

à l'aide d'une médication quelconque, vous ayez appliqué des sangsues, que vous ayez pratiqué une saignée du bras ou du pied, que vous ayez donné un vomitif ou appliqué un vésicatoire sur le devant du cou ou de la poitrine, supposez que survienne, immédiatement après, un de ces moments de calme dont je parlais, vous allez croire à l'efficacité des remèdes, tandis que les choses ont suivi leur marche naturelle. Il est donc important d'en être averti. Mais, indépendamment de cette intermission due à un élément spasmodique, il en est une qui a sa raison d'être dans l'expulsion des fausses membranes qui occasionnaient la suffocation.

Il arrive quelquefois, en effet, non pas souvent, mais peut-être une fois sur six ou huit, que, dans un effort de vomissement ou de toux, le larynx se dégage tout à coup, l'enfant ou l'adulte rendent des lambeaux de fausses membranes ou des tubes membraneux provenant de la trachée et de la glotte. A l'instant même le calme renaît absolument comme il renaît après la trachéotomie. Le malade s'endort dans un état de tranquillité parfaite, et cette tranquillité peut durer quatre, six, huit, dix, quinze et vingt-quatre heures. Les parents conçoivent alors des espérances que le médecin est tenté de partager. Mais celui-ci ne doit pas perdre de vue que la diphtérie est une maladie qui, si elle accorde parfois des trêves, ne pardonne point aussi aisément. Il doit se rappeler que quand une fausse membrane s'est détachée du larynx et de la trachée-artère, une autre va se reformer dans un espace de temps plus ou moins long; l'exsudation, parcourant de nouveau ses périodes, va recouvrir les parties d'une couche d'abord mince qui, s'épaississant graduellement, rétablira l'obstacle qui existait auparavant. Les mêmes accès auront lieu; et si ces concrétions diphtériques nouvelles sont encore expulsées, il est à craindre qu'elles ne se reforment de nouveau: j'ai vu des enfants en rejeter ainsi à trois, quatre reprises, et succomber en fin de compte. Toutefois, j'ai vu aussi, dans des circonstances malheureusement trop rares, la guérison définitive avoir lieu après l'expulsion spontanée des fausses membranes. Ce sont là, je le répète, des cas exceptionnels, si rares, que dans le cours d'une pratique médicale déjà longue, où il m'a été donné de voir un grand nombre de malades, adultes et enfants, atteints de croup, je n'en ai rencontré que six.

Un fait remarquable, c'est que, bien que l'expulsion des fausses membranes offre incontestablement au malade des chances favorables de guérison, elle lui en offre moins lorsque, cette guérison n'arrivant pas spontanément, on est forcé plus tard de pratiquer la trachéotomie. En un mot, cette opération réussira moins bien chez un enfant qui aura rendu des fausses membranes que chez un autre qui n'en aura pas rendu; vous allez tout de suite en comprendre la raison.

La présence des concrétions pseudo-membraneuses dans le larynx et dans la trachée prouve que l'inflammation diphtérique a gagné ces orga-

nes. Après la trachéotomie, cette propagation semble s'arrêter. Or, l'expulsion des concrétions diphtériques, en retardant le moment où l'on sera forcé d'intervenir, permet à l'inflammation de s'étendre de telle sorte que chez un enfant qui se sera débarrassé de tubes pseudo-membraneux, par les efforts de toux ou de vomissement, chez un enfant qui aura éprouvé une amélioration momentanée, laquelle aura éloigné de quarante-huit heures la nécessité d'en venir à l'opération, vous courrez le risque de voir les bronches envahies jusque dans leurs ramifications assez avancées; tandis que chez un autre pour lequel la trachéotomie aura été faite dès le début, avant l'expulsion de pseudo-membranes, il n'en sera pas ainsi dans les circonstances ordinaires.

Je dis dans les circonstances les plus ordinaires, parce qu'il en est d'autres, très-rares à la vérité, plus rares même qu'on ne le croit communément, où la maladie, au lieu de marcher du pharynx vers le larynx et la trachée, suit une marche inverse, frappant d'abord la trachée, débutant même par les bronches, pour remonter vers le larynx. Enfin la diphtérie, se déclarant simultanément sur divers points de l'économie, peut — et cela revient au même que dans les cas précédents au point de vue où nous nous plaçons — se développer du premier coup dans l'intérieur du larynx, de la trachée et des bronches, en même temps qu'on l'observe sur des parties accessibles à la vue.

