

Dans le cas de paralysie du pneumogastrique, ce n'est plus au courant faradique, mais au courant galvanique que l'on a recours.

On applique les deux électrodes entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien l'une à droite, l'autre à gauche, en faisant passer un courant d'une intensité moyenne, de 5 à 10 milliampères. Durée moyenne de la séance : 10-20 minutes. On peut encore appliquer un tampon au niveau du cou, entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien gauche (pôle positif) et une large plaque à la région précordiale (pôle négatif).

Contre la paralysie du diaphragme on utilise soit la faradisation, suivant la méthode de Duchenne, de Boulogne (un rhéophore à demeure, au cou entre les deux chefs du St. C. M. et un autre rhéophore appliqué 25 à 50 fois par minute, à la base du thorax, au niveau des insertions costales du diaphragme), soit la galvanisation (électrode négative promenée à la base du thorax).

Nous avons indiqué précédemment que dans quelques cas le *sérum* a paru guérir rapidement des paralysies diphtériques.

D'autres complications moins sérieuses méritent encore une mention, ce sont les otites, les conjonctivites, les adénopathies.

Quand une otite est déclarée, il faut sans retard pratiquer la *paracentèse du tympan* et faire ensuite des *lavages répétés* avec le bock rempli d'eau additionnée de 50 à 100 grammes par litre d'eau oxygénée. On panse ensuite à la *glycérine phéniquée*.

La *conjonctivite* diphtérique guérit surtout sous l'influence du *sérum*. Pour calmer les douleurs on fera des applications de *compresses froides*. On peut employer d'autre part les *instillations d'acide citrique dilué* et les *lavages au permanganate de potasse*.

Si les adénopathies précoces cèdent uniquement à la sérothérapie, les adénopathies tardives liées à des infections secondaires, qui ont pour porte d'entrée des ulcérations de l'amygdale, nécessitent des soins particuliers: il faut insister sur les irrigations de la gorge avec l'eau oxygénée diluée et toucher directement les ulcérations soit avec l'eau oxygénée pure, soit avec la teinture d'iode. Sur les ganglions on fera des *applications chaudes* (cataplasmes ou compresses humides recouvertes d'un imperméable). Si malgré ces moyens la suppuration se produit, il faut ouvrir sans retard, en faisant plutôt une *ponction* qu'une large incision, pour prévenir les grandes cicatrices. Une mèche de gaze stérilisée et une compresse de même gaze constitueront le pansement.

Les *hémorragies bucco-pharyngées*, même peu abondantes, sont toujours d'un pronostic grave, car elles indiquent une intoxication profonde de l'organisme: d'ailleurs, en se répétant, elles amoindrissent la résistance du petit malade.

L'*ingestion de glace pilée*, les *irrigations* sous faible pression de solution froide d'eau oxygénée sont les moyens les plus rationnels à employer. On pourra prescrire aussi le *chlorure de calcium* en potion à la dose de 2 ou 3 grammes.

Les *sténoses laryngées* constituent les complications les plus tardives de la diphtérie; elles peuvent se produire spontanément, comme conséquence de la cicatrisation d'ulcérations, ou bien se produire soit à la suite du tubage, soit à la suite de la crico-trachéotomie. Elles sont d'ailleurs assez rares. Nous indiqu-

rons en quelques mots les règles de leur traitement qui est du ressort des laryngologistes.

Le traitement diffère suivant que le rétrécissement est infranchissable, étroit ou large.

Un rétrécissement est large lorsque le larynx admet un tube d'un calibre inférieur de deux ou trois numéros à celui qui conviendrait à l'âge de l'enfant.

On procède à sa dilatation par des *tubages intermittents*, chaque tube étant laissé en place pendant 24 à 56 heures et chaque tubage étant séparé du précédent par un intervalle de quelques heures. A chaque tubage, s'il est possible, on introduit dans le larynx un tube d'un calibre supérieur jusqu'à ce qu'on arrive à passer le tube correspondant à l'âge; sinon on réintroduit le même tube. Lorsqu'on a atteint le numéro convenable, on espace les séances de tubage, en même temps qu'on en réduit la durée; une séance quotidienne d'une demi-heure à une heure peut suffire pendant quelques jours; mais dans certains cas on est obligé de répéter les tubages pendant de longs mois, traitement qui met à une rude épreuve la patience du malade et aussi celle du praticien. Il est d'ailleurs des cas où les tentatives de tubage échouent et où en présence de l'asphyxie menaçante, on est obligé de pratiquer d'emblée la trachéotomie. Ultérieurement on aura recours au tubage, comme il vient d'être indiqué.

Les rétrécissements étroits, c'est-à-dire ceux qui n'admettent pas le passage des tubes usuels, nécessitent la *trachéotomie d'emblée*. Celle-