

s'agit de thérapeutique. La saignée, les antiphlogistiques de toute nature, les vésicatoires et les révulsifs, capables d'entamer l'épiderme, qui étaient employés, alors qu'on avait de la nature de la maladie une idée que nous croyons erronée, sont maintenant rejetés d'un commun accord; et les seuls points sur lesquels les praticiens continuent à discuter ont trait au mérite relatif de telle ou telle application, ou de tel ou tel médicament tonique.

Je ne crois pas qu'il y ait aucun remède, local ou général, qui exerce une influence spécifique sur la diphthérie; telle par exemple que celle du chlorate de potasse pour maîtriser la stomatite, ou de la quinine pour arrêter court une attaque de fièvre intermittente. Il y a toutefois, habituellement, une connexion très-marquée entre l'arrêt prompt du dépôt membraneux, de quelque façon qu'on l'obtienne, et la guérison rapide du malade, bien qu'il arrive quelquefois que les symptômes généraux de la maladie produisent la mort, après que toute trace de la fausse membrane a disparu de l'arrière-gorge. Comme démonstration du rapport qui existe, entre la disparition de la lésion locale et la prompt guérison de la maladie, Trousseau fait l'historique de l'épidémie qui régnait dans un village, où tous les cas traités par des hommes de l'art qui se bornaient à l'emploi des remèdes généraux devinrent mortels; tandis que les seules guérisons obtenues le furent par une vieille femme qui, méprisant les docteurs et leurs remèdes, appliquait indistinctement dans la gorge de tous les malades un escharotique fort, presque violent.

Pourtant la pratique que cette histoire semble recommander et que j'avais l'habitude autrefois d'adopter, de même que beaucoup d'autres praticiens, a fini par être considérée comme d'une utilité plus que douteuse. L'application d'une solution forte de nitrate d'argent, comme celle de 2,50 pour 30 grammes d'eau distillée, ou de parties égales de miel et d'acide chlorhydrique, au moyen d'un pinceau en blaireau, au moment où apparaît la fausse membrane, paraît quelquefois en arrêter l'extension. En même temps, je suis absolument convaincu que les cautérisations souvent répétées, dans l'espoir d'empêcher la propagation de la maladie, non-seulement n'atteignent pas le but proposé, mais souvent produisent une augmentation du gonflement et une plus grande difficulté de la déglutition. Mais si la répétition des cauté-

risations puissantes est nuisible, on peut retirer avantage de quelques-unes des applications plus douces. Ainsi par exemple un gargarisme composé de 15 grammes d'une solution de chlorure de soude et de 180 grammes d'eau (1), ou l'application avec un pinceau de cette solution à la partie postérieure du pharynx, ou son injection avec une seringue toutes les deux ou trois heures, améliorent souvent le mal local et soulagent le malade en débarrassant la bouche du mucus visqueux, et des autres sécrétions qui s'y accumulent souvent. L'ingénieux appareil, si généralement employé maintenant sous une forme ou sous une autre pour lancer les poussières liquides (2), soit dans le but de produire l'anesthésie locale, soit pour faire des lotions dans les yeux, ou pour parfumer une pièce, et dont l'idée est due, je crois, au Dr Richardson, est extrêmement utile dans les cas pareils. Avec cet instrument, nous pouvons appliquer une solution de tannin dans la glycérine mêlée d'eau, ou une solution d'acide phénique, ou l'acide sulfureux diluée dans huit fois son poids d'eau, au grand soulagement du malade, et avec un avantage réel. L'action de se gargariser, simplement avec de l'eau glacée, ou d'avaler fréquemment de petits fragments de glace, est souvent, aussi, d'une grande utilité dans beaucoup de cas où le gonflement et la difficulté à avaler sont très-considérables; mais malheureusement il est presque impossible d'amener les enfants à persévérer dans l'emploi de ces moyens.

L'écoulement par les narines, qui est une complication très-fréquente et très-pénible, peut être en général arrêté par l'injection, une fois en vingt-quatre heures, d'une solution de 5 ou 10 centigrammes de nitrate d'argent dans 30 grammes d'eau, et on fait souvent diminuer le gonflement des glandes sous-maxillaires par des formentations chaudes, l'application de la spongio-piline ou celle d'un cataplasme de farine de graine de lin.