C'est ce qui est arrivé chez le petit garçon de la salle Saint-Bernard dont je vous parlais tout à l'heure. En voici un autre exemple qui a été recueilli à l'hôpital des Enfants par M. le docteur Léon Blondeau, pendant son internat chez M. P. Guersant.

Un petit garçon de trois ans et demi fut amené le 9 novembre 1847 à l'hôpital de la rue de Sèvres, présentant tous les symptômes rationnels du croup.

Le samedi 30 octobre, il avait été pris de fièvre; le mardi suivant on constatait une rougeole qui dura jusqu'au samedi, sans que l'éruption fût bien intense, mais le catarrhe morbillieux était très-prononcé. Ce samedi et plus encore le lendemain, l'attention fut attirée par une gêne notable de la respiration, par la raucité de la voix, qui augmentaient progressivement.

A l'arrivée de l'enfant à l'hôpital, on constata les symptômes suivants: Le visage était pâle, d'une teinte bleuâtre, la gêne de la respiration considérable. Les fosses nasales étaient obstruées par un mucus épais, grisâtre; cependant, en examinant scrupuleusement la gorge, on ne trouvait aucune apparence de fausses membranes. On fit vomir le malade, mais on n'obtint pas d'amélioration, même passagère. L'agitation et l'oppression étaient excessives; le pouls battait 120 pulsations à la minute. En auscultant la poitrine, on entendait des rhonchus sonores.

La présence des exsudations évidemment diphtériques dans les fosses

nasales ayant fait penser que peut-être des fausses membranes existaient en arrière du voile du palais, on essaya de porter sur cette région un pinceau imbibé d'une solution forte de nitrate d'argent. Cette opération augmenta notablement l'agitation.

Un fait digne de remarque, c'est que les ganglions sous-maxillaires ne furent jamais engorgés, et ce fait s'explique par l'absence des lésions dans le pharynx.

On prescrivit un nouvel émétique (0<sup>gr</sup>,05 de tartre stibié).

Le 19 novembre, on nota un peu plus de calme, une dyspnée moindre; mais la toux était rauque, la voix éteinte, la face toujours bleuâtre, et les concrétions nasales persistaient. (Le pouls, petit, filiforme, battait 128.) On répéta le vomitif de la veille. Le soir il n'y avait pas eu d'évacuations par le haut, mais le malade avait eu dix garde-robes vertes. L'oppression était revenue plus considérable, et l'on comptait quarante-six inspirations par minute. L'enfant était dans l'orthopnée. La voix était éteinte tout à fait; l'expiration se faisait sans bruit; tandis que l'inspiration, bruyante, était comme enrouée, la toux d'une raucité extrême. Le nez et les oreilles étaient froids; la teinte bleuâtre de la face augmentait de plus en plus; les yeux, à peu près constamment fermés, avaient une expression de langueur. Le pauvre enfant agitait encore sa tête de côté et d'autre, comme pour chercher une position; mais bientôt il tomba dans un abattement profond dû à l'état asphyxique, et probablement augmenté par la faiblesse où l'avaient jeté les nombreuses évacuations alvines de la journée. Il conservait toute sa connaissance.

Dans la nuit, il y eut deux violents accès de suffocation; le lendemain l'asphyxie était plus grande encore que la veille. Le visage était pâle, bouffi; les lèvres étaient décolorées, froides. Cependant la lucidité d'esprit paraissait parfaite, l'enfant exprimait par signes qu'il voulait boire, et la déglutition s'opérait facilement. La mort arriva dans la journée, sans qu'on essayât de pratiquer la trachéotomie, que la marche de la maladie aurait rendue inutile.

En effet, à l'autopsie, on trouva l'arbre respiratoire doublé de fausses membranes épaisses, depuis le larynx jusqu'aux premières ramifications bronchiques; au-dessous, les bronches étaient remplies d'un mucus épais.

Dans les fosses nasales, on trouvait les exsudations qui avaient été vues pendant la vie; mais il n'y avait pas de fausses membranes, à proprement parler; il n'y en avait pas trace davantage ni dans le pharynx ni dans la bouche.

