

symptômes cardiaques sont les premiers à se développer, surtout pour le malade, il n'en est pas toujours ainsi : souvent, en effet, la maladie a manifestement débuté par le goître ou par la saillie oculaire.

Si le trouble cardiaque n'est pas la cause de l'intumescence du corps thyroïde ni de la saillie des yeux, on ne saurait non plus, avec Taylor, regarder le goître comme étant la cause de l'exophtalmie et expliquer celle-ci par la gêne mécanique apportée à la circulation. Lorsque des goîtres bien autrement volumineux, mais sous une autre influence, ne produisent rien de pareil, il est étrange qu'on ait attribué un pareil effet à une intumescence beaucoup moindre. L'exophtalmie n'est donc liée au goître que comme étant l'une et l'autre l'expression d'une même cause ayant agi sur le système nerveux ganglionnaire.

CINQUIÈME GENRE DE NÉVROSES

NÉVROSES SPÉCIALES A CERTAINS ORGANES

NÉVROSES SPÉCIALES AUX ORGANES RESPIRATOIRES

De l'aphonie nerveuse.

On entend par le mot *aphonie* la perte plus ou moins complète de la voix, quelle que soit la cause qui la détermine.

Dans les maladies du larynx nous avons fréquemment signalé l'aphonie, ou diverses autres altérations de la voix, comme un de leurs symptômes les plus constants ; mais en ce moment nous ne devons nous occuper que de la perte de la voix qui, ne se liant à aucune lésion matérielle saisissable, constitue une névrose spéciale du larynx.

Symptômes. — L'aphonie nerveuse peut survenir d'une manière graduelle, ou bien brusquement. N'éprouvant aucune espèce de malaise, aucune douleur ni gêne vers le larynx, les malades ne sont avertis de leur état qu'au moment où ils veulent parler. Leur voix est plus ou moins éteinte, mais non pas entièrement abolie ; ils parlent à voix basse, et sont souvent obligés, pour proférer un son, de faire des efforts considérables.

Marche. Durée. Terminaisons. — La maladie suit une marche très-variable et tout à fait irrégulière, comme l'est celle de toutes les névroses : elle peut cesser après une durée très-courte, ou se prolonger indéfiniment ; souvent elle paraît et disparaît à des intervalles plus ou moins rapprochés ; on a même cité des cas où elle affectait une forme intermittente. L'aphonie cesse tantôt lentement, peu à peu, tantôt brusquement. C'est ainsi que beaucoup de malades, s'étant endormis tout à fait aphones, se réveillent au bout de quelques heures ayant recouvré la plénitude de leur voix ; cela d'ailleurs ne se remarque guère que chez les hystériques. Ce n'est aussi que chez ces malades qu'on voit l'aphonie, cédant en peu d'instant, ne laisser aucune trace après elle.

Quelquefois l'aphonie est incurable ; si elle cède après avoir duré longtemps, il est rare alors que la voix reprenne jamais sa force et son timbre. Cependant presque toujours dans ces cas elle est bien moins l'effet d'une perturbation nerveuse que de quelque lésion matérielle.

Diagnostic. — Il ne faut pas, comme on l'a fait très-souvent, confondre l'aphonie et le mutisme. En effet, dans cette dernière affection, il y a impossibilité absolue de former des sons *articulés*, tandis que dans l'aphonie aucun son ne peut être produit, ou bien il est considérablement affaibli. L'aphonie une fois constatée, on déterminera si elle est nerveuse ou symptomatique. Ceci n'offre généralement aucune difficulté, si l'on considère que la première survient ordinairement brusquement, qu'elle ne s'accompagne ni de douleur, ni de toux, ni d'expectoration, ni de dyspnée. Si, dans quelques cas rares, l'aphonie coïncide à son début avec quelques signes d'une très-légère phlegmasie de l'arrière-gorge ou du larynx, on voit ceux-ci se dissiper promptement, et, nonobstant cela, l'aphonie faire de nouveaux progrès.

Pronostic. — Si l'aphonie est sans gravité, elle n'en constitue pas moins une affection incommode, et souvent fort rebelle.

Étiologie. — L'aphonie nerveuse, rare chez les hommes, se rencontre spécialement chez les femmes hystériques, et se développe souvent chez elles à la suite de leurs attaques. On a dit que les maladies des parties génitales pouvaient la développer d'une manière sympathique ; mais c'est là un fait qui n'est pas encore suffisamment établi. L'aphonie a quelquefois succédé à une émotion vive : un fait de ce genre a été observé par Chomel et par M. Blache. Elle peut être également produite par l'abus des alcooliques, par l'ingestion de certains narcotiques, comme la belladone ou la jusquiame ; on l'a vue plusieurs fois succéder à une intoxication saturnine. Dans tous les cas, les nerfs récurrents sont influencés d'une certaine manière : l'anatomie et la physiologie nous apprennent qu'ils doivent être malades ; mais leur lésion, si toutefois il y en a une, est tout à fait insaisissable pour nous.

