, non plus que de vomissements, et le pouls resta fréquent jusqu'à un jour ou deux avant la mort. Il se manifesta du strabisme un ou deux jours avant la fin; à ce moment, aussi, la déglutition devint difficile et l'enfant commença à faire quelques mouvements automatiques avec les mains et les bras. Les quintes persistèrent jusqu'au dernier moment; elles avaient le caractère suffocant, mais sans reprise. Au bout de huit semaines après le début de la toux, l'enfant, qui était extrêmement émacié, mourut paisiblement.

Après la mort, on trouva les membranes du cerveau très congestionnées, il y avait une grande quantité de liquide dans les ventricules, les parties centrales du cerveau étaient diffuses, et la base était également très ramollie. Les membranes présentaient à la base une coloration opalescente, étaient parsemées de nombreuses granulations, et aux environs des nerfs optiques, étaient épaissies et infiltrées par cette matière hyaline, sur laquelle j'ai souvent appelé votre attention.

Il y avait une forte congestion des bronches et de la substance pulmonaire. Les poumons contenaient un grand nombre de tubercules, la plupart à l'état de granulations grises, et une petite excavation occupait la partie supérieure du lobe inférieur gauche.

Il nous reste à examiner plusieurs points importants faisant partie de l'histoire de la coqueluche, avant de passer à l'étude de son traitement, mais nous les réserverons tous pour notre prochaine réunion.

VINGT-SEPTIÈME LEÇON

SUITE DE LA COQUELUCHE.

Complications de diarrhée et de désordres de l'intestin, — d'une grande irritabilité de l'estomac, — de rougeole et de variole. — Durée de la maladie; — rechutes. — Influence de l'âge, du sexe, de la saison, etc., sur sa production. — Lésions anatomiques. *Traitement.* — Il n'y a pas de spécifique proprement dit de la coqueluche. — Traitement de la première et de la seconde période. — Utilité de l'acide cyanhydrique, révulsifs. — Attention à la température. — Danger de traiter trop vigoureusement la bronchite de la coqueluche. — Traitement de la troisième période.

C'est une particularité de la maladie que nous étudions, de devoir en grande partie les souffrances et le danger qu'elle présente, non à l'affection elle-même, mais à quelque complication qui survient pendant son cours. Nous avons déjà examiné les deux plus redoutables causes de danger, mais il en reste d'autres contre lesquelles nous ne devons pas être moins sur nos gardes.

Il y a quelques jours je vous signalais que l'état d'irritabilité extrême de la membrane muqueuse des bronches est un des traits caractéristiques de la première enfance. C'est à elle que sont dues les attaques de catarrhe dont les enfants sont atteints souvent pendant la dentition, et la toux qui, entièrement indépendante de l'action du froid, se montre comme le résultat de la sympathie avec une irritation ayant son siège dans quelque autre viscère. Ce degré élevé de susceptibilité n'est pas pourtant limité exclusivement aux bronches, mais est commun, chez les jeunes enfants, à l'ensemble des muqueuses. La diarrhée accompagne souvent le catarrhe bronchique ou alterne avec lui, et dans le cours de l'inflammation des poumons, la vie du malade est quelquefois mise en péril, ou la terminaison fatale hâtée, par la production d'un dérangement de l'intestin que rien ne peut arrêter.

La diarrhée, bien que rarement mortelle, est souvent une complication très fâcheuse de la coqueluche, et qui, si elle dure, diminue