En définitive, pour répéter ce que je viens de vous dire, et ce point est assez important pour que je ne craigne pas d'y revenir, bien que l'expulsion des fausses membranes puisse amener la guérison spontanée du croup dans quelques circonstances rares, il est évident que, dans les cas

où la maladie a suivi sa marche descendante qui est la plus habituelle, les chances de succès de la trachéotomie seront beaucoup moins favorables chez les individus qui auront rendu des tubes membraneux, puisque cela indique la propagation de la diphthérie à l'arbre bronchique. Cette propagation s'étend quelquefois très-loin, et nous avons eu occasion de voir des enfants rendre, après avoir subi la trachéotomie, des fausses membranes moulées sur des ramifications bronchiques très-ténues. Je conserve encore dans mon cabinet un de ces arbres pseudo-membraneux que je vous ai montré, et qui a été recueilli sous vos yeux à l'autopsie d'une petite fille morte dans notre salle Saint-Bernard. Cette arborisation diphthérique comprenant la trachée, les grosses bronches, s'étendait jusque dans les quatrièmes ramifications. J'ai rencontré un cas semblable chez un jeune enfant de cinq ans, guéri par la trachéotomie; il avait rendu ces fausses membranes au moment de l'opération.

Le plus ordinairement, il faut le dire, dans les deux tiers des cas, d'après les relevés statistiques faits à ce sujet par Bretonneau, et plus tard par M. le docteur Hussenot<sup>1</sup>, les concrétions pseudo-membraneuses ne dépassent pas la trachée. C'est là un fait remarquable, et, ainsi que je le rappellerai plus tard, une circonstance favorable au succès de la trachéotomie.

Cependant, dans quelques épidémies, il semble que la propagation aux bronches se fasse, et plus communément et plus rapidement que dans celles qu'il m'a été donné d'observer. M. le docteur Peter, qui a pu étudier à l'hôpital des Enfants une épidémie de diphthérie, s'exprime en ces termes en discutant mes opinions :

« M. Trousseau décrit avec soin les localisations diverses de la diphthérie; toutefois, des recherches qui me sont propres m'autorisent à croire la diphthérie bronchique plus fréquente que ne semble le penser le professeur de clinique; car je l'ai notée dans près de la moitié des cas (54 fois chez 121 sujets). Je puis affirmer aussi que la diphthérie s'étend aux bronches avec une rapidité incroyable et qu'on était loin, jusqu'ici, de connaître. En quatre jours, la membrane muqueuse des bronches peut être tapissée par la fausse membrane dans une étendue considérable, et c'est même le plus habituellement du deuxième au quatrième jour de la diphthérie, que les bronches sont envahies quand elles doivent l'être. Il ne faudrait cependant pas s'exagérer outre mesure la gravité du pronostic dans ce cas, ni voir dans la diphthérie bronchique une contre-indication formelle à la trachéotomie: d'une part, en effet, on n'est jamais sûr, en raison de la fréquence de la diphthérie bronchique et de la rapidité de son développement, qu'un croupeux qui asphyxie ne présente pas cette complication; d'autre part, on en voit plus d'un guérir après avoir rejeté

1. Hussenot, thèse inaugurale soutenue en 1833.

par la canule des fausses membranes ramifiées et manifestement bronchiques<sup>1</sup>. »

Un mot maintenant, messieurs, des *accidents* et des *symptômes généraux*. Au début, je vous l'ai dit, il y a un *mouvement fébrile*; on constate aussi de l'*engorgement ganglionnaire*, plus considérable que dans les autres espèces d'angine, moins pourtant que dans l'angine scarlatineuse, moins aussi que dans l'angine diphthérique maligne dont je parlerai ultérieurement. Le mouvement fébrile dure un jour ou deux pour cesser tout à fait quand la maladie se prolonge. La *douleur de gorge* est si peu de chose, que les enfants de quatre à cinq ans qui peuvent exprimer ce qu'ils éprouvent ne s'en plaignent pas. Cette absence presque complète de symptômes généraux et de douleur de gorge permet à la maladie de marcher insidieusement, de telle sorte que le médecin n'est appelé que lorsque l'affection a gagné le larynx, c'est-à-dire lorsque le croup est déclaré. Alors aussi les concrétions pseudo-membraneuses qui occupaient d'abord le pharynx ont eu le temps de se détacher, et c'est à peine si l'on en trouve encore quelques débris sur les amygdales ou en d'autres points de la membrane muqueuse palatine. C'est là un fait capital; il explique bien des cas où l'on a cru que la laryngite pseudo-membraneuse s'était développée d'emblée sans s'être propagée du pharynx vers les parties inférieures.