Traitement. — Il n'existe aucun moyen réellement bien efficace contre l'aphonie nerveuse. La marche, l'irrégularité de cette affection, sa cessation brusque, souvent sans cause connue, doivent rendre très-circonspect lorsqu'il s'agit d'apprécier l'influence qu'ont pu exercer sur la maladie les agents thérapeutiques. Souvent, en effet, il n'y a qu'une simple coïncidence. Parmi les moyens qu'on a conseillés contre l'aphonie nerveuse, se trouvent tous les antispasmodiques, et surtout le succin (1 gramme de teinture éthérée dans 200 ou 250 grammes de véhicule), qui a joui dans ces cas d'une certaine réputation. Les révulsifs sur le larynx, les sinapismes, les vésicatoires, les onctions avec l'huile de croton, avec la pommade stibiée, sont des moyens irritants et perturbateurs qui ont été utiles dans bon nombre de cas. Il en est de même des évacuants gastro-intestinaux et de la saignée ; cette dernière, qui semblerait contre-indiquée par la nature de l'affection, a, dans un fait observé par Ollivier (d'Angers), produit les plus heureux effets.

Enfin, dans les cas rebelles, on a proposé d'agir directement sur le larynx. Cette médication topique a surtout été recommandée par le docteur Bennati, qui prescrivait un gargarisme d'alun (de 4 à 20 grammes et plus d'alun dans 300 grammes de décoction d'orge), dans l'idée que la muqueuse pharyngo-laryngienne était affectée d'atonie. Plus récemment encore, M. Trousseau a eu recours à des cautérisations avec le nitrate d'argent, en suivant le procédé que nous avons décrit dans le premier volume en traitant de la laryngite chronique. Dans ces mêmes cas, on a employé l'électricité et l'électropuncture. M. Duchenne a cité, dans son livre, deux cas d'aphonie rebelle qui ont cédé rapidement, l'un à l'électrisation cutanée, l'autre à l'électrisation du nerf laryngé inférieur.

Certaines aphonies exigent en outre quelques moyens spéciaux. Celle qui est intermittente cédera au sulfate de quinine ; à celle qui est survenue à la

suite de l'exposition aux émanations de plomb on opposera les bains sulfureux, la strychnine et les révulsifs sur le cou; on combattra, en outre, la cachexie saturnine par une médication convenable, par l'emploi des toniques et des ferrugineux.

De la coqueluche.

SYNONYMIE. — Catarrhe convulsif, toux convulsive, toux suffocante, toux bleue. — *Coqueluche* vient de *coqueluchon*, espèce de capuchon dont les malades se couvraient la tête (*Valleriolla*), ou de *coquelicot*, parce qu'on employait contre cette maladie les fleurs de cette plante (*Marcus*), ou de la ressemblance de la toux avec le chant du coq.

La *coqueluche* est une maladie caractérisée par une toux convulsive revenant par quintes, dans lesquelles plusieurs mouvements d'expiration bruyante se succèdent avec une grande rapidité, et sont suivis par une inspiration lente, pénible et très-retentissante.

Historique. — On ne trouve la coqueluche décrite dans aucun des écrits des médecins grecs et arabes. C'est aussi sans motifs suffisants que des auteurs rapportent à la maladie dont nous parlons quelques toux épidémiques du moyen âge, signalées plutôt que décrites par des historiographes, et qui, quoique appelées du nom de coqueluche, semblent se rapporter plutôt à la grippe. La coqueluche ne fut clairement indiquée que par Willis; mais il faut remonter jusqu'au XVIII^e siècle pour la trouver décrite comme une affection distincte. A dater de cette époque, les travaux se sont succédé avec assez de rapidité dans toute l'Europe; on remarque surtout ceux d'Alberti (1), de Forbes (2), de Strack (3), de Watt (4), etc. En France, nous possédons le traité de Desruelles, l'excellent article de M. Blache, dans le *Dictionnaire de médecine*, ainsi que les recherches de MM. Rilliet et Barthez, etc.