beaucoup la force de résistance, et s'oppose à l'emploi de quelques-uns des moyens auxquels sans cela nous aurions eu recours. Elle apparaît quelquefois en même temps que le catarrhe initial et diminue avec lui, mais dans d'autres cas elle fatigue le malade pendant toute la durée de la maladie. C'est pourtant quand elle survient dans le cours d'une attaque de coqueluche qui a déjà atteint une grande intensité, qu'elle doit surtout exciter notre sollicitude. Elle n'indique pas, il est vrai, dans la majorité des cas, la production d'une maladie des intestins, mais c'est une des formes du trouble fonctionnel qui dépend de la congestion du cerveau, ou elle indique le progrès d'un désordre sérieux des poumons. J'ai vu la diarrhée être le symptôme prédominant d'une coqueluche intense, les intestins se montrant, pendant plusieurs jours consécutifs, assez irritables pour entrer en action sous l'influence de l'aliment le plus léger et des boissons, en même temps que l'abdomen était d'une sensibilité exquise; et pourtant à l'autopsie on ne trouva que de la congestion et une saillie des plaques de Peyer, tandis que dans les poumons on trouva les traces d'une bronchite intense, qui en certains points était arrivée jusqu'à la suppuration.

Un état d'irritabilité de l'estomac, quelquefois des vomissements sont des symptômes qu'on observe presque constamment à l'une ou à l'autre des phases de la coqueluche. Dans les cas bénins, ces symptômes ne surviennent, habituellement, que quand la toux a acquis son plus haut développement, et le vomissement ne se produit qu'après les quintes les plus fortes, et est le premier phénomène morbide à disparaître quand la gravité de la maladie diminue. Quelquefois, cependant, une nausée très pénible harasse le malade, et les efforts pour vomir non seulement suivent les paroxysmes de toux, mais sont même provoqués par les aliments, ou par le liquide le plus doux. Je vous ai déjà avertis de la signification sérieuse de ce symptôme, dans plusieurs circonstances, et ai attiré votre attention sur lui comme étant, fréquemment, l'un des premiers symptômes d'un désordre cérébral. Dans un petit nombre de cas, je l'ai vu survenir à une période peu avancée de la maladie, et décliner par degrés, à mesure que la toux prenait un caractère décidément paroxystique, comme c'est précisément le cas avec cette dyspnée nerveuse dont je vous parlais dans ma dernière leçon. Quelquefois il persiste et constitue un symptôme fatigant, mais presque unique, d'un trouble du système nerveux, la toux n'étant pas intense, ni la santé de l'enfant altérée d'une manière sérieuse; et dans deux cas, dont j'ai été témoin, il paraissait résulter d'un état d'irritabilité extrême de l'arrière-gorge, de sorte que la toux, qui ne se produisait presque jamais sans cela était immédiatement provoquée par toute tentative de déglutition, et l'effort de toux amenait presque immédiatement le vomissement. La nausée et le vomissement sont quelque-

fois associés à un trouble général de l'intestin, et à de la diarrhée.

D'autres fois, le trouble des organes digestifs se traduit par un état de constipation, et de la rougeur de la langue, à l'occasion, par de petites ulcérations aphteuses en grand nombre dans la bouche, ou par le rejet en grande quantité, à chaque effort de vomissement, d'un mucus mousseux.

Avant de quitter le sujet des complications de la coqueluche, je dois vous signaler le rapport qui paraît exister entre elle et deux des *fièvres éruptives*, savoir : la *rougeole*, et la *petite vérole volante* (*chicken-pox*). Quelques écrivains ont pensé, il est vrai, qu'il n'y avait entre ces maladies d'autre relation que celle de leur association fortuite; mais mon expérience personnelle me porterait à adopter l'opinion contraire, qui est également celle de plusieurs autorités médicales. Je ne puis, il est vrai, rapporter à ce sujet un nombre d'observations suffisant pour mettre le fait hors de doute, mais je crois que l'apparition d'une de ces maladies, pendant que l'autre règne épidémiquement, augmente la disposition de l'enfant à contracter la maladie épidémique, et je crois aussi l'exacerbation de la fièvre propre à la coqueluche et l'apparition d'un état maladif plus sérieux que ne paraissent le comporter les symptômes locaux sont, bien probablement, dues à l'imminence soit de la rougeole soit de la variole. Comme d'autres affections fébriles et inflammatoires, la rougeole et la petite vérole volante produisent souvent une diminution dans les paroxysmes de la coqueluche et quelquefois déterminent la guérison complète.