On peut aussi contribuer au soulagement du malade, et diminuer le danger de la propagation aux voies aériennes, en entretenant (comme je l'ai suggéré en parlant du croup) la présence d'une atmosphère chaude et humide dans la chambre, et dans la première période de l'affection, par l'inhalation, si l'enfant

(1) Liqueur de Labarraque.

(2) Pulvérisateur.

est assez âgé pour s'y prêter, de vapeur d'eau ou de vapeur d'eau vinaigrée.

Pendant qu'on recourt aux mesures précédentes, il faut poursuivre le traitement général avec une égale diligence. Dans ce dernier il importe de se souvenir que l'état fébrile qu'on observe souvent, au début de l'affection, ne doit pas nous conduire à supprimer l'alimentation, ou à recourir à un traitement fortement antiphlogistique. Si toutefois il y a au début beaucoup de chaleur de la peau, si la langue est chargée, qu'il y ait de la constipation, on peut donner un ipécacuanha, suivi de quelques grains de poudre grise (Grey powder) et d'un laxatif salin comme le sulfate de magnésie et le citrate effervescent de la même base. On peut ensuite administrer, toutes les trois ou quatre heures, une petite dose de sel simple comme le citrate de potasse, en y ajoutant chaque fois de 0,20 à 0,25 centigrammes de chlorate de potasse. Pendant tout ce temps on maintiendra l'enfant au lit, attendu qu'il est de la plus grande importance d'éviter toute dépense de forces; si le vin, au début, peut n'être pas nécessaire, le thé de bœuf s'administre dès le principe, et on ne doit pas en général différer longtemps les stimulants. La faiblesse et la mollesse du pouls donnent presque toujours, malgré la chaleur momentanée de la peau, une idée exacte sur la ligne de conduite qu'il convient de suivre, et très-souvent, vingt-quatre heures suffiront pour dissiper entièrement les symptômes fébriles qui ont marqué le début de la maladie, et pour que celle-ci se montre sous son vrai caractère.

J'ai déjà exprimé mon peu de foi dans l'existence d'un spécifique pour diphthérie, bien que j'aie donné et sois habitué à donner la teinture de perchlorure de fer dans un grand nombre de cas. Elle m'a paru être un bon remède, mais rien de plus, et dans mes mains elle n'a jamais justifié les prétentions à ces vertus spéciales dont quelques praticiens lui ont fait honneur. Je l'emploie en général associée au chlorate de potasse, je donne environ 0,20 centigrammes de sel et 0,40 centigrammes de teinture de fer toutes les quatre heures à un enfant âgé de cinq ans. Je n'ai jamais eu de raisons pour croire que là où des doses ordinaires d'un médicament échouent, des doses excessives doivent réussir; et quand un médecin parle de donner 0,75 centigrammes de perchlorure tous les quarts d'heure, jour et nuit, pendant soixante-douze heures, je ne sais de quoi je dois être le

plus étonné, de la tolérance du malade, ou de la hardiesse du docteur (1). Le fer m'a paru dans quelques cas empêcher le malade de prendre volontiers des aliments, ou rendre l'estomac incapable de les tolérer, et quelquefois pour ce motif, quelquefois à cause de son insuccès, j'en ai cessé l'usage et l'ai remplacé par de la quinine avec de l'acide chlorhydrique et de la teinture de quinquina. Ce mode de traitement a réussi dans quelques cas et échoué dans d'autres.

Il faut avouer que dans la grande majorité des cas, l'importance des médicaments a paru tout à fait inférieure à l'administration de l'alimentation, ainsi que des stimulants; et des enfants de quatre ans ont pris environ 200 grammes de vin et de 30 à 60 grammes d'eau-de-vie, pendant plusieurs jours de suite, non-seulement avec grand avantage, mais en apparence comme le seul moyen capable d'entretenir la vie. Quand la déglutition était trop difficile, ou bien lorsque en l'absence de cette difficulté, le malade refusait de prendre de la nourriture, ou bien que l'estomac la rejetait, j'ai eu recours à des lavements de thé de bœuf avec un certain avantage passager; car dans aucun des cas où le vomissement et la répugnance à prendre des aliments avaient duré pendant un certain temps, je n'ai vu survenir de guérison.