Anatomie pathologique. — C'est à tort que quelques auteurs ont voulu rattacher la coqueluche à des lésions constantes. Ces médecins ont le plus souvent considéré alors comme cause de la maladie ce qui n'était qu'un accident, une complication. Parmi les lésions qu'on a surtout signalées, nous trouvons la bronchite, que quelques personnes ont même dit être constante; mais M. Blache a démontré qu'elle manquait dans beaucoup de cas; il en est de même de la laryngite sus ou sous-glottique, qui a plus particulièrement fixé l'attention dans ces derniers temps. Chez les sujets qui succombent dans le cours d'une coqueluche, on trouve plus souvent des pneumonies lobaires et lobulaires, des broncho-pneumonies, des tubercules pulmonaires et bronchiques; ailleurs, ce sont des épanchements dans les plèvres. Mais, évidemment, on ne saurait voir dans ces lésions autre chose que des complications à la production desquelles la coqueluche a eu, il est vrai, la plus grande part. Nous en dirons autant de l'emphysème qui existe surtout au bord antérieur des poumons, et des dilatations qu'on rencontre sur une ou plusieurs bronches: la première de ces lésions est le résultat des efforts que font les malades pendant les quintes violentes de toux, tandis que les dilatations résultent probablement moins de cette cause que de l'accumulation des mucosités; c'est d'ailleurs un effet que nous avons déjà signalé en traitant de la bronchite capillaire.

Quelques auteurs ont avancé que, dans la coqueluche, les nerfs thoraciques, et surtout les pneumogastriques, étaient enflammés. Breschet dit avoir trouvé

(1) *Dissertatio de tussis infantum epidemia*. Halle, 1728.

(2) *Disputat. de tussi convulsiva*. Edimb., 1754.

(3) *De tussi convulsiva infantum*. Mayence, 1777.

(4) *Treatise of the history, nature and treatment of chincough*, etc. London, 1813.

cette lésion deux fois, et le docteur Kilian quinze. Mais des recherches plus nombreuses ont démontré que cette altération était fort rare. Personne, en effet, en France, si l'on en excepte Breschet, ne l'a rencontrée. Ajoutons que sur quarante-sept cadavres ouverts par Albers (de Bonn), les nerfs vagues furent trouvés intacts chez quarante-trois; sur quatre, il existait quelques rougeurs, mais tout porte à penser que ce n'était là qu'une lésion purement cadavérique, c'est-à-dire une rougeur par imbibition. Cette erreur a dû être commise surtout par Breschet, à une époque où la rougeur seule était presque synonyme de phlegmasie.

Symptômes. Marche. — On a généralement admis dans la coqueluche trois périodes, savoir: une première période dite *catarrhale*, une deuxième ou *spasmodique*, et une troisième ou *de déclin*.

Première période. — Dans la presque totalité des cas, c'est-à-dire dix-huit ou dix-neuf fois sur vingt, la coqueluche débute par un simple catarrhe avec enrouement, râle sibilant et ronflant dans la poitrine. Ce rhume est tantôt apyrétique, tantôt il est fébrile; il est borné le plus souvent à la trachée et aux bronches; mais quelquefois il envahit simultanément la muqueuse du nez et la conjonctive, comme si une rougeole allait débiter. La toux, quoiqu'on prétende le contraire, n'offre à cette époque aucun caractère particulier. On a aussi soutenu que cette bronchite prodromique d'une coqueluche se distinguait de la bronchite simple par de l'abattement, par de la tristesse, par de l'assoupissement et par un certain degré d'anxiété; mais ces phénomènes n'ont rien de constant, et, quand ils existent, ils sont plutôt en rapport avec l'appareil fébrile qu'avec la phlegmasie dont les voies aériennes sont le siège. Quoi qu'il en soit, après une durée d'un à deux septénaires, tantôt moins, rarement plus, la deuxième période commence, c'est-à-dire que la coqueluche s'établit définitivement, elle se caractérise.

Deuxième période. — On remarque d'abord que les quintes de toux se rapprochent; elles sont plus opiniâtres; déjà les secousses sont plus fortes et excitent parfois des vomissements. Dans les cas rares où la période catarrhale manque, la maladie débute tout de suite par la toux convulsive. Celle-ci peut se déclarer brusquement; mais le plus souvent elle est annoncée pendant quelques secondes ou pendant quelques minutes par divers phénomènes; les principaux sont un peu d'oppression, un chatouillement incommode vers le larynx ou l'orifice de la trachée, une accélération des mouvements respiratoires, un air d'anxiété et d'effroi, etc. On voit souvent alors les malades se mettre précipitamment sur leur séant ou courir pour s'accrocher à un corps solide. Si c'est la nuit, ils se réveillent en sursaut et s'asseyent sur leur lit; ils sont dans l'anxiété, et cherchent à retenir leur respiration. Mais bientôt la toux se déclare, les secousses se succèdent si rapidement que la respiration est impossible: aussi la suffocation est-elle imminente. L'hématose, en effet, cessant de pouvoir se faire, faute d'air dans les poumons, on voit la face se congestionner, puis bleuir; les yeux sont saillants et baignés de larmes; les veines du cou sont distendues, et les artères battent avec force; la peau, surtout à la face et au cou, est inondée d'une sueur froide. Les efforts que les malades font excitent souvent des vomissements et l'excrétion involontaire de l'urine et des fèces. On a noté aussi parfois des mouvements convulsifs et des syncopes; enfin il n'est pas rare de voir du sang être exhalé par la pituitaire, quelquefois c'est par la conjonctive ou par le conduit auditif; ailleurs, des suffusions sanguines se font sur divers points de la face, spécialement dans l'épaisseur des paupières. On comprend alors combien l'anxiété doit être grande; la figure des malades exprime,