En ceci, pourtant, rien n'est constant, car souvent la coqueluche ne paraît pas le moins du monde modifiée dans ses caractères par l'apparition d'une autre maladie; tandis que, d'un autre côté, la complication ajoute quelquefois au désordre existant dans la poitrine, et augmente les souffrances du malade et les dangers qu'il court.

Bien qu'il y ait de nombreux points d'analogie entre la coqueluche et quelques-uns des exanthèmes, pourtant, les différences entre ces affections ne se montrent sous aucun rapport d'une manière aussi apparente que dans la durée incertaine de la première, dans les exacerbations qui surviennent pendant sa durée, soit sans causes, soit sous l'influence de causes très légères, et dans les rechutes réelles qui se produisent quelquefois après une guérison apparente. C'est une difficulté, dans une maladie aussi longue que la coqueluche, de tenter d'estimer, même approximativement, sa véritable durée. Dans vingt-cinq cas, pourtant, j'ai été à même de surveiller les malades depuis le moment où, pour la première fois, la toux prit le caractère paroxystique, et où la reprise se fit entendre, jusqu'à la cessation définitive de la toux. D'après ce petit nombre d'observations, je serais disposé à évaluer la moyenne de la durée à dix semaines sur lesquelles presque deux semaines répondent

au catarrhe initial, quatre à la toux avec reprise caractéristique, après quoi la toux continue, pendant un temps à peu près égal, à se répéter de temps à autre, perdant peu à peu son caractère paroxystique (1), bien que l'impression du froid puisse suffire, ainsi que la cause la plus insignifiante, à ramener la reprise et à rendre aux quintes de toux leur première intensité. Aussi longtemps qu'il y a de la toux, même très rare dans ses retours, et bien qu'elle ait entièrement cessé pendant plusieurs semaines, le malade ne peut pas être regardé comme entièrement guéri, attendu que l'omission des précautions hygiéniques convenables peut étendre la durée de la maladie à trois ou quatre mois. J'ai, dans plusieurs occasions, traité de la coqueluche, pendant le printemps, des enfants chez lesquels la reprise avait disparu, et la toux presque cessé, pendant les chaleurs de l'été, mais s'était reproduite à l'approche de l'automne à peu près avec la même intensité. Dans d'autres cas, la coqueluche contractée au commencement de l'automne s'est reproduite pendant les vents froids du mois de mars, ou une attaque accidentelle de catarrhe a été suivie de la reproduction de tous les signes de la maladie sous une forme grave. Les rechutes de la coqueluche se produisent souvent avec une très grande intensité, les quintes étant très fréquentes, et la reprise très bruyante et répétée; mais si on les traite convenablement, elles cèdent bien plus facilement que la première atteinte de la maladie.

Une véritable reproduction de la coqueluche chez le même sujet, après sa guérison complète, est au moins aussi rare que celle de la petite vérole ou de la rougeole. Je n'ai vu qu'une fois la coqueluche se reproduire chez la même personne. Le sujet de cette observation était une petite fille âgée de sept ans, qui, à l'âge de trois, avait eu une coqueluche très intense, laquelle avait duré plusieurs semaines avec de fréquentes quintes, une reprise bien éclatante, et souvent répétée. En mars 1845, pendant une épidémie de coqueluche, elle eut une récurrence très sévère de cette maladie qui dura jusqu'à la fin de juin.

