

## XX. — DIPHTHÉRIE (MAL ÉGYPTIAQUE).

MESSIEURS,

Depuis plusieurs années, les rapports envoyés à l'Académie de médecine, les communications adressées aux différents journaux scientifiques, signalent des épidémies meurtrières de diphtérie sévissant sur divers points de la France, n'épargnant pas plus les départements du midi que ceux du centre, du nord, de l'ouest et de l'est. Ces épidémies règnent également dans les pays étrangers : en Angleterre, où, depuis soixante ans, il en était à peine question; en Amérique, en Allemagne, dans la péninsule espagnole. L'attention du public et celle des médecins sont plus que jamais éveillées sur ce redoutable fléau. Les faits qui, dans ces derniers temps, se sont multipliés dans le service de la Clinique, me mettent en demeure de vous exposer mes idées sur cet important sujet, et c'est un devoir pour moi de vous les communiquer. Je veux donc, dans une série de leçons, vous parler de cette maladie, l'une des plus graves qui désolent l'humanité. Je n'épuiserai pas la matière, j'insisterai seulement d'une façon toute spéciale sur les points les plus pratiques de la question, en prenant, autant que possible, pour exemples, les malades que nous aurons observés ensemble. Vous ne vous attendez cependant pas, messieurs, à ce que je reproduise ici, ni même à ce que je vous donne le résumé des nombreuses observations qui ont été recueillies sous vos yeux : en les mettant toutes à profit chemin faisant, en appuyant mes propositions sur d'autres faits tirés de ma pratique particulière, en m'autorisant de l'expérience de mes confrères et de celle des différents auteurs qui ont écrit sur cette maladie, je serai sobre de longues histoires, ne citant que juste ce qu'il nous faudra pour mieux vous faire comprendre ce que je vous dirai. J'insisterai aussi, messieurs, sur la nécessité d'un traitement dont, aujourd'hui, on voudrait contester même l'utilité : je combattrai cette déplorable tendance à s'écarter de la vraie route suivie jusqu'à ce jour par des observateurs du premier mérite.

La diphtérie est une maladie spécifique par excellence, contagieuse de sa nature, dont les manifestations se font du côté des membranes muqueuses et du côté de la peau, présentant là comme ici les mêmes caractères. Je dis que les manifestations se font du côté de la peau et des membranes muqueuses, parce qu'en effet la diphtérie a cela de commun avec certaines maladies spécifiques et contagieuses, comme les fièvres éruptives, comme la syphilis, mais avec cette différence, toutefois, qu'elle

ne frappe le tégument externe qu'à la condition qu'il sera dénudé de son épiderme. Cependant la maladie que nous étudions montre une préférence marquée pour le pharynx, pour les canaux aériens, le larynx surtout, constituant les affections communément connues sous les dénominations d'*angine couenneuse*, d'*angine maligne*, désignées autrefois sous les noms de *maux de gorge gangréneux*, d'*angine suffocante*, et appelées plus particulièrement maintenant *croup* lorsque l'angine occupe le larynx. Il est fréquent encore de voir la diphtérie envahir la membrane muqueuse nasale, la membrane muqueuse buccale, le vagin, le prépuce, le gland. De toutes ces formes, pharyngienne et laryngée, nasale et buccale, vaginale et anale, cutanée, la première est de beaucoup la plus commune. Dans certaines épidémies, c'est celle qu'elle revêt presque exclusivement, tuant alors les malades par sa propagation au larynx et à la trachée, par le croup, bien différente de la diphtérie maligne qui les tue par une sorte d'empoisonnement général, à la façon des maladies septiques et pestilentielles. C'est cette première forme sur laquelle l'attention des observateurs a été de tout temps plus particulièrement appelée, parce qu'elle est la plus commune; c'est celle qu'ont décrite les auteurs des siècles passés, et qui a servi de type au *Traité de la diphtérie* de Bretonneau<sup>1</sup>; c'est par elle aussi que nous commencerons l'étude que nous allons entreprendre.

## ANGINE DIPHTHÉRIQUE ET CROUP (DIPHTHÉRIE PHARYNGIENNE ET LARYNGIENNE).

S'observe dans tous les climats en toutes saisons. — Attaque principalement les enfants. — Son mode de propagation. — Engorgements ganglionnaires. — La coloration, l'odeur des fausses membranes simulant la gangrène. — Sa propagation au larynx. — Croup. — Intermittence des symptômes. — Elle tue généralement, quand on n'arrête pas les progrès de l'affection.