J'ai mentionné la sécrétion peu abondante de l'urine, dans quelques cas de diphthérie, et la quantité considérable d'albumine qu'on y trouve alors, comme l'un des symptômes les plus graves de la maladie. Le Dr Wade, de Birmingham (2), qui a signalé les changements de structure des reins que l'on trouve unis à cet état de l'urine, et qui sont apparents dès les trois ou quatre premiers jours qui suivent le début de la diphthérie, insiste sur l'emploi de l'iodure de potassium et du chlorate de potasse presque dès le premier jour, et sur l'administration d'une grande quantité de liquide, comme un moyen préservatif infaillible de ce danger, comme de tous les autres. On ne peut guère douter que l'absorption d'une grande quantité d'eau n'augmente beaucoup

(1) Dr Aubrun, dans une communication à l'Académie des sciences de Paris, nov. 1830.

Il est toutefois bon d'ajouter que la statistique du Dr Aubrun est des plus satisfaisante.

(2) Dans son essai, *Observations on diphtheria*, in-8°, London, 1858, et une publication ultérieure, *On diphtheria*, Birmingham, 1863.

la quantité de la sécrétion urinaire, et que dans beaucoup de circonstances la quantité absolue (non pas seulement relative) d'albumine ne soit en même temps diminuée dans une très-grande proportion. Mais c'est une entreprise difficile de faire boire à un enfant de trois ans de grandes quantités de liquide, alors que tout effort de déglutition produit une douleur violente et que les assistants éprouvent la plus grande peine à amener le malade à avaler la quantité d'aliments nécessaire à entretenir sa force vitale prête à s'éteindre. C'est pendant la première période de la maladie, quand la déglutition est habituellement très-difficile, et que les dangers provenant d'autres sources sont très-pressants, que les troubles de la sécrétion urinaire se montrent sous leurs formes les plus graves. J'ai dans ces cas donné l'iodure de potassium exactement comme je l'ai donné associé à d'autres sels dans l'hydropisie scarlatineuse. Je crois que c'est un remède utile, mais je dois ajouter en même temps qu'il me paraît y avoir peu de choses plus préjudiciables au progrès de la science médicale que ce dogmatisme aphoristique, qui proclame un certain mode de traitement comme n'admettant pas la possibilité d'une seule terminaison fatale, lorsqu'il a été convenablement mis en œuvre.

De temps à autre, une dose d'épicacuanha, donnée dans les premières périodes de la maladie, a rendu la déglutition plus facile alors qu'elle était pénible; mais je ne connais aucun remède capable d'arrêter les progrès du croup survenant dans le cours d'une diphthérie qui avait réclamé l'emploi des moyens toniques et des stimulants. Dans les cas où la maladie s'est traduite presque dès le début par les symptômes du croup, je crois que la présence des fausses membranes dans l'arrière gorge ne devrait pas nous éloigner beaucoup des moyens de traitement que nous mettrions en œuvre, s'il s'agissait d'une trachéite primitive; et l'administration des vomitifs (mais pas des antimonialaux) ainsi que l'emploi ferme des mercuriaux, bien que le malade puisse en même temps avoir besoin d'être soutenu et stimulé, m'ont paru avoir une grande importance. Dans ces cas pourtant, plus même que dans le croup inflammatoire, il me paraît indiqué de pratiquer la trachéotomie de bonne heure, aussitôt que les médicaments cessent d'avoir de l'action sur les troubles respiratoires.