Causes. — Il ne nous reste plus pour compléter l'histoire de la coqueluche qu'à signaler brièvement les circonstances au milieu desquelles elle survient. Elle est essentiellement une maladie de l'enfance; peu d'enfants y échappent, et plus de la moitié des cas ont lieu avant la troisième année révolue. Après cinq ans sa fréquence diminue, et après dix, elle devient si rare que sur 1,367 cas où j'ai noté l'âge des malades, je n'en

(1) L'appréciation de la durée de la période catarrhale est déduite de 55 cas, et en moyenne est de 12 jours. Dans 25 cas, où on nota la durée totale de la toux depuis l'apparition de la reprise, elle fut de 8 semaines, 11 fois, ou à peu près dans la moitié des cas, et dans les 14 autres elle varia entre 14 et 12 semaines.

ai trouvé que 11 qui eussent plus de dix ans (1). Le sexe aussi bien que l'âge paraît exercer une grande influence sur la production de la maladie; et comme c'est le cas pour un grand nombre de troubles non inflammatoires du système nerveux, les filles en sont atteintes dans une proportion beaucoup plus grande que les garçons. Sur 100 coqueluches à l'infirmerie des enfants, 55,3 0/0 eurent lieu chez les filles, 44,7 seulement chez des garçons, bien que le nombre des premières par rapport à celui des derniers ne fût dans cet établissement que comme 50,2 est à 49,8.

L'âge et le sexe exercent une influence sur la mortalité dans la maladie, aussi bien que sur sa fréquence, l'une et l'autre étant plus grandes dans la première enfance, bien que la coqueluche ne paraisse pas être aussi formidable avant le commencement de la dentition qu'elle l'est pendant l'accomplissement de l'évolution dentaire. Les filles sont non seulement plus aptes à contracter cette affection, mais chez elles celle-ci devient plus souvent mortelle que chez les garçons dans la proportion de 3 à 2 (2).

La coqueluche est une maladie de tous les climats, et bien qu'elle soit plus fréquente dans les mois froids, cependant ses épidémies éclatent dans presque toutes les saisons. L'épidémie de 1841 et 1842 atteignit son acmé dans les mois de décembre et de janvier, tandis qu'en 1845 les cas

(1) Sur les 1,367 cas ci-dessus

41,2 0/0	survinrent pendant les	2 premières années.
56,7	—	3 —
82,9	—	5 —
98,4	—	10 —

La table ci-dessous contient la proportion de ces cas de coqueluche sur 14,440 cas de maladies de toute sorte aux mêmes âges, qui existèrent pendant la même période à l'infirmerie des enfants. Les cas de coqueluche formèrent :

8,4 0/0 de tous les cas qui survinrent au-dessous de 6 mois.

10,5	—	de 6 mois à 12 —
10,3	—	12 — 18 —
9,3	—	12 — 2 ans.
12,2	—	2 ans à 3 —
14,6	—	— 4 —
13,2	—	4 — 5 —
11,2	—	au-dessous de 5 —
7,2	—	de 5 ans à 10 —
0,8	—	10 — 15 —

(2) La table ci-dessous montre à quel âge est survenue la mort dans 35 cas :

0 au-dessous de 6 mois.	6 entre 4 ans et 5 ans.
5 entre 6 mois et 1 an.	1 — 4 — 6 —
6 — 1 an et 2 ans.	3 — 6 — 7 —
8 — 2 ans et 3 —	1 — 7 — 8 —
4 — 3 — 4 —	1 — 10 — 11 —

Ce résultat se rapproche beaucoup de celui du cinquième rapport du *Registrar general*,

de coqueluche furent de beaucoup plus nombreux dans les mois de juin et de juillet que dans toute autre partie de l'année. Si l'apparition d'une épidémie est peu influencée par la saison, rarement, si ce n'est jamais, celle-ci a lieu soudainement et sans aucun avant-coureur. Quelquefois, comme je l'ai déjà mentionné, elle succède à une épidémie de rougeole, mais plus souvent encore elle se montre consécutive au catarrhe à l'état de maladie régnante, et dans le cours duquel la toux prend graduellement le caractère paroxystique, pour revêtir à la fin les caractères complets de la coqueluche. De même, une épidémie de coqueluche se transforme quelquefois en des cas de catarrhe simple; les signes du trouble nerveux disparaissent pour faire place à ceux d'une simple irritation bronchique.