Un jeune garçon de quatre ans fut pris au milieu de sa plus belle santé, d'accidents du côté de la gorge qui, au premier abord, présentaient assez peu de gravité pour ne pas alarmer sa famille. Depuis un ou deux jours, on s'apercevait qu'il pâlisait, qu'il était plus triste qu'à l'ordinaire, et restait plus indifférent à ses jeux habituels; il toussait un peu, mais il était sans fièvre, et, bien qu'il mangeât avec moins d'appétit, il restait levé toute la journée. Le hasard seul fit découvrir la maladie dont il était atteint. Le médecin de la maison, appelé pour donner des soins à un

1. Bretonneau, *Recherches sur l'inflammation spéciale du tissu muqueux, et en particulier sur la diphtérie, angine maligne ou croup épidémique*, Paris, 1826.

autre enfant affecté de vertiges épileptiformes, fut, par occasion, consulté pour le premier. Il fut frappé de cette pâleur de la peau et s'aperçut d'un léger gonflement de la région sous-maxillaire; constatant alors l'existence des ganglions tuméfiés, il examina la gorge, et trouva une rougeur vive sur le pharynx, sur les amygdales, qui étaient augmentées de volume, et dont l'une, la droite, était recouverte d'une plaque grisâtre assez épaisse. Il jugea aussitôt qu'il avait affaire à une angine diphthérique, et, séance tenante, il cautérisa vigoureusement la partie malade avec le crayon de nitrate d'argent, en ayant soin de détacher la fausse membrane à l'aide de la pierre. La cautérisation fut répétée le soir même, puis le lendemain, matin et soir, et, dans l'intervalle des cautérisations, le médecin fit et fit faire, plusieurs fois par jour, des insufflations avec la poudre d'alun. Suivant sa recommandation expresse, le petit malade fut alimenté, et prit, en outre, une mixture tonique dont le vin de quinquina formait la base. Le mal s'arrêta là : la pâleur générale subsista cependant encore quelque temps, et bientôt survint une paralysie du voile du palais. L'enfant fut emmené à la campagne, d'où il revint en parfait état après un séjour de six semaines.

C'est là, messieurs un exemple d'angine pharyngée diphthérique; de diphthérie pharyngienne ordinaire. Le début insidieux de la maladie, le peu d'intensité des phénomènes généraux, l'absence du mouvement fébrile au moment où le médecin constata les accidents, la tristesse de l'enfant, la pâleur des téguments, la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, enfin la présence sur l'amygdale droite de l'exsudation pseudo-membraneuse caractéristique, légitimaient surabondamment ce diagnostic. La paralysie du voile du palais qui survint à quelques jours de là le confirmait encore, et je ne doute pas que le traitement énergique appliqué dès le début n'ait arrêté court le mal, qui, en s'étendant de proche en proche, aurait pu gagner le larynx et produire le croup.

Cette angine pharyngienne diphthérique se rencontre dans toutes les saisons, sous tous les climats, et ce n'est pas sans un certain étonnement que j'ai lu quelque part que cette maladie s'observait surtout dans les pays du Nord, dans les climats froids et humides, qu'elle était presque inconnue dans le midi de la France et de l'Italie. Il faut que celui qui a émis cette singulière idée ait de bien faibles notions de l'histoire de la médecine pour ignorer que le mal décrit par Arétée, et qui n'est autre que l'angine pseudo-membraneuse, était endémique en Égypte et en Syrie, d'où le nom d'*ulcère égyptique* et *syriaque* qu'on lui avait donné à une époque plus contemporaine d'Homère que d'Hippocrate, suivant la remar-

1. En opposition avec cette proposition, nous rappellerons qu'un auteur du siècle dernier, Wedel, écrivait que l'angine diphthérique, qu'il appelait *angina infantilis contagiosa*, était plus fréquente en Italie que dans le nord de l'Europe : « *In Italia frequentior quam apud Boreales Europæos.* » (*De morb. infant.*, cap. xx, p. 77.)

que de Bretonneau; pour ignorer aussi que Carnevale, Nola et Sgambati nous ont laissé les relations des épidémies du *morbus strangulatorius*, qui régnaient en Italie au commencement du xvii<sup>e</sup> siècle, tandis que Villaréal, Fontecha, Nuñez, Herrera, de Heredia, Mercatus, Tamajo, en observaient à la même époque en Espagne. Aujourd'hui encore nous voyons ces mêmes maux de gorge sévir, comme je vous l'ai dit, par toute la France. Ce qui n'empêche pas, il est vrai, que, sous la même latitude, la diphthérie pharyngé-trachéale ne se développe plutôt dans la saison où les affections catarrhales sont le plus communes.