Je ne sache pas qu'il y ait aucun traitement spécifique que

l'on puisse recommander pour faire disparaître les symptômes de paralysie qui succèdent à la diphthérie. D'abord il faut avoir présent à l'esprit, qu'ils ont avec le temps, une tendance à guérir; en outre, que plus est long le temps qui s'écoule entre la période aiguë de la diphthérie et l'apparition de la paralysie, moins en général celle-ci est grave; et troisièmement, qu'aussi longtemps que l'affaiblissement de la contractilité est limité aux extrémités et aux muscles de la déglutition, nous sommes autorisés à garder une idée favorable sur l'issue de ces cas; ce qui n'est plus justifié lorsque les muscles de la respiration sont atteints, ou que l'action du cœur est troublée. Règle générale, les toniques sont indiqués; et j'ai l'habitude de prescrire le fer, associé à la noix vomique ou à la strychnine. J'ai souvent observé une amélioration lente, mais sûre, sous l'influence de ces remèdes. Je n'ai cependant vu aucun cas où l'amélioration ait été assez marquée pour m'autoriser à dire que les remèdes, indépendamment de l'influence du temps, et des moyens d'hygiène générale, aient eu une part importante dans la guérison.

Il y a une autre forme de la maladie, que beaucoup de ses caractères rapprochent de la diphthérie, d'autres du croup, et qui se présente à nous *comme une complication très-dangereuse de quelque autre affection, presque toujours de la rougeole*. Elle m'était familière et je l'ai décrite (1) à une époque où je n'avais de la diphthérie idiopathique qu'une connaissance superficielle et imparfaite; j'en reproduis ici l'exposé, parce que sous certains rapports, comme par exemple son association avec la stomatite ulcéreuse, elle diffère des formes de diphthérie que j'ai pu voir depuis.

Cette variété de croup commence rarement avant que la rougeole soit sur son déclin, ou avant que le travail de desquamation soit commencé. Sa production a surtout lieu du troisième au sixième jour, à compter de l'apparition de l'éruption, mais elle se montre plus fréquemment après qu'avant cette période. Elle se traduit souvent, dès le début, par des symptômes très-marqués; mais il arrive fréquemment que la nature de la maladie est masquée et sa marche insidieuse, et que le degré des troubles existants pendant la vie ne donne pas une idée exacte de l'importance des désordres locaux que l'autopsie peut révéler.

(1) *Medical Gazette*, 5 août 1843.

Par elle-même, cette forme est au plus haut point dangereuse, et le danger qu'elle fait courir se trouve encore augmenté par la coexistence fréquente d'une inflammation pulmonaire, qui court en outre à masquer les symptômes du croup. Quand l'affection laryngée survient trois ou quatre jours après l'apparition de la rougeole, sa présence se révèle habituellement par des symptômes beaucoup plus évidents que quand elle se montre après qu'un laps de temps s'est écoulé depuis la cessation des symptômes fébriles; quelquefois, pourtant, elle se développe imperçue en même temps que la rougeole, et amène la terminaison fatale au moment où le médecin y pense le moins. En pareils cas l'enfant est évidemment malade d'une manière plus sérieuse qu'on ne peut l'expliquer par la rougeole; mais il n'articule aucune plainte déterminée, et il n'existe aucun indice d'un trouble spécial dans aucun organe. Il y a de l'assoupissement, de la répugnance à avaler, et peu de disposition à parler; mais la toux peut être très-légère, la respiration exempte de tout sifflement croupal, et l'enfant parle à voix si basse qu'il est presque impossible de savoir si celle-ci présente une altération. Dans de telles circonstances, l'observation la plus attentive est nécessaire pour éviter l'erreur. La perte de la voix devrait d'elle-même attirer l'attention vers le larynx; il faut écouter attentivement les cris, exercer une pression sur le larynx pour s'assurer s'il y existe beaucoup de sensibilité, et ne jamais manquer de faire l'inspection de la gorge.

Un peu moins obscurs, et beaucoup plus fréquents, sont les faits dans lesquels l'affection du larynx survient après la desquamation. Le rétablissement s'est jusqu'à un certain point bien effectué, lorsque avec ou sans augmentation de la toux et du catarrhe morbilleux, la fièvre se rallume et l'enfant retombe malade, en apparence sans cause suffisante. Quelquefois une toux sonore, retentissante avec altération des bruits respiratoires, accuse la nature de la maladie; mais d'autres fois, il n'y a pas d'autres symptômes qu'un assoupissement inusité, de la répugnance à parler, une altération du timbre de la voix, avec crainte d'avaler, ou une véritable difficulté dans l'acte de la déglutition.