C'est ici, messieurs, le lieu de parler de ce *croup d'emblée*; la question mérite bien qu'on s'y arrête. Vous entendrez dire par des hommes d'une expérience reconnue qu'ils ont vu souvent mourir du croup des enfants dont le pharynx n'avait pas été intéressé. Avant que Bretonneau eût lu, en 1818, à l'Académie, son premier travail sur la diphthérie, avant la publication en 1826 de son *Traité*, le fait était généralement admis : le croup membraneux débutait par le larynx. Bretonneau soutint et démontra que presque toujours, au moins dix-neuf fois sur vingt, il n'en était point ainsi, qu'habituellement la maladie débutait par le pharynx. Guersant, son ami, et pendant longtemps médecin de l'hôpital des Enfants, après avoir soutenu la première opinion, se rangea bientôt à la seconde, une fois son attention éveillée sur ce point; il en fut ainsi de tous ceux qui depuis lors, tant à Paris que partout ailleurs, se donnèrent la peine d'y regarder. Pour ma part, je vous déclare qu'ayant vu peut-être plus de croup à moi seul que n'en ont vu les médecins les plus occupés de la capitale, par cette raison que d'une part je suis resté dix-huit ans chargé de services d'enfants malades dans les hôpitaux, que d'autre part, ayant introduit ici la trachéotomie dans le traitement de la diphthérie laryngée, on m'a fait l'honneur de me

1. Michel Peter, *Des lésions bronchiques et pulmonaires, et particulièrement de la bronchite pseudo-membraneuse dans le croup* (*Gazette hebdomadaire*, 1863).

consulter souvent pour juger de l'opportunité de cette opération, je vous déclare que la proposition énoncée par mon vénéré maître est la vraie, et que, dans la presque généralité des cas, le croup commence par le pharynx.

Je ne nie pas le croup d'emblée. Non-seulement je ne nie pas que la maladie pelliculaire puisse débiter du premier coup par le larynx, mais j'admets encore qu'elle peut, dans des circonstances très-rares, attaquer primitivement les bronches. Guersant et bien d'autres en ont cité des exemples. Au rapport de M. le docteur Yvaren, dans une épidémie qui régna à Avignon pendant l'année 1858, cette forme laryngée et bronchique d'emblée fut celle qu'affecta plus spécialement la diphthérie. Moi-même, je vous ai rappelé plus haut deux faits dans lesquels le mal avait apparu simultanément dans les bronches, la trachée et d'autres parties accessibles à la vue. Qu'y a-t-il de surprenant d'ailleurs que la diphthérie se localise d'emblée sur la membrane muqueuse laryngée, comme elle se localise sur les membranes muqueuses nasale, buccale, vaginale, etc.? Je ne nie donc pas que le croup puisse débiter par le larynx; mais je soutiens que c'est là un fait rare et exceptionnel.

Ce qui a pu faire croire autrefois qu'il était plus fréquent, c'est qu'on ne portait pas une suffisante attention à l'examen des malades; c'est qu'on n'explorait pas la gorge avec tout le soin qu'on aurait dû y mettre; c'est que surtout on arrivait souvent trop tard, c'est-à-dire lorsque les concrétions pharyngées avaient eu le temps de disparaître, ainsi que je viens de vous le dire il y a un instant; et s'il en était ainsi, cela tenait, comme je vous l'ai dit aussi, au peu d'intensité des phénomènes précurseurs, généraux ou locaux. En pareille circonstance, lorsque vous serez appelés auprès d'un enfant qu'on vous dira malade du croup seulement depuis deux jours, rappelez les souvenirs des parents, et vous apprendrez que l'enfant était souffrant depuis plus longtemps; que depuis cinq, six jours, il mangeait moins bien, qu'il se plaignait d'un peu de gêne en avalant, qu'il refusait de prendre des aliments un peu durs, comme la croûte de pain; vous apprendrez encore qu'il y avait un peu de gonflement du cou; ce sont là des indices certains du mal de gorge et l'existence passée de fausses membranes que vous ne pouvez plus voir.