La diphthérie n'épargne aucun âge de la vie, cependant elle attaque principalement les jeunes sujets, et plus ordinairement ceux entre l'âge de trois à cinq et six ans.

Elle débute par une rougeur plus ou moins vive du pharynx, par un gonflement des amygdales, mais plus souvent d'une seule; on voit bientôt apparaître sur l'organe affecté une tache blanchâtre très-nettement circonscrite, formée d'abord par une couche ressemblant à du mucus coagulé, demi-transparent, qui se concrète, s'épaissit et prend très-rapidement une consistance membraneuse. Cette exsudation, dans les premiers moments de sa formation, se détache facilement de la surface à laquelle elle n'adhère que par les filaments très-déliés, qui pénètrent dans les follicules mucipares.

La membrane muqueuse au-dessous est parfaitement saine, à cela près de la destruction de l'épithélium; si elle paraît quelquefois creusée, c'est qu'autour de l'exsudation elle est tuméfiée et forme une sorte de bourrelet. L'ulcération est un fait exceptionnel. Généralement, je le répète, la membrane muqueuse est intacte, ou du moins ne présente d'autre altération qu'une vascularisation plus prononcée. En détachant avec précaution la fausse membrane, on l'enlève sans amener le plus petit suintement de sang; de plus on a pu constater, à l'aide du microscope, que souvent elle présentait sur sa face adhérente l'épithélium de la membrane muqueuse avec ses cils vibratiles intacts.

Après quelques heures, la *pseudo-membrane*, plus saillante, convexe vers son centre, amincie sur ses bords, s'est agrandie; elle recouvre en grande partie l'amygdale; de plus en plus adhérente sur les points primitivement envahis, elle a pris une teinte d'un blanc jaunâtre. Cette teinte peut varier du blanc jaunâtre au jaune foncé, au gris et même au noir. Ordinairement alors le voile du palais commence à s'enflammer, la luette se tuméfie; après quelques heures encore, après une journée, le côté de la luette correspondant à l'amygdale couverte de la pseudo-membrane se recouvre lui-même d'une exsudation de même couleur. Souvent vingt-quatre ou trente six heures ne se sont pas écoulées, que la luette tout entière en est enveloppée comme d'un doigt de gant. En même temps, sur l'autre amygdale, est apparue une tache de même nature et qui ne tar-

dera pas à la couvrir tout entière. Le fond du pharynx commençant à se tapisser des deux côtés, on aperçoit tantôt des stries longitudinales, longues, étroites, d'un rouge foncé, sur le milieu desquelles se forme une bandelette de matières concrètes, tantôt des espèces de plaques pseudo-membraneuses, qui finissent par se réunir. Dès lors, quand l'enfant est docile et se prête facilement à l'examen, quand on peut parfaitement abaisser la langue, on voit la luette, les deux piliers du voile du palais, les deux amygdales et le fond du pharynx complètement recouverts de cet enduit que je viens de décrire. Lorsque, avec une pince, on essaye de détacher ces fausses membranes, on peut en arracher des lambeaux plus ou moins larges; nous en avons ainsi enlevé qui, ayant enveloppé la luette, avaient la forme d'un dé à coudre.

Généralement, dès le début, les ganglions lymphatiques de l'angle de la mâchoire, ceux par conséquent qui correspondent à l'amygdale la première malade, se sont engorgés. C'est là, messieurs, un phénomène à peu près invariable, qui ne manque pas une fois sur dix : son importance est donc considérable; elle l'est d'autant plus, que l'angine couenneuse commune, maladie qui n'a ordinairement aucune espèce de gravité, mais que l'on peut confondre avec celle dont nous nous occupons, cet engorgement ganglionnaire manque assez souvent, ou, s'il existe, c'est à un degré beaucoup moindre que dans la diphthérie pharyngienne.

Lors de l'invasion du mal, la fièvre est assez vive, mais elle tombe dès le second jour, et finit par être nulle le lendemain ou le surlendemain; le malade n'éprouve qu'un peu de malaise qui se traduit par de l'abattement, de la tristesse, une certaine faiblesse; or, comme la seule chose qu'il accuse quelquefois est une gêne, souvent légère encore, dans la déglutition, le début de la maladie est ordinairement peu alarmant.