Dans de nombreux cas, la déglutition n'offre presque aucune difficulté; et je me rappelle seulement un cas où celle-ci était si grande que les liquides revenaient par le nez. Mais, même

malgré le peu d'importance de ces symptômes, on observera habituellement, à l'examen de la bouche, que les gencives ont une apparence fongueuse, ou sont ulcérées, que la langue a une rougeur et une sécheresse anormales, et que de petites ulcérations aphtheuses se sont formées sur les bords de la muqueuse qui tapisse la bouche. On trouvera habituellement le voile du palais rouge et tuméfié, et on y observera des plaques de fausses membranes, ainsi que sur les amygdales. Dans ces cas, si la maladie se termine par la mort, celle-ci survient à une époque très-variable, bien que la maladie, le plus souvent, ait une marche jusqu'à un certain point chronique. La force du malade décline chaque jour, et l'amaigrissement fait des progrès rapides; pourtant il ne se montre aucun symptôme aigu. Il y a une grande agitation, et l'enfant ne semble bien dans aucune position, quelquefois il se tient constamment assis sur son lit, le malaise et la dyspnée succédant à toute tentative pour le faire tenir dans la position horizontale.

L'altération de la voix est suivie d'une aphonie complète; la toux fréquente et douloureuse qui avait auparavant causé beaucoup de fatigue cesse tout à fait; et bien que l'enfant ait évidemment soif, souvent il refuse de boire, ou n'avale qu'avec difficulté. Il survient habituellement de la diarrhée, ou une pneumonie qui hâte la mort; pourtant, dans certains cas, l'exacerbation des symptômes du croup, jointe à la faiblesse croissante de l'enfant, sont les seules causes de la terminaison fatale.

En faisant l'autopsie des enfants morts de cette affection, non-seulement on trouve la membrane muqueuse de la bouche enflammée et ulcérée, mais le voile du palais, l'arrière-gorge, l'épiglotte, et la partie supérieure du pharynx apparaissent plus ou moins congestionnés, et recouverts, dans une plus ou moins grande étendue, par une fausse membrane.

L'épiglotte est souvent ulcérée sur ses deux faces, et en partie recouverte de pseudo-membranes. La membrane muqueuse du larynx est généralement érodée par de nombreuses petites ulcérations, et recouverte, aussi, du même dépôt membraneux. Dans aucun cas je n'ai vu la pseudo-membrane s'étendre plus bas que le larynx, et bien que la trachée soit habituellement congestionnée, quelquefois même d'une manière intense, ce n'est pourtant pas du tout là un fait invariable. La bronchite et

la pneumonie, surtout la dernière, sont des complications fréquentes de cette affection.

Le timbre particulier qui caractérise la toux du croup, le caractère strident de la respiration, et la dyspnée violente qui marque les progrès de la maladie résultent presque entièrement, comme j'ai à peine besoin de vous le rappeler, de l'action spasmodique des muscles du larynx, et non de l'obstacle mécanique que la fausse membrane présente à l'entrée ou à la sortie libre de l'air. Nous avons vu que ces symptômes sont en somme moins marqués dans les cas où le croup se montre comme une affection secondaire, et où le larynx se trouve envahi, par l'extension jusqu'à lui de la fausse membrane qui a commencé dans la gorge, que dans ceux où les voies aériennes sont primitivement affectées. De plus, ils varient beaucoup par rapport à la date de leur apparition et au degré de leur intensité, même dans les cas qui ont le plus de ressemblance les uns avec les autres; et ils n'ont pas plus de rapports certains avec l'intensité de l'inflammation qu'avec la quantité de fausse membrane déposée. La diversité, sous ce rapport, dépend plutôt de quelque particularité individuelle que de différences essentielles dans la nature de la maladie.