Pour en revenir à ces phénomènes généraux, méfiez-vous, dans la pratique des maladies du jeune âge, de ces accidents si légers en apparence qui peuvent être le début d'une maladie terrible. Lorsque vous verrez un enfant souffrant depuis quelques jours d'un peu de malaise avec un mouvement fébrile insignifiant, ne sachant vous dire de lui-même d'où il souffre, portez tout de suite votre attention du côté de la gorge, abaissez la langue de façon à bien voir jusqu'au fond du pharynx, et, dans un grand nombre de circonstances, vous verrez que ce malaise

annonçait le début de la diphthérie, vous trouverez des concrétions pseudo-membraneuses sur les amygdales ou sur le voile du palais.

Chez l'adulte, les choses se passent de la même façon. Le malaise général, le mouvement fébrile, sont à peine marqués; la douleur de gorge est à peu près nulle, et il vous arrivera de rencontrer des malades ayant le pharynx tapissé de fausses membranes qui n'accuseront rien qu'un peu de gêne de la déglutition; mais ici le danger est plus grand encore que chez l'enfant. L'adulte, ayant en effet l'ouverture du larynx proportionnellement plus large qu'elle ne l'est chez celui-ci, le calibre de la trachée étant aussi plus considérable, l'air trouve un passage suffisant, alors même que déjà les parois de ces conduits commencent à se couvrir de concrétions pseudo-membraneuses; et lorsque les symptômes du croup se prononcent, la diphthérie a eu le temps de s'engager profondément dans les ramifications bronchiques.

Ces phénomènes m'avaient depuis longtemps frappé, car j'avais été fort à même de les observer dans l'épidémie de Sologne que j'eus mission d'aller étudier avec M. le docteur Ramon, en 1828. Permettez-moi, messieurs, de vous rapporter ici quelques-uns des faits dont je fus alors témoin.

J'étais un jour, et c'est un jour trop mémorable pour moi pour que j'aie pu l'oublier, j'étais un jour à dîner chez M. de Béthune, dont le château est situé à peu de distance de Selle, dans le département du Cher, lorsqu'un paysan vint me chercher en toute hâte pour sa femme qui, disait-il, étouffait. Je me rendis immédiatement auprès de la malade. Je trouvai une femme de vingt-six ans, encore vêtue de ses habits de fête : c'était le dimanche de la Pentecôte. Elle avait été à la messe le matin à plus d'un quart de lieue de là; après en être revenue à pied, elle avait diné comme d'habitude et se préparait même à partir pour vêpres, quand elle fut prise tout à coup d'un accès de suffocation si violent, que son mari avait peur qu'elle n'eût succombé lorsque nous arriverions. La malheureuse était en effet expirante quand je la vis. Examinant tout de suite la gorge, je découvris des fausses membranes épaisses qui tapissaient le pharynx. La nature du mal m'était dès lors suffisamment démontrée, et, cette pauvre femme étant à la dernière extrémité, la trachéotomie pouvait seule empêcher la mort immédiate. Sans plus attendre, je me mis en demeure de la pratiquer. J'étais seul, sans autre aide que le mari, sans autre instrument qu'un canif à lame convexe que j'avais encore heureusement sur moi; puis je fus obligé, à défaut de canule trachéale, d'en fabriquer une grossière avec une balle de plomb que j'aplatissais avec un marteau et que je façonnai en une espèce de tube. Malheureusement les fausses membranes avaient déjà pénétré dans les petites bronches, la malade mourut le lendemain.

L'instantanéité des accidents survenus dans cette circonstance vous

donne la mesure du peu d'intensité des phénomènes généraux qui depuis quelques jours les avaient précédés; ce fait vient à l'appui de ce que je viens de vous dire du peu de retentissement que la diphthérie pharyngée (maladie qui semble d'abord se borner à une manifestation locale sans grande gravité, tant qu'elle reste limitée au pharynx), du peu de retentissement que la diphthérie a le plus ordinairement sur l'état général de l'économie dans les premiers jours de la maladie.

Dans un village du département de l'Indre où régnait l'épidémie, le garde champêtre, âgé de soixante et onze ans, était encore debout, continuant à vaquer à ses occupations, lorsque je le vis atteint d'une angine couenneuse qui le tuait le lendemain, après d'épouvantables accès de suffocation.

Dans cette même commune, on me signalait une famille dont plusieurs membres avaient succombé à la maladie. J'étais appelé à donner des soins à une petite fille qui en était atteinte. Quand j'arrivai chez elle, elle était absente; il fallut aller la chercher aux champs où elle gardait les dindons. Je l'attendis une heure; lorsqu'elle arriva elle était hale-tante et pouvait à peine respirer. Dans la soirée elle mourut du croup. Bien que le jour même cette pauvre enfant n'eût rien changé à son genre de vie habituelle, elle était cependant malade depuis huit jours, mais malade sans symptômes généraux bien graves assurément, puisque, ainsi que la femme dont je parlais tout à l'heure, ainsi que le garde champêtre, elle avait continué de manger, de boire, de sortir comme à son ordinaire.