Abandonnée à elle-même, elle reste pendant trois, quatre, cinq, six jours, bornée au pharynx : plus les individus sont avancés en âge, plus aussi elle met de temps à se développer, à envahir progressivement les parties accessibles à la vue. S'il en est ainsi, si chez les enfants les pseudo-membranes se forment plus rapidement que chez les adultes, cela dépend peut-être de ce que, chez les premiers, le sang est plus plastique que chez les seconds : toujours est-il que chez l'enfant de trois, quatre, cinq, six ans, les deux amygdales et la partie postérieure du pharynx peuvent être recouvertes de concrétions diphthériques dans l'espace de trente-six à quarante-huit heures; chez l'adulte et chez le vieillard à plus forte raison il faut quelquefois cinq, six, sept, huit jours pour que toutes les parties soient envahies.

Chez les malades qui se prêtent à l'examen de façon que l'on puisse examiner tout le pharynx, on voit les fausses membranes s'épaissir chaque jour par l'addition de nouvelles couches qui se forment au-dessous de celles qui s'étaient primitivement développées; ces divers plans prennent

une disposition stratifiée. Les concrétions pseudo-membraneuses les plus superficielles se ramollissent et se déchirent facilement. Altérées dans leur coloration par les matières alimentaires, par les boissons, par les matières des vomissements, par les substances médicamenteuses prises par le malade, par du sang venu du pharynx ou des arrières-cavités des fosses nasales, ces plaques couenneuses deviennent grisâtres, noirâtres, et ressemblent à un détritit gangréneux; l'illusion est d'autant plus facile que, dans ces conditions, les pseudo-membranes se putréfiant exhalent une odeur d'une fétidité repoussante. C'est ce qui a eu lieu, vous vous le rappelez, messieurs, chez une jeune fille de douze ans que nous observions dernièrement à la salle Saint-Bernard. Son haleine avait une odeur gangréneuse insupportable, et lorsqu'à l'aide d'un pinceau de charpie, nous enlevions le détritit qui recouvrait les amygdales et le voile du palais, nous le trouvions constitué par une matière grisâtre qui en imposait complètement pour des détritits gangréneux : cependant c'étaient si peu des détritits gangréneux, que, lorsque plus tard les surfaces malades se furent nettoyées, la membrane muqueuse, que les fausses membranes recouvraient peu de temps auparavant, apparaissait rouge, à peine excoriée, mais ne présentait aucune trace de gangrène.

Cette apparence de gangrène que revêt la production diphthérique est un point assez important de la question pour que nous nous y arrétions un instant. Elle nous explique comment, pendant longtemps, on a pu confondre l'angine diphthérique avec l'angine gangréneuse, et lui donner les noms d'*angine*, de *mal de gorge gangréneux*, dénominations que quelques médecins lui conservent encore aujourd'hui.

Quand on étudie l'angine diphthérique chez l'enfant, quand on la compare avec ce qui se passe chez l'adulte, on voit que presque jamais, chez le premier, le mal n'a l'aspect gangréneux qu'on observe, au contraire, très-communément chez le second. En concluons-nous que la gangrène existe réellement dans la diphthérie de l'adulte? Non; il n'y en a ici que les apparences; pas plus chez l'adulte que chez l'enfant, il n'y a véritablement gangrène, si ce n'est en quelques cas excessivement rares, assez rares pour que, dans le cours de ma carrière médicale, je n'en aie encore rencontré que trois exemples. Mais, j'en conviendrai, il est bien difficile de n'y pas croire. Encore aujourd'hui, bien que je n'aie vu que très-rarement la gangrène se produire dans ces cas, bien que je sache que lorsque la guérison aura lieu, ou que lorsqu'à l'autopsie, j'aurai les pièces pathologiques dans la main, je constaterai à merveille que les amygdales, que les membranes muqueuses ne présenteront aucune trace de sphacèle, que je ne trouverai rien que quelques petites excoriations, et même que ces petites excoriations manqueront souvent, il m'est néanmoins impossible de me défendre, au premier abord, de l'idée de gangrène. Chez notre jeune fille de la salle Saint-Bernard, j'étais bien certain que cette

gangrène n'existait pas, tous vous en étiez certains comme moi, et pourtant, frappés de l'horrible fétidité de l'haleine, voyant cette bouillie grisâtre qui recouvrait les deux amygdales, nous ne pouvions nous défendre de penser à la mortification de la membrane muqueuse, au sphacèle du tissu cellulaire sous-jacent, à une destruction plus profonde encore.