en effet, à la fois la souffrance et la terreur ; mais bientôt cet état en apparence si grave, et qui amènerait infailliblement la mort s'il se prolongeait davantage, se dissipe. On remarque d'abord que de petites inspirations saccadées viennent interrompre la continuité de la toux ; puis enfin, celle-ci cessant, les malades font une inspiration plus longue, sifflante et tout à fait caractéristique. Cette inspiration n'est pourtant pas constante chez l'enfant : elle l'est moins encore chez l'adulte, chez lequel ce phénomène est souvent remplacé par une inspiration seulement prolongée ; quoi qu'il en soit, l'accès est alors terminé. Parfois, cependant, ce n'est là qu'un temps d'arrêt, un répit accordé au malade. Dans ce cas, après une courte suspension, les mêmes symptômes se reproduisent, et ne cessent définitivement que lorsque les malades ont rendu par la toux ou après des efforts de vomissement une plus ou moins grande quantité d'un liquide filant, albumineux, mêlé parfois à des matières alimentaires.

Ces accès ont communément une durée d'une demi-minute à une minute ; ils sont rarement plus longs ; ils se répètent plus ou moins fréquemment. MM. Rilliet et Barthez en ont compté jusqu'à soixante-douze dans les vingt-quatre heures ; il y en a souvent une vingtaine ; ils sont plus fréquents la nuit que le jour ; quelques auteurs prétendent le contraire. Les accès arrivent le plus souvent sans cause ; quelquefois ils sont provoqués par l'impression du froid, par les cris, par les secousses du rire, ou par les pleurs, par une douleur, par une émotion, une contrariété, par la distension de l'estomac après le repas, etc.

Il est beaucoup d'enfants qui, aussitôt après l'accès, reprennent leurs jeux et leur gaieté. Mais si les quintes de toux sont longues et très-rapprochées, elles laissent souvent après elles du malaise, de la céphalalgie, de la pesanteur de tête et des douleurs dans la poitrine, surtout vers les insertions du diaphragme ; il y a aussi un sentiment de brisement et de courbature ; la face reste quelque temps bouffie et le pouls accéléré. A cette période la fièvre a communément cessé ; cependant quelquefois elle persiste encore, et même elle est devenue plus intense ; mais presque toujours alors elle est la conséquence de quelque phlegmasie, surtout d'une phlegmasie pulmonaire.

L'exploration du thorax, dans la deuxième période de la coqueluche, fournit des résultats importants à connaître. La sonorité de la poitrine est toujours conservée, hormis le cas de certaines complications. Dans l'intervalle des quintes, l'auscultation ne fait en général découvrir aucun râle, le murmure respiratoire est vésiculaire partout ; mais si l'on applique l'oreille pendant les quintes, au moment où le malade ne fait que des expirations et point d'inspirations, on n'entend aucun bruit, et l'on ne sent rien autre que l'ébranlement que la toux imprime aux parois thoraciques. On ne perçoit même pas le bruit vésiculaire, lorsqu'il n'existe encore que de petites inspirations courtes et saccadées ; il en est de même pendant l'inspiration sifflante, ce qui prouve que l'air ne pénètre pas alors au delà de la trachée et des premières divisions des bronches.

La durée de la période spasmodique varie beaucoup ; elle peut n'être que de deux septénaires, ou se prolonger pendant deux, trois mois et plus ; mais ordinairement, d'après MM. Rilliet et Barthez, elle ne dépasse guère trente ou quarante jours.

Troisième période. — C'est la période de déclin. Lorsque la maladie tend vers la guérison, les quintes s'éloignent ; elles sont moins longues, moins pénibles, et se rapprochent de plus en plus des quintes d'une bronchite ordinaire. Enfin, après un temps fort variable, comme une ou plusieurs semaines, un ou plusieurs mois, tout rentre dans l'ordre.