N'oubliez pas ces faits, messieurs; n'oubliez pas que, dans un grand nombre de circonstances, la diphthérie n'a pas au début de gravité apparente. S'il y a de la fièvre dans les premières vingt-quatre heures et dans les deux premiers jours, bientôt il n'y en a plus, ou bien le mouvement fébrile est insignifiant. A peine la maladie s'annonce-t-elle par un peu de gêne de la déglutition. La gêne de la respiration n'arrive que plus tard; mais alors le mal a gagné le larynx, et il va plus ou moins prochainement étouffer le malade.

Le pronostic d'une aussi terrible maladie est nécessairement des plus funestes. Abandonnée à elle-même, elle est presque fatalement mortelle. En voici des exemples :

Pendant cette même épidémie de Sologne, le préfet du département de Loir-et-Cher me faisait savoir que des communes voisines de la Ferté-Bauharnais étaient ravagées par l'angine maligne. Je m'y transportai, et dans deux fermes de la commune de Tremblevif, la ferme du Roi David et du Grand-Pied-Blain, j'assistai au plus navrant spectacle qu'il nous soit donné de voir. Dans l'une, je ne trouvai que le chef de la famille et une seule servante âgée de seize ans. Cet homme était assis au coin de la cheminée et ne se leva même pas pour me recevoir. Il était âgé de vingt-

sept ans. Il me raconta que lui et la jeune fille que je voyais près de lui étaient seuls survivants de dix-sept personnes composant sa maison et la ferme voisine. La jeune fille avait elle-même été malade; mais elle avait été guérie par le curé de Tremblevif, qui lui avait touché huit ou dix fois la gorge avec de l'esprit de sel (l'acide chlorhydrique). Quant à lui, il connaissait le sort qui lui était réservé. « Demain ou après, me disait-il, je serai mort comme sont morts mes enfants, ma femme, mon père et ma mère »; dans son fatalisme, il attendait l'événement, sans rien vouloir faire pour le conjurer. J'examinai cependant sa gorge : les amygdales étaient complètement recouvertes de concrétions pseudo-membraneuses; l'état de la respiration et de la voix me montrait que le larynx n'était pas envahi. Je tâchai de lui rendre l'espoir, et, lui offrant pour exemple la jeune fille qui était avec lui, je lui disais que tout n'était pas perdu, qu'il pouvait guérir, en consentant à être traité comme l'avait fait sa servante. Il se laissa persuader, et, Dieu aidant, ma médication eut le résultat que j'en espérais. Cet homme fut sauvé.

Telle est, messieurs, l'horrible mortalité qu'entraîne après elle la diphthérie. Sur dix-sept individus, deux seuls échappèrent à la mort, et encore ces deux-là n'ont-ils dû leur salut qu'à un traitement énergique.

Trois ans auparavant, dans un autre département, l'épidémie avait fait de tels ravages dans un des villages environnant la Chapelle-Véronge, près de la Ferté-Gaucher, que sur soixante enfants, presque tous du sexe masculin, qui furent atteints de la maladie, soixante succombèrent. Ce fait a été rapporté par M. Ferrand.

Lorsque j'arrivai en Sologne, je trouvai les médecins découragés à ce point que quelques-uns ne voulaient plus voir les malades affectés d'angine maligne, et les curés m'affirmèrent que tous les individus qui en étaient atteints mouraient inévitablement. A Marcilly en Vilette, soixante-six personnes sur six cent cinquante habitants (plus du dixième de la population) avaient été emportées par le *mal de gorge blanc*; c'est ainsi que le curé de cette paroisse avait dénommé la maladie. Plus tard, il est vrai, on eut à enregistrer des guérisons, quand on eut mis en usage une médication tout à fait empirique, imaginée par une femme du pays : c'était l'emploi de l'alun mêlé à du vinaigre, moyen usité dans les campagnes pour le traitement du chancre de la bouche et de la gorge des moutons et des porcs.