Voilà pourquoi, messieurs, on a confondu l'angine diphthérique avec l'angine gangréneuse; voilà pourquoi certains médecins confondent encore ces deux maladies; pourquoi, dans les relations d'épidémies d'angine croupale, vous entendrez souvent encore parler de *maux de gorge gangréneux*, alors qu'on n'aura eu affaire qu'à des affections pelliculaires ou pseudo-membraneuses.

Encore un mot relativement au mode de circonscription des exsudations couenneuses dans les points sur lesquels elles se sont développées. Tantôt elles sont entourées d'un liséré d'un rouge vif; tantôt elles ne paraissent point cernées, et, ainsi que je vous l'ai dit en commençant, en s'amincissant sur ses bords, la concrétion pseudo-membraneuse, s'étale sur les parties environnantes.

Si la diphthérie pharyngienne abandonnée à elle-même peut rester bornée au pharynx, ainsi que Bretonneau lui-même en a cité des exemples, ainsi qu'on peut l'observer assez souvent dans certaines épidémies, le plus habituellement elle va se propageant. En quelques cas elle gagne l'œsophage et arrive jusqu'au cardia. L'illustre médecin de Tours en rapporté deux exemples, Borsieri en avait signalé de semblables; mais presque invariablement elle envahit le larynx, la trachée, et constitue le *croup*. C'est là la marche ordinaire; c'est la terminaison la plus commune de la diphthérie. Nous voyons, en effet, bien plus d'individus atteints de cette maladie mourir du croup que nous n'en voyons succomber à ces angines malignes dont je vous parlerai plus loin, qui tuent à la façon des maladies septiques.

Cette propagation de l'affection diphthérique au larynx avait été depuis longtemps parfaitement vue. Arétée la signale déjà dans son chapitre *De tonsillarum ulceribus*, où vous trouverez la première mention que nous ayons de l'angine couenneuse, qu'il désigne sous le nom d'*ulcera pestifera*, en rappelant les dénominations d'*ulcère égyptique*, *syriaque*, sous lesquelles on la désignait alors. Lisez les relations des épidémies consignées dans les annales de la médecine, vous verrez que non-seulement cette propagation de la maladie au larynx était parfaitement connue, mais qu'encore elle occupait plus spécialement l'attention des médecins. Quel que soit le nom qu'on lui donne, l'affection laryngo-trachéale est indiquée comme la cause de la mort, presque nulle part il n'est question de la forme maligne à laquelle je viens de faire allusion.

Je le répète, c'est donc par le croup que succombent les individus atteints de diphthérie laryngée; je parle ici non pas seulement de la

maladie qui se développe par cas isolés, de la *diphthérie sporadique*, je parle aussi de ce qui arrive dans un grand nombre de cas en temps d'épidémie.

Quels sont donc les symptômes de cette infection que les Espagnols et les Italiens du XVII<sup>e</sup> siècle appelaient, les uns le *garrotillo*, les autres le *male in cana*, que leurs médecins désignaient sous le nom de *morbus strangulatorius*, les Américains de la fin du siècle dernier sous celui d'*angine suffocante*, et que nous connaissons aujourd'hui sous le nom de *croup* que lui ont donné les Écossais?

Vous n'avez eu, messieurs, que de trop fréquentes occasions de les observer chez les malades qu'on amenait à l'hôpital à des époques plus ou moins avancées de la maladie. Une fois vous avez vu l'affection laryngée débiter sous vos yeux.

C'était chez un petit garçon de dix-huit mois, fort et vigoureux. Il entra à l'Hôtel-Dieu avec sa mère. Tous deux étaient affectés d'éruptions sudorales très-confluentes; ils n'étaient d'ailleurs pas malades, lorsque six jours après leur arrivée dans nos salles où nous avions un enfant atteint du croup et une femme atteinte d'angine pseudo-membraneuse, la mère se plaignit de mal de gorge. En l'examinant, nous trouvons l'amygdale droite, la luette tapissées de fausses membranes, les ganglions cervicaux augmentés de volume. Tout de suite je cautérisai les parties malades avec l'acide chlorhydrique; le lendemain les concrétions couenneuses avaient presque disparu, mais vingt-quatre heures après, elles s'étaient reproduites plus abondantes, plus épaisses sur la luette et sur les deux amygdales cette fois. Une nouvelle cautérisation avec l'acide chlorhydrique fut répétée; elle le fut encore le lendemain, bien qu'il y eût une amélioration sensible qui ne se démentit pas. Cette malade guérit.