Cette manière de voir n'est pas adoptée par tous les écrivains, mais quelques observateurs d'une réputation bien méritée, comme Guersant (1), par exemple, ont compris qu'il y a des différences suffisantes pour nous autoriser à placer dans une

(1) Il y a évidemment des raisons de premier ordre pour ne pas confondre avec le croup et placer dans une catégorie à part l'affection du larynx, qu'en raison de ses symptômes Bretonneau a désignée sous le nom de *faux croup*, et Guersant, sous celui de *laryngite striduleuse* — celle-ci n'a point la marche du croup. Chez un enfant qui a pu se refroidir ou qui a beaucoup joué et crié, on la voit débiter brusquement en général vers minuit, après le premier sommeil, par une toux rauque, sifflante, et un violent accès de suffocation durant lequel l'enfant se dresse dans son lit, s'agite, a la face vultueuse et semble sur le point de suffoquer. Ainsi que l'a dit très-judicieusement Guersant, elle commence comme le croup finit; mais tandis que dans ce dernier les symptômes vont croissant, ici ils ne tardent pas à se calmer. Au bout d'une demi-heure, d'une heure, la toux s'apaise, la gêne de la respiration disparaît peu à peu, l'enfant pâle et inondé de sueur s'endort le plus souvent pour le reste de la nuit. Quelquefois revient un autre accès avant le jour, mais il est déjà moins violent que le précédent et la toux moins rauque. La maladie ne consiste très-fréquemment qu'en

catégorie à part ces cas de croup, qui sont marqués par la prédominance des symptômes spasmodiques. Ils ont proposé de désigner cette forme de la maladie par le nom de *laryngite striduleuse*, pour la distinguer du croup ordinaire, ou laryngite pseudo-membraneuse. C'est sans aucun doute l'observation de quelques cas de cette nature qui a conduit le D^r Millar, il y a plus d'un siècle, à décrire sous le nom d'*asthme aigu* une maladie qui, sous beaucoup de rapports, ressemblait au croup, mais présentait un mélange de symptômes spasmodiques et inflammatoires; les premiers prédominant au début, les seconds vers la fin de la maladie. Le D^r Millar paraît, en réalité, avoir dans une certaine mesure confondu deux affections très-différentes; le vrai croup spasmodique, ou laryngisme striduleux, *laryngismus stridulus* (1), et le croup inflammatoire ou trachéite *cynanche trachealis* (2); en croyant qu'elles constituaient les deux stades d'une seule maladie. Mais, nonobstant, on trouve quelquefois des cas qui ont une très-proche ressemblance avec la description de Millar, bien qu'il ne me paraisse y avoir aucun avantage à créer une nouvelle espèce de croup d'après

un seul accès, et s'il doit y en avoir un second, c'est habituellement pendant la nuit suivante qu'il se montre. L'accès de suffocation et la toux rauque, caractéristique du faux croup, surviennent quelquefois au cours d'un léger catarrhe des voies respiratoires, ou bien, dans beaucoup de cas, sont suivis d'une toux catarrhale qui indique d'une manière certaine que la maladie va se terminer.—La guérison est souvent complète en 48 heures.—Le pronostic est toujours favorable ou à peu près.—Les récidives sont fréquentes, toutes circonstances inverses de ce qui a lieu pour le vrai croup; de même, la plus grande fréquence des deux maladies ne répond pas aux mêmes âges, puisque la laryngite striduleuse est surtout fréquente de 1 an à 2. Elle peut, il est vrai, se montrer chez des enfants moins jeunes, et il y en a chez lesquels elle marque le début de tous les rhumes qu'ils peuvent contracter.— Elle a pu causer la mort par suffocation dans des cas simples, ce qui est infiniment rare; soit en raison de complications, et mettre ainsi à même de constater, *de visu*, non-seulement l'absence de fausse membrane, mais de lésions importantes de la muqueuse. L'idée la plus juste qu'on puisse se faire de la nature de cette maladie, c'est qu'elle consiste en une irritation, ou une légère phlegmasie catarrhale du larynx, provoquant des troubles convulsifs hors de proportion avec leur cause locale, et qui dépendent de la disposition du sujet.— L'ipéca, les anti-spasmodiques, les boissons tièdes, le maintien de l'enfant au milieu d'une douce température constituent le traitement.

(1) Art. Croup, *Dict. de médecine*, t. IX, Paris, 1835.

(2) *Id.*, *ibid.*, 2^e édit., t. II, Paris, 1845.