La diphthérie pharyngienne est donc à peu près invariablement mortelle, quand on n'intervient pas à propos pour en arrêter les progrès; car s'il est des formes de la maladie qui, bien ou mal traitées, tuent presque toujours fatalement, celle dont nous venons de nous occuper guérit le

1. Ferrand, thèse inaugurale sur l'angine membraneuse. Paris, 1827.

plus ordinairement sous l'influence de moyens thérapeutiques dont j'aurai à vous entretenir.

Indépendamment des accidents consécutifs à la diphthérie dont je ferai l'objet d'une leçon spéciale, — je fais allusion aux paralysies, — il est des complications qui viennent encore ajouter au danger de la maladie, et déjouer les espérances du médecin au moment où, après avoir enrayé les progrès du mal par un traitement énergique, il comptait obtenir la guérison. Je veux parler des *entérites*, si fréquentes chez les enfants; des *pneumonies* que Ghisi avait signalées; de l'*emphysème pulmonaire interlobulaire* produit par la déchirure des vésicules rompues dans les efforts de toux.

L'enfant dont il a été plusieurs fois question nous a offert un exemple de la complication péripneumonique que nous avons d'ailleurs souvent rencontrée, et dernièrement nous trouvons, à l'autopsie d'un autre enfant, un emphysème pulmonaire.

Cet petit malade était arrivé à l'hôpital à la dernière période du croup. Il était expirant quand l'interne de garde pratiqua la trachéotomie. Le lendemain matin, à la visite, quinze heures après l'opération, l'enfant avait une oppression considérable. Nous nous empressâmes de nettoyer sa canule interne, qui était oblitérée; sa dyspnée resta la même; nous entendions, de plus, un bruit particulier dans l'expiration, produit par le passage de l'air à travers l'instrument, bruit que j'ai appelé *serratique* (*stridor serraticus*), en le comparant à celui de la scie (*serra*) qui crie sur la pierre qu'elle entame. Ce bruit est un signe pronostique d'une grande valeur et d'une grande gravité; lorsque, après la trachéotomie, je l'entends chez les enfants, je juge que ces enfants succomberont irrévocablement.

Il en a été ainsi de notre petit malade, qui mourait dans la journée. A l'ouverture du cadavre, nous vîmes le larynx tapissé de fausses membranes, qui recouvraient aussi la trachée-artère, les grosses bronches et leurs ramifications très-profondes; plusieurs lobules du poumon étaient séparés par de grosses bulles de tissu cellulaires distendues par l'air, qui, ayant rompu les vésicules, avait amené cet emphysème interlobulaire.

Cette lésion, que Bretonneau a notée dans deux observations de son *Traité de la diphthérie*, une fois chez un soldat à la légion de la Vendée, l'autre chez un jeune enfant, dans l'épidémie de la Ferrière, se produit sous l'influence des violents efforts d'inspiration, absolument comme elle peut se produire dans la coqueluche, à la suite de quintes violentes et répétées. Chez les enfants trachéotomisés, vous verrez quelquefois cet emphysème tellement considérable, qu'il aura gagné le tissu cellulaire du cou, des épaules et du thorax; il n'est point alors, ainsi qu'on pourrait le croire, la conséquence de l'opération à laquelle il préexistait.

J'ajoute ici que M. Peter a trouvé constamment l'emphysème pulmonaire dans les autopsies de croup qu'il a faites. Le plus habituellement l'emphysème n'était que vésiculaire; on trouvait l'emphysème interlobulaire quand les accès de suffocation avaient été très-violents; enfin MM. Barthez et Rilliet, ainsi que M. H. Roger, ont signalé l'emphysème généralisé par envahissement successif du tissu cellulaire médiastin et sous-cutané. L'emphysème occupe, dans la grande majorité des cas, le tiers supérieur des deux poumons et le bord tranchant de ces organes, et, ce qui explique, suivant M. Peter, comment un certain nombre d'observateurs n'ont pas remarqué l'emphysème, c'est qu'au lieu de l'anémie et de la décoloration du tissu qu'on observe habituellement avec cette lésion de texture, il y a parfois congestion avec rougeur du parenchyme emphysémateux<sup>1</sup>.

## DIPHTHÉRIE MALIGNE.

De beaucoup plus terrible que la précédente. — L'affection locale n'est rien, relativement à l'état général. — Elle tue, non comme le croup, en asphyxiant les malades par des accès de suffocation, mais elle les tue à la façon des maladies septiques, par un empoisonnement général. — Engorgement ganglionnaire considérable. — Rougeur érysipélateuse. — Coryza couenneux et diphthérie nasale. — Ophthalmie diphthérique. — Épistaxis. — Hémorrhagies de toute espèce. — Anémie.