Cependant son enfant avait été pris trois jours après elle. Nous avions aperçu une concrétion blanchâtre, épaisse, sur la commissure droite des lèvres, qui était le siège d'une légère excoriation. Je cautérisai avec le nitrate d'argent, et, eu égard à l'âge du sujet, je vous prévins du danger qui le menaçait.

En effet, le second jour, la diphthérie occupait les deux commissures; toutefois les amygdales, les piliers et le voile du palais ne présentaient rien d'anormal, pas même de la rougeur. Le lendemain, les fausses membranes des lèvres étaient moins épaisses; mais il me sembla que la voix de l'enfant devenait rauque. Le soir, à sa visite, mon chef de clinique, M. le docteur Moynier, notait la raucité de la toux, qui était sifflante; la voix était voilée. Déjà, dans la journée, il y avait eu des accès de suffocation. Les amygdales, le palais n'étaient point envahis. On prescrivit un vomitif.

Lorsque nous vîmes le malade quatorze ou quinze heures après, nous apprimes que les accès de suffocation étaient devenus si violents, si ré-

pétés, que la trachéotomie avait été jugée nécessaire. L'interne de garde l'avait pratiquée, et au moment où l'on ouvrait la trachée, une fausse membrane avait été rejetée. Nous trouvions l'enfant avec de la fièvre, son cou était très-enflé : le lendemain, dans la journée, il succombait. Nous avons constaté, le matin même, l'existence d'une pneumonie du côté droit, caractérisée par du souffle, par de la matité, par de l'oppression.

A l'autopsie, nous ne découvrîmes de concrétions ni sur les amygdales, ni sur le voile du palais; mais le larynx, la trachée, étaient envahis par des fausses membranes qui s'étendaient jusque dans les dernières ramifications bronchiques. Les lésions de la pneumonie existaient dans tout le lobe inférieur du poumon droit, et en quelques points disséminés dans les deux poumons.

Le *croup* s'annonce d'abord par une petite toux sèche qui revient par quintes très-courtes, à des intervalles rapprochés. La voix, qui jusqu'à ce moment s'était conservée nette, s'altère quelque peu, et présente, comme la toux, des caractères spéciaux importants à bien connaître, qu'on ne saurait décrire, mais qu'on n'oublie pas, une fois qu'on les a observés.

La toux est non pas sonore, éclatante, mais au contraire rauque, sourde et sèche, produisant un bruit comparable à l'aboïement lointain d'un jeune chien. L'expression *croupale* en donne une idée fautive, car cette expression s'applique beaucoup mieux à la toux de la laryngite striduleuse, du faux croup, qu'à celle du vrai croup. Au début, elle est très-fréquente; mais, j'insiste beaucoup sur ce point, elle perd ordinairement ce caractère à mesure que le mal fait des progrès.

Jusqu'à là cependant il n'y a pas encore de difficulté de respirer; mais au bout de peu de temps chez l'enfant, au bout d'un temps notablement plus long chez l'adulte, cette *difficulté de respirer* commence principalement la nuit, et alors aussi se produit un sifflement laryngo-trachéal à chaque inspiration; il s'entend également, mais moins prononcé, dans l'expiration. Après chaque quinte de toux, ce sifflement est encore plus marqué; il est produit par une inspiration courte, sèche, comme métallique, se percevant parfaitement à distance. En auscultant la trachée ou la partie postérieure du thorax, il arrive tellement fort à l'oreille, qu'il masque le bruit de l'expansion vésiculaire. Cette production du sifflement laryngo-trachéal s'explique par la disposition de l'appareil de la voix. S'il est plus fort dans l'inspiration, c'est qu'alors les lèvres de la glotte, tendant à se rapprocher, rendent plus difficile l'entrée de l'air, tandis que dans l'expiration elles tendent au contraire à s'écarter. La douleur éprouvée dans le larynx est habituellement peu vive, cependant les quintes de toux l'éveillent; elle occupe non-seulement le larynx, mais encore la trachée-artère, et s'étend jusqu'à la partie antérieure du sternum.