La question de savoir si la coqueluche est une maladie contagieuse a depuis longtemps été résolue par une réponse affirmative. Pendant combien de temps conserve-t-elle cette propriété? c'est un point sur lequel il n'est pas facile de faire une réponse très précise; mais, aussi longtemps qu'un enfant qui a eu la coqueluche continue à tousser, ne fût-ce qu'une ou deux fois par jour, je ne suis pas disposé à le laisser retourner dans la compagnie d'autres enfants qui n'ont pas eu déjà la maladie. Tous les enfants ne sont pas également disposés à la contagion; et les petits enfants au-dessous de six mois paraissent particulièrement peu aptes à contracter la maladie soit par le contact avec d'autres enfants, soit par la transmission atmosphérique. Si on les tient avec soin à l'écart, les enfants très jeunes échapperont très souvent, pendant la force de l'épidémie, à la coqueluche; et presque dans la moitié des cas que j'ai vus, chez des enfants au-dessous de six mois, d'autres enfants de la famille avaient eu la maladie, pendant une semaine ou dix jours, avant que chez les tout petits parussent les premiers symptômes.

Lésions anatomiques. — Peut-être attendez-vous qu'avant de passer au traitement de la coqueluche, je vous dise quelque chose des lésions auxquelles elle donne lieu, ainsi que de sa véritable nature. Je ne connais aucune lésion spéciale à cette maladie, et je ne crois pas que l'on gagnât grand'chose par une disquisition sur son siège, ou sur la

d'où il résulte que les morts par coqueluche, à Londres, furent à celles par toutes les autres causes dans la proportion de :

5,6 0/0	au-dessous de 1 an.
10,6 —	entre 1 et 3 ans.
10,2 —	— 3 — 5 —
5,0 —	— 5 — 10 —
0,8 —	— 10 — 61 —

Des 35 cas que j'ai observés, 21 eurent lieu chez des filles, 14 seulement chez des garçons; et au-dessous de 10 ans, la mortalité par coqueluche est à la mortalité totale au même âge, à Londres, de 8,9 0/0 chez les filles et 6,1 chez les garçons.

cause intime de ses symptômes. C'est par les poumons ou par le cerveau que survient la mort dans presque tous les cas de coqueluche mortels; et presque toutes les lésions anatomiques ayant de l'importance se trouvent dans l'un ou dans l'autre de ces organes. On trouve souvent les vaisseaux du cerveau et de ses membranes gorgés de sang; bien que dans les cas mêmes où la mort est survenue au milieu des convulsions, ou dans un état comateux, ces lésions soient souvent beaucoup moins marquées qu'on n'aurait pu l'attendre, et manquent même quelquefois complètement. Le ramollissement de la substance cérébrale, ou d'autres traces d'un travail inflammatoire, se rencontrent très rarement; l'augmentation de vascularité de l'organe, quelquefois avec une petite quantité de liquide épanché dans les ventricules, étant à peu près les seules lésions morbides de l'encéphale.