Complications. — La coqueluche se complique souvent, dans son cours, de plusieurs affections. Ces complications sont surtout fréquentes chez les enfants ; elles surviennent spécialement dans la deuxième période : ce sont avant tout la pneumonie, puis la bronchite capillaire, la pleurésie, la méningite, l'entérite, les tubercules pulmonaires, etc. Les secousses de la toux peuvent provoquer en outre, comme nous l'avons déjà dit, un emphysème pulmonaire, une dilatation des tuyaux bronchiques, la formation ou la réapparition d'une hernie, et, chez les enfants surtout, une chute du rectum.

On a parlé, surtout en pays étranger, de la fréquence, dans la coqueluche, d'une ou de plusieurs ulcérations de la face inférieure de la langue, près du frein. Ces solutions de continuité, commençant par une vésicule, peuvent prendre une étendue assez grande. Elles sont dues manifestement aux frottements énergiques et répétés qui sont exercés contre les incisives, lorsque pendant les quintes la langue est projetée hors de la bouche, et lorsque les enfants font effort pour la débarrasser des mucosités gluantes qui collent à sa surface.

M. Blache a remarqué que la coqueluche n'avait jamais été sensiblement modifiée dans sa marche par les maladies intercurrentes : cependant on voit quelquefois une affection fébrile suspendre pour quelque temps les quintes, et guérir même les malades.

Durée. Terminaisons. — D'après ce qui précède, on voit combien est variable la durée de la coqueluche. Quoiqu'il ne soit pas possible de rien établir de précis à cet égard, nous dirons qu'il est fort rare que la maladie cesse avant deux septénaires ; plus fréquemment elle persiste un ou plusieurs mois.

La coqueluche, quand elle est simple, se termine presque toujours par la guérison ; il existe à peine un ou deux exemples de mort arrivée au milieu des quintes : la terminaison funeste est toujours déterminée par quelque complication. Cependant la coqueluche pourrait à elle seule entraîner la mort, si elle se prolongeait pendant fort longtemps : dans ces cas, les enfants épuisés maigrissent, s'étiolent, perdent leurs forces et périssent.

Diagnostic. — La coqueluche se distingue aisément du croup, dans lequel la voix est enrouée ou éteinte, la toux sourde et étouffée ; la dyspnée continue en outre dans l'intervalle des crises, à moins que les fausses membranes n'aient été expulsées. La coqueluche ne pourrait être confondue qu'avec une bronchite aiguë produisant des quintes pénibles. Mais, dans l'inflammation des bronches, les quintes ne s'accompagnent jamais de ces symptômes asphyxiques que nous avons notés précédemment ; l'inspiration qui les termine n'est jamais sifflante ; il y a rarement des vomissements ; les matières expectorées sont muqueuses, mais non filantes et albumineuses.

Pronostic. — La coqueluche simple, sans complication, est généralement peu grave. Le pronostic est d'autant plus fâcheux que l'enfant est plus jeune et plus faible. La coqueluche épidémique est généralement plus grave que celle qui est sporadique. L'existence de la fièvre dans la période spasmodique doit exciter toute la sollicitude du médecin, et faire redouter quelque grave complication vers la poitrine.

Étiologie. — La coqueluche peut survenir à tous les âges de la vie ; mais elle atteint préférablement les enfants, et ceux-ci y sont surtout sujets, d'après les relevés de M. Blache, de un à sept ans. Le même auteur a prouvé que la maladie était un peu plus commune chez les petites filles que chez les garçons. Toutes les constitutions y sont à peu près également sujettes ; elle sévit dans tous les climats et règne à toutes les époques de l'année ; elle affecte les riches

comme les pauvres : cependant elle est peut-être plus commune chez ces derniers, car les mauvaises conditions au milieu desquelles ils vivent semblent favoriser beaucoup le développement et la transmission de la maladie. La coqueluche règne souvent épidémiquement; il est rare qu'on puisse découvrir une cause excitante. On ne saurait plus aujourd'hui contester le caractère contagieux de la maladie; Guersant pensait que la transmission est d'autant plus facile que la maladie était parvenue à son plus haut degré de développement. Il fixait à cinq ou six jours la durée de la période d'incubation. A l'instar de beaucoup de maladies contagieuses, la coqueluche n'affecte guère qu'une seule fois le même individu; les récidives sont si rares, que Rosen n'a pu en observer un seul cas pendant une pratique de trente-deux ans.

Traitement. — Il est peu de maladies contre lesquelles on ait préconisé un plus grand nombre d'agents thérapeutiques que contre la coqueluche; nous n'examinerons que les principaux.