Le mal continuant à s'aggraver, la toux devient de moins en moins fréquente, si bien qu'à mesure que les fausses membranes s'étendent et s'épaississent, les quintes s'éloignent, ne reviennent que tous les quarts d'heure, toutes les demi-heures, quelquefois même à des intervalles plus longs encore; alors aussi elle perd de sa raucité et s'éteint le plus souvent. La voix, qui elle-même était rauque et avait quelque chose de métallique, s'éteint à son tour; le malade est souvent aphone. *Vox nihil significat*, disait Arétée. Ces phénomènes qui ordinairement accompagnent la gêne de la respiration dans la laryngite pseudo-membraneuse sont l'indice le plus certain de la présence des concrétions diphthériques sur les lèvres de la glotte. Vous comprenez, en effet, à merveille, messieurs, qu'il en soit ainsi; vous savez que de petites mucosités s'arrêtant sur les cordes vocales suffisent pour altérer le timbre de la voix, pour l'enrouer, quelquefois même pour l'éteindre tout à fait; il ne vous paraîtra donc pas surprenant que lorsque des fausses membranes plus ou moins épaisses viendront à se former sur les lèvres de la glotte, l'aphonie soit plus prononcée. Il arrive là ce qui arriverait si, entre les anches d'une clarinette ou d'un basson, vous interposiez un morceau de parchemin mouillé; la comparaison est d'autant plus exacte, que la fausse membrane peut être parfaitement comparée à un morceau de parchemin gonflé par l'humidité. Cet instrument à anche constitué par le larynx ne fonctionnera donc plus; dès lors, la voix et la toux, s'altérant de plus en plus à mesure que les concrétions des cordes vocales augmentent, finiront par s'éteindre. C'est là une affaire toute physique dont rend parfaitement compte la disposition des parties. Si dans quelques circonstances assez rares, par moments la toux redevient rauque, si la voix reprend son caractère métallique, c'est que les cordes vocales ont été dégagées par de violents efforts d'expiration qui ont amené l'expectoration des fausses membranes, ou bien c'est que la ténuité des concrétions pseudo-membraneuses qui tapissaient la glotte, n'empêche pas l'air de vibrer en traversant le larynx. En règle générale, la toux, *croupale* au début, devient de moins en moins sonore.

Je vous disais qu'après un laps de temps assez court chez l'enfant, plus long chez l'adulte, il survenait de la gêne de la respiration; cette difficulté s'accroît rapidement. Il se passe alors un phénomène sur lequel je dois appeler votre attention, parce que dans beaucoup de circonstances il peut induire en erreur, faire méconnaître la nature de la maladie, ou tout au moins permettre de croire au succès de la médication qu'on aura mise en usage. Quoique la lésion du larynx persiste, quoique l'obstacle mécanique au passage de l'air soit permanent, quoique la fausse membrane qui forme cet obstacle reste adhérente aux cordes vocales, *la gêne de la respiration est intermittente*. Un enfant, un adulte, peuvent avoir dans le courant de la journée plusieurs accès de dyspnée allant jusqu'à la

suffocation. Dans l'intervalle de ces accès, s'ils ne sont pas agités, s'ils ne sont pas émus par la présence du médecin, si rien enfin ne vient les tirer de leur tranquillité, précipiter par conséquent leur respiration, celle-ci est presque aussi régulière que dans l'état normal, et c'est à peine si l'on entend le sifflement laryngé. Mais de temps en temps, toutes les heures, toutes les deux ou trois heures d'abord, ensuite à des intervalles de plus en plus rapprochés, ils sont pris d'accès de suffocation sans aucune cause occasionnelle. Vous les voyez alors se mettre sur leur séant, dans quelques circonstances se lever brusquement, courir hors de leur lit comme pour chercher l'air qui leur manque. Ils font de grands efforts, leur tête est renversée en arrière, leur bouche largement ouverte, et tous les muscles qui concourent à l'acte de la respiration sont convulsivement contractés. Lorsque cet accès a duré quatre, cinq ou six minutes, le calme se rétablit pour un certain temps.

Ces faits qu'avaient signalés Royer-Collard<sup>1</sup> et Bretonneau<sup>2</sup> n'avaient point échappé à nos devanciers. Je ne puis pas ne pas vous rapporter ici le passage suivant de Borsieri, qui a consacré à ce sujet, dans son chapitre sur le croup, un paragraphe spécial, intitulé *Fallax morbi mitigatio*. « Animadvertendum quoque est non raro et subito præter rationem » et *sine ulla materiæ obstruentis excretionem* omnia sic in melius verti, » ut liberior, imo naturalis omnino respiratio reddatur, ut infantes pueri » rive e lecto surgere et obambulare possint : paulo post vero fallaci » hinc symptomatum quieti novum repente succedere insultum, sæpe » numero gravem... »