## MESSIEURS,

Dans la précédente leçon, je vous ai parlé de la diphthérie qu'on pourrait appeler normale, de celle qui, débutant par le pharynx avec les caractères que je vous ai indiqués, s'étend du côté du larynx, de la trachée, des bronches, constitue le croup et amène la mort par asphyxie. C'est là sa forme la plus ordinaire, je vous l'ai dit; c'est celle qu'elle prend à l'état sporadique, celle qu'elle revêt exclusivement dans certaines épidémies; c'est la plus commune encore, alors même que règne la diphthérie maligne dont je veux maintenant vous entretenir. En effet, dans une famille où quatre, cinq, six individus seront atteints de la maladie, le croup sera la règle générale: la forme maligne, celle qui emporte les malades en les empoisonnant à la façon des maladies septiques, sera le fait exceptionnel.

Plusieurs malades nous l'ont présentée pendant le cours de ces dernières années, et entre autres une petite fille sur laquelle vous avez pu suivre pas à pas les progrès du mal jusqu'à sa terminaison fatale.

<sup>1</sup> Michel Peter, *Des lésions bronchiques et pulmonaires dans le croup* (loc. cit.), 1863.

C'était une enfant de douze ans, qui était entrée la veille à l'Hôtel-Dieu, dans le service de mon collègue M. le professeur Jobert (de Lamballe), qui me l'avait adressée. Elle avait été prise seulement trois ou quatre jours auparavant d'une angine si peu intense, accompagnée de si peu de réaction fébrile, qu'elle ne s'en plaignait pas et que ses parents ne s'en étaient point préoccupés. Cependant, le mal ayant augmenté, un engorgement des ganglions du cou étant devenu très-manifeste, on conduisit l'enfant à l'hôpital, où elle fut envoyée dans le service de la clinique chirurgicale. La nature de la maladie ayant été là tout de suite reconnue, la malade était transportée dans notre salle Saint-Bernard.

Dès notre première visite, nous étions frappé, en examinant la bouche, de l'horrible fétidité gangréneuse de l'haleine; nous trouvions le voile du palais fortement repoussé en avant du côté droit, exactement comme il l'est chez les individus affectés d'angine phlegmoneuse d'un seul côté; mais là nous constatons, sur ce voile membraneux, une exsudation couenneuse blanchâtre, bien nettement limitée et festonnée à sa partie supérieure vers la voûte palatine. Cette couenne diphthérique, qui se prolongeait sur le pilier du voile du palais, se perdait dans une espèce de magma putrilagineux grisâtre occupant le fond de la gorge, et laissant exsuder une sanie grisâtre d'où s'exhalait une épouvantable odeur. Sur la luette, refoulée complètement à gauche, en raison de la tuméfaction des parties malades, nous voyions à droite une concrétion blanchâtre qui l'enchatonnait de ce côté, tandis qu'à gauche elle était intacte, aussi bien que l'amygdale correspondante; à la partie postérieure du pharynx nous apercevions une ou deux taches d'un blanc jaunâtre. Les narines étaient parfaitement saines. La tuméfaction des ganglions lymphatiques de l'angle de la mâchoire et des ganglions sous-maxillaires était considérable à droite, de plus cette tuméfaction était très-douloureuse; à gauche il n'existait rien de notable.

Nous jugeâmes tout de suite que nous avions affaire à une diphthérie pharyngienne, de forme maligne, à une maladie des plus terribles, qui ne pardonne jamais quand le médecin n'intervient pas pour la combattre par d'énergiques moyens, et qui alors même résiste à tous nos efforts dans un très-grand nombre de circonstances. Je portai donc un pronostic grave, car, bien que le nez ne fût pas encore pris, auquel cas j'aurais, dès le premier jour, perdu tout espoir, l'engorgement considérable des ganglions cervicaux et sous-maxillaires me paraissait du plus funeste augure.

J'instituai immédiatement le traitement qui seul pouvait m'offrir quelques chances de succès. Je cautérisai vigoureusement les parties malades avec une solution de nitrate d'argent au cinquième, puis j'insufflai à l'aide d'un chalumeau de l'alun en poudre. Le soir et le lendemain matin, les