Dans la première période de la maladie, il faut adopter le traitement qu'on suivrait dans une bronchite ordinaire. On le continuera dans la deuxième période, pourvu que la coqueluche soit simple. On devra surveiller les malades, les mettre sur leur séant aussitôt que les quintes arrivent; car, sans cette précaution, on exposerait les plus jeunes à périr suffoqués. S'il existe une expectoration copieuse, si surtout des mucosités sécrétées en abondance semblaient provoquer les quintes, il faudrait, ainsi que Guersant le conseillait, administrer un vomitif et choisir préférablement l'ipécacuanha, qu'on donne en poudre ou en infusion. S'il existait de la constipation, on prescrirait un minoratif. L'émétique est le médicament que Cullen préférerait : il le donnait fréquemment; il voulait qu'on provoquât de fréquents vomissements; puis, dans les intervalles, il ordonnait les émétiques antimoniaux à doses moindres, de manière à exciter seulement des nausées. Cullen administrait communément le tartrate antimonié de potasse, d'après la formule de Fothergill (1). Les moyens dont je parle ont souvent pour effet d'éloigner les crises. La saignée, vantée par quelques personnes, ne devra être prescrite que lorsqu'il existe une fièvre intense, lorsque le sujet est fort pléthorique, ou bien lorsqu'il survient quelque complication qui en indique l'emploi. On préférera, autant que faire se pourra, la saignée générale à la saignée locale, excepté chez les enfants trop jeunes.

C'est dans cette période qu'on a préconisé les sédatifs et les antispasmodiques : l'opium, la belladone, la ciguë, l'acide cyanhydrique, parmi les premiers; le musc, l'asa fœtida, l'oxyde de zinc, parmi les seconds, sont les médicaments qu'on a le plus préconisés. L'opium ne paraît pas si efficace que quelques personnes l'ont dit : aussi lui préfère-t-on généralement la belladone, qu'on administre en poudre fraîchement préparée, et dont on porte la dose plus ou moins haut suivant l'âge des sujets. On commence toujours par de faibles quantités, comme 1 ou 2 centigrammes; on augmente progressivement jusqu'à ce que l'influence du médicament sur la pupille soit appréciable : c'est là un point de pratique qui est fortement recommandé par Guersant et par l'Américain Jackson. On a aussi conseillé de frictionner l'épigastre avec une pommade contenant 8 grammes d'extrait de belladone pour 30 de cérat. D'autres, comme M. Blache, appliquent sur la poitrine des cataplasmes de farine de lin cuite

(1) Prendre 1 décigramme d'émétique, le mêler exactement dans 2 grammes de poudre d'écrevisse dans le but de le diviser avec précision en petites doses; donner à un enfant de 1 à 5 centigrammes de cette poudre dans une cuillerée de lait ou d'eau. Si c'est insuffisant, augmenter la dose le lendemain en réitérant le vomitif tous les jours.

dans une forte décoction de feuilles de belladone. Enfin, M. Fuster se sert de celle-ci en fumigations.

La ciguë a joui d'une certaine vogue, surtout en Allemagne; on la prescrit sous forme d'extrait, en commençant par 1 ou 2 centigrammes deux ou trois fois par jour. Quelques personnes la donnent seule; d'autres l'associent à l'émétique (Schlesinger), quelques-uns à la belladone, et à l'oxyde de zinc (Guersant). Nous ne parlerons de l'acide cyanhydrique que pour le proscrire, surtout chez les enfants, à raison des accidents qu'il peut produire, quelque précaution d'ailleurs qu'on prenne; on pourrait bien le remplacer par l'eau de laurier-cerise, mais cette préparation est des plus infidèles; d'ailleurs il est avéré que les médicaments cyaniques, quels qu'ils soient, sont sans influence sur la maladie.