Cette intermittence des symptômes de suffocation a été mise à juste titre sur le compte d'une constriction spasmodique de la glotte, spasme lui-même produit ou par l'inflammation de la membrane muqueuse du tube aérière, ou par la présence de la lymphe plastique qui s'épanche dans sa cavité, ou enfin par l'un et l'autre de ces agents réunis. C'était l'opinion de Vieusseux, d'Albers (de Bremen), de Jurine, et elle fut partagée par les membres de la commission de l'Académie chargée de juger les mémoires du concours de 1812. Bien plus, cette commission, adoptant les idées d'Albers (de Bremen), disait que si les concrétions pseudo-membraneuses formaient quelquefois un obstacle purement mécanique à l'entrée de l'air dans les bronches, le plus communément c'était le spasme seul qui arrêtait et embarrassait la respiration en resserrant le canal aérien. Bretonneau combat cette manière de voir : suivant lui, l'obstacle mécanique apporté par la concrétion est tout. Quant aux intermissions, « elles rentrent, dit-il, dans une classe nombreuse de phénomènes pathologiques. Quel praticien n'en a pas fait l'observation? N'est-ce pas d'une

1. Royer-Collard, *Dictionnaire des sciences médicales*, Paris, 1813, t. VII, art. Croup.

2. Bretonneau, *Traité de la diphtérie*, Paris, 1826.

manière intermittente que les squirrhés, les calculs et tant d'autres causes permanentes de douleur font sentir leur fâcheuse influence? » Cet élément spasmodique me semble, toutefois, sinon tenir toute la place qu'on lui a accordée, jouer du moins un rôle considérable dans le croup, comme d'ailleurs dans les affections chroniques que mon illustre maître prend ici pour exemple. Cette question, messieurs, est trop digne d'intérêt pour que je n'y revienne pas : je la reprendrai dans une autre occasion, lorsque nous parlerons des névroses symptomatiques, et plus particulièrement de l'angine de poitrine et de l'asthme.

Cependant les accès de suffocation se rapprochent en devenant de plus en plus violents; et jusqu'au moment de l'agonie il n'y a bientôt plus entre eux d'intervalles de tranquillité; le sifflement laryngé est continu. De temps en temps, les pauvres enfants, dans un état d'agitation impossible à décrire, se dressent brusquement sur leur séant, saisissant les rideaux de leur lit qu'ils déchirent dans leurs mouvements de rage convulsive; quelquefois ils écorchent avec leurs ongles les papiers tendus sur les murs; ils se précipitent au cou de leur mère, ou des personnes qui les entourent, les embrassant, cherchant à s'accrocher sur ce qui se trouve à leur portée pour y prendre un point d'appui. Dans un autre moment, c'est contre eux qu'ils tournent leurs efforts impuissants, en portant violemment leurs mains à la partie antérieure de leur cou comme pour en arracher quelque chose qui les étouffe. La face bouffie, violacée, les yeux hagards et brillants; expriment l'anxiété la plus pénible et une profonde terreur; puis l'enfant tombe accablé dans une espèce de stupeur durant laquelle la respiration reste difficile et sifflante. Son visage, ses lèvres sont alors pâles, ses yeux abattus. Enfin, après un effort suprême de respiration, l'agonie commence, et la lutte se termine sans qu'il y ait eu, à partir de ce moment, autant d'accès de suffocation qu'auraient dû le faire prévoir ceux qui ont eu lieu jusque-là.

Chez l'adulte, le tableau est plus effrayant encore. La violence des accès de suffocation, l'espèce de rage qui s'empare du malheureux mourant, étranglé par cet obstacle dont il ne peut se débarrasser, sont impossibles à dépeindre. A la fin, lorsque ses lèvres sont devenues livides, lorsque son visage est bouffi, violacé, l'adulte, au dernier terme de l'asphyxie, tombe, comme l'enfant, dans cette sorte de stupeur et d'enivrement, et meurt ordinairement, dans un état de prostration : « *Sic irrequieti assidue jactantur, donec penitus prostrati jaceant et strangulati pereant* », dit Borsieri. Je dis ordinairement, parce que, dans quelques cas, exceptionnels il est vrai, le malade est subitement emporté dans un accès de suffocation.

L'intermission des accès de suffocation, vous disais-je tout à l'heure, est un fait capital essentiel à connaître, parce qu'il peut induire en erreur. Supposez, en effet, qu'étant intervenu chez un malade atteint de croup,