On trouve rarement les poumons intacts, mais ils ne présentent aucune modification de structure que l'on puisse regarder comme caractéristique de la coqueluche. La membrane muqueuse des bronches est généralement injectée, quelquefois d'un rouge intense, en même temps qu'une abondante sécrétion d'un mucus épais occupe la cavité des voies aériennes et que leur calibre est très augmenté; cette dilatation des bronches, qui est quelquefois très remarquable, provient de leur inflammation, exactement comme elle se produit dans la bronchite, et n'est pas due, comme on l'a supposé à tort, à la violence des efforts inspiratoires de l'enfant. L'emphysème pulmonaire, qu'on observe également dans beaucoup des cas de coqueluche terminés par la mort, a été également rapporté aux efforts faits pour pratiquer l'inspiration. MM. Rilliet et Barthez (1) ont pourtant fait observer que la prétendue violence des efforts inspiratoires pendant la coqueluche est une supposition tout à fait erronée; car les efforts faits pendant un paroxysme appartiennent à l'expiration, sont expirateurs, le poumon, pendant une quinte intense, se vidant complètement d'air; tandis que, pendant les efforts inspiratoires qui succèdent, l'air, d'abord, ne dépasse pas les grosses bronches, et est longtemps avant de pénétrer jusque dans les vésicules pulmonaires. L'objection faite par ces messieurs à la théorie qui explique par l'inspiration la production de l'emphysème, dans le cas d'une coqueluche sans complication, est, je crois, irréfutable. Le fait de la présence de cette lésion anatomique, et même à un très haut degré, dans les poumons d'enfants qui ont succombé à la coqueluche, sans autre maladie des organes respiratoires, n'en persiste pas moins. La théorie de l'expiration s'applique supérieurement aux cas de cette nature (2); car, pendant les efforts expiratoires violents, avec la glotte fermée, qui caractérisent

(1) *Loc. cit.*, 2^e édit., t. II, p. 131.

(2) Voyez l'exposition faite par sir Jenner de cette théorie dans le XL^e vol. des *Medico-chirurgical transactions*.

une quinte de toux, l'air est poussé avec force en haut et vers la circonférence des poumons, en d'autres termes, précisément vers les parties qui sont le moins comprimées, et que l'observation montre comme le siège de prédilection de l'emphysème. Dans les autres cas de coqueluche où se produit un collapsus étendu du poumon, l'emphysème se produit d'une façon tout à fait opposée, sur laquelle je n'ai pas besoin de m'étendre, puisque je l'ai expliquée tout au long dans une précédente leçon (1). Je puis, toutefois, faire observer que si les efforts d'expiration violents, si caractéristiques de la coqueluche, tendent dans un sens à produire l'emphysème, dans un autre ils exercent une influence puissante sur la production du collapsus du poumon ; et peu de cas de coqueluche se termineront par la mort sans que vous ne trouviez, après celle-ci, une plus ou moins grande étendue de l'organe dans cet état. Le poumon peut être simplement affaissé, reprenant toutes ses qualités par l'insufflation ; ou bien, les bronches peuvent avoir été le siège d'une inflammation et se trouver plus ou moins remplies d'un mucus puriforme, alors que les caractères de la bronchite vésiculeuse viennent s'ajouter à ceux d'un simple collapsus, ou de la carnification, et que l'air pénètre très imparfaitement dans l'organe, ou même pas du tout. Il n'est pas nécessaire de décrire de nouveau les autres altérations qui peuvent se produire dans un poumon carnifié, et qui se terminent par l'infiltration de pus dans son tissu, ou par la formation de vomiques, puisque je l'ai déjà fait si minutieusement (2). Je ne m'appesantis pas sur les autres

(1) Leçon XX.

(2) Il ne serait pas juste d'abandonner ce sujet sans appeler l'attention du lecteur sur l'excellente explication du collapsus ou carnification du poumon, contenue dans le travail de sir J. Alderson sur la pathologie de la coqueluche, publié en 1830 dans le vol. XVI des *Medico-chirurgical transactions*. Dans cette publication il ne décrit pas seulement, d'une manière très correcte, les caractères anatomiques de cette altération, que les auteurs antérieurs avaient simplement indiqués, mais il en parle comme d'un état différent de la pneumonie, ce que MM. Ruz et Gerhard firent quatre ans plus tard, et il propose, aussi, une explication de son mode de production, que les recherches récentes de MM. Bailly et Legendre montrent comme très voisine de la vérité.