Lorsque les narcotiques échouent, on a recours aux antispasmodiques : on donne l'asa fœtida en lavement et même par la bouche, associée à parties égales de sirop de sucre : d'autres préfèrent l'oxyde de zinc à la dose de 1 décigramme toutes les deux ou trois heures, sans dépasser néanmoins 8 ou 10 décigrammes dans les vingt-quatre heures; on peut aussi combiner ces deux médicaments. D'autres ont préféré les excitants diffusibles, M. Guyot a donné l'infusion de café par petites cuillerées; un médecin de Lyon, Levrat-Perrotin, a conseillé l'emploi de l'ammoniaque liquide à la dose de 6 gouttes dans une potion de 150 grammes qu'on prend par cuillerée d'heure en heure; l'expérience n'a sanctionné l'emploi d'aucun de ces moyens de traitement. Si parfois ils ont paru utiles, ce n'est que dans des cas si exceptionnels qu'on ne saurait pouvoir compter sur eux. Nous ne parlerons pas d'une foule d'autres médications empiriques vantées contre la coqueluche. Tel est en particulier le séjour des malades dans les usines où l'on fabrique le gaz de l'éclairage ou plutôt dans les salles d'épuration, moyen dont on parle depuis quelque temps. Nous ne mentionnerons la vaccination, que quelques médecins ont conseillée, surtout en Angleterre, que pour nier qu'elle soit jamais un moyen préventif, ou qu'elle puisse abrégier la durée de la maladie; nous en dirons autant des révulsifs sur la poitrine, qui sont utiles néanmoins dans les complications phlegmasiques et pour modérer parfois l'état catarrhal des bronches. Les toniques et surtout le quinquina, les boissons amères, n'ont aucune action directe sur la maladie, et ne devront être employés qu'à la troisième période, pour remplir une indication spéciale, pour soutenir les forces chez un sujet épuisé. Les astringents, spécialement le tannin et l'alun, donnés dans le but de tarir la sécrétion catarrhale, ont bien rarement l'effet qu'on en espère. Les bains tièdes, souvent vantés, ne seront donnés que chez les enfants irritables ayant des spasmes, de l'agitation et des accidents convulsifs. Lorsqu'il n'y a pas de fièvre et que le temps n'est pas très-froid, les malades devront sortir et prendre de l'exercice; en pareil cas je les envoie dans les promenades les plus éloignées, changeant de lieu chaque jour et les laissant dehors aussi longtemps que possible. On les alimentera sans cependant trop distendre leur estomac; les repas par conséquent devront être, comme le dit M. Blache, plutôt multipliés que copieux. L'alimentation se composera de substances douces, excepté vers le déclin de la maladie et chez les sujets débiles, pour lesquels il faut souvent recourir aux aliments les plus substantiels : chez ces derniers on conseillera aussi avec avantage l'usage de la flanelle et les frictions sèches sur la peau.

Je ne dirai rien de la cautérisation du larynx avec une solution de nitrate d'argent faite au trentième, qu'on porterait à l'aide d'une éponge; cette méthode n'a pas encore été expérimentée d'une manière rigoureuse; l'emploi n'en

serait rationnel que s'il eût été établi que la coqueluche a son siège dans la partie la plus supérieure du larynx.

De tous les moyens recommandés pour arrêter la maladie, nul n'est plus efficace et plus rapide que le changement de lieu. Il n'est pas toujours nécessaire de transporter les individus à de grandes distances, mais il suffit seulement de changer de milieu, d'aller d'un quartier d'une grande ville à un autre différemment exposé. Disons pourtant que ce moyen n'est pas infaillible, et que d'ailleurs il ne réussit que lorsque la coqueluche est ancienne et passée tout à fait à l'état chronique.

Parmi les moyens préservatifs, il n'y en a aucun d'efficace; il n'y a de sûreté possible qu'en isolant les malades.

Nature. — D'accord avec Hufeland, avec J. Frank, avec Guersant, avec MM. Roche, Blache, etc., nous regardons la coqueluche comme une névrose, et nous fondons notre conviction sur ce que, à son état de simplicité, la maladie n'a aucun caractère anatomique; sur l'absence ordinaire de la fièvre à sa période spasmodique, sur sa marche irrégulière, sur les accès qui la caractérisent, accès qui, une fois terminés, ne laissent aucune trace. Ajoutons à cela l'impuissance des saignées, l'utilité fort restreinte pourtant des sédatifs et la cessation quelquefois brusque de la maladie par le changement de lieu. S'il nous paraît incontestable que la coqueluche est une névrose, il est moins aisé de localiser la maladie d'une manière précise? Est-ce dans les bronches, dans la muqueuse aérienne ou dans le nerf vague? C'est là un mystère qu'il ne nous est pas permis de pénétrer.

Cette manière d'envisager la maladie me paraît bien plus nette que celle qui consisterait à faire de la coqueluche une sorte de monstruosité pathologique participant à la fois des fièvres éruptives et des maladies convulsives, et devant être classée dans le cadre nosologique parmi les maladies générales aiguës, entre les névroses et les fièvres continues: c'est l'opinion de MM. Rilliet et Barthez. Un médecin non moins distingué des hôpitaux, M. Sée, a cru voir dans la coqueluche des caractères suffisants pour la rapprocher de la rougeole (1), mais si M. Sée a mis en lumière quelques points de contact tout à fait secondaires, il n'a pas tenu compte, je crois, des dissemblances radicales, comme l'absence, dans la coqueluche, de toute éruption, souvent même de fièvre, et enfin, la marche inégale, la durée indéfinie de l'affection, qui la séparent radicalement de la rougeole.