Il peut être bon de citer deux passages de ce travail : « Dans bien d'autres cas, j'ai invariablement trouvé les mêmes lésions, sans complication d'aucune pleurésie évidente. Dans les régions inférieures et postérieures des poumons, le tissu était devenu très ferme et très dense ; les parties qui étaient le siège de ce changement étaient exactement limitées par les cloisons : d'une couleur rouge sombre, privées d'air, tombant à l'instant au fond de l'eau, et n'éprouvant aucun changement sous un jet d'eau. Les lobules étaient plus denses que dans les poumons hépatisés, et la membrane cellulaire qui les sépare, conservant sa structure naturelle, donnait au toucher la sensation qu'on éprouve en touchant le pancréas. » — «..... Je considère que les lésions décrites diffèrent de celles de la péripneumonie. Dans la coqueluche, le poumon est toujours dense et contracté comme si l'air en avait été chassé, ou comme si, par la production d'une matière adhésive, les parois des cellules avaient été agglutinées ensemble, tandis que dans la pneumonie le poumon est moins dense que dans la coqueluche et est devenu plus volumineux qu'à l'état normal. »

lésions qu'on trouve dans la poitrine, que l'on rencontre beaucoup moins souvent, et qui n'ont qu'un rapport tout à fait accidentel avec la coqueluche ; mais je dois mentionner un état morbide qu'on dit avoir souvent trouvé, et qui est de la plus grande importance, puisqu'il a servi de base à une théorie de la maladie. Différents observateurs ont trouvé les nerfs pneumo-gastriques plus rouges qu'à l'état normal, dans quelques cas gonflés et ramollis ; altérations qui semblaient signifier qu'ils avaient été le siège d'un travail inflammatoire.

Les observateurs mêmes qui ont noté cet état paraissent, toutefois, ne l'avoir rencontré que rarement, tandis que d'autres ont examiné un grand nombre de cas sans le constater. — Le professeur Albers, de Bonn (1), rapporte qu'ayant examiné les cadavres de 47 enfants morts de la coqueluche, il trouva 43 fois les nerfs vagues parfaitement sains. Dans trois cas le pneumogastrique droit, et dans un le gauche, étaient légèrement rouges ; mais cette rougeur répondait au côté sur lequel le cadavre avait reposé, et ne différait en rien de ce qu'on observe dans les cadavres de personnes pléthoriques, ou de celles qui sont mortes du typhus. Sur 24 autopsies d'enfants morts de coqueluche, il ne m'est arrivé qu'une fois d'observer une altération du nerf vague, bien que chaque fois mon attention ait été dirigée vers ce point. Dans ce cas, les deux nerfs paraissaient certainement plus rouges qu'à l'état normal, sans présenter d'ailleurs aucune autre altération. Nous sommes, je pense, autorisés à conclure qu'une altération qui manque aussi souvent ne peut être d'une grande importance, qu'elle est probablement une altération produite *post mortem*, et que certainement elle ne saurait servir de base à aucune hypothèse particulière sur la nature de la maladie.

[M. N. Guéneau de Mussy, dans une communication qui a éveillé l'intérêt de l'Académie, a émis et soutenu cette opinion que les quintes de toux de la coqueluche étaient dues à la compression des pneumo-gastriques, par les ganglions bronchiques hypertrophiés secondairement à l'affection des bronches. Dans les recherches que j'ai faites à l'hôpital des Enfants il m'a été donné de voir cette opinion confirmée dans certains cas, tandis qu'il en était tout autrement dans d'autres, mais il est vrai qu'à l'autopsie des enfants qui ont eu une toux coqueluchoïde et succombant à la phthisie on trouve très souvent des ganglions hypertrophiés comprenant les nerfs vagues.]

Je me suis efforcé de décrire les symptômes de cette maladie, de vous faire connaître les circonstances dans lesquelles elle survient, la marche qu'elle suit, et les principaux dangers qui menacent l'enfant pendant qu'il en est atteint. Il nous reste maintenant à examiner quel est le traitement le plus propre à amoindrir sa gravité et à prévenir ou diminuer les dangers qui l'accompagnent.

(1) Cité par Aberle, de *Tussi convulsiva*, in-8°, p. 35, 1843.