L'opinion qui a compté peut-être le plus de partisans consiste à regarder la coqueluche comme une forme, une variété de bronchite (bronchite convulsive); mais nous avons vu que la bronchite n'était pas indispensable, et, bien que très-commune, elle n'est qu'un accident, une complication de la maladie. Pour M. Beau, enfin, la maladie aurait un siège bien plus circonscrit. Dans la coqueluche, il y aurait, d'après ce médecin distingué, une inflammation catarrhale de la portion sus-glottique de la muqueuse laryngée, et ce serait le liquide sécrété par cette étroite surface qui, glissant ou tombant sur l'appareil glottique, exciterait cette toux convulsive, ce spasme analogue, d'après M. Beau, à celui qui survient lorsque des aliments ou des boissons surprennent la glotte et s'introduisent dans le larynx (2). Le fait anatomique fût-il réel, chose fort contestable encore, que de suppositions, j'allais dire presque que d'impossibilités! Il faut, en effet, admettre une sécrétion abondante d'un liquide irritant, sécrétion

(1) Archives générales de médecine, année 1854.

(2) Ibid., année 1856.

qui devrait être intermittente ou qui ne devrait pénétrer qu'à certains moments et dans les conditions les plus diverses à travers la glotte. Mais à supposer que les choses eussent lieu d'une manière aussi simple et néanmoins si insolite, les crises devraient toujours être subites, instantanées, comme elles le sont lorsque des boissons pénètrent dans la glotte. Il n'en est rien pourtant, car, nous l'avons dit tantôt, beaucoup de crises ont des prodromes et des prodromes assez longs, et ce n'est pas toujours au larynx que les enfants rapportent la sensation qui provoque la toux quinteuse; c'est souvent un sentiment d'oppression sternale, c'est un sentiment de constriction progressive dans les bronches, une simple accélération des mouvements respiratoires, et parfois une appréhension provoquée par quelque sensation plus intime encore.

De l'asthme.

A une époque où les maladies n'étaient guère caractérisées et dénommées que d'après les troubles fonctionnels, le mot *asthme* était à peu près synonyme de *dyspnée*, et on le distinguait alors en *permanent* et en *périodique*, suivant que la gêne de la respiration était continuelle ou qu'elle ne se manifestait que de temps en temps. Cependant les principaux nosographes, comme Sauvages et Cullen surtout, attachant au mot *asthme* l'idée d'une difficulté de respirer intermittente, qui revenait par intervalles, essayaient par là de séparer les dyspnées qui sont symptomatiques des lésions organiques d'avec certaines gênes de la respiration, qui, tenant à des altérations moins palpables, étaient considérées par eux comme essentielles. Les progrès incessants de l'anatomie pathologique ont de plus en plus restreint le nombre de ces dyspnées prétendues nerveuses, qu'on parvient, en effet, à rattacher presque toujours à une lésion du cœur ou des gros vaisseaux, et peut-être plus souvent encore à l'emphysème pulmonaire. Mais il faut bien prendre garde de tomber dans la même exagération que quelques-uns de nos contemporains, qui nient ou bien qui ont nié l'existence de l'asthme purement nerveux, de l'asthme essentiel, c'est-à-dire de celui qui est indépendant de toute lésion matérielle appréciable à nos sens, et par les moyens d'investigation qui sont aujourd'hui en notre pouvoir. Cependant des faits peu nombreux, il est vrai, mais recueillis par des hommes habiles, ont démontré qu'il existait réellement une névrose des voies respiratoires à laquelle le mot *asthme* doit être réservé; elle est caractérisée par des accès d'oppression qui se reproduisent à des époques irrégulières, souvent fort éloignées, et dans l'intervalle desquels les individus jouissent d'une santé parfaite.

Ce point important de médecine a été parfaitement établi par un médecin distingué de la marine, M. Am. Lefèvre, dans un travail couronné par la Société de médecine de Toulouse.

Symptômes. Marche. — L'asthme débute quelquefois brusquement; ailleurs il est précédé pendant quelques instants par un état de malaise, par des bâillements, par des pandiculations et par un dégagement plus ou moins considérable de gaz par la bouche ou par l'anus. C'est en général pendant la nuit, et le plus souvent de 10 heures du soir à 2 heures du matin, que l'accès éclate. Le malade, s'étant couché bien portant, est réveillé brusquement par un sentiment de compression et de resserrement de la poitrine que M. Lefèvre, qui était lui-même asthmatique, regarde comme caractéristique. Les malades, ne pouvant garder la position horizontale, se mettent précipitamment sur leur séant; quelques-uns descendent du lit, courent à la fenêtre pour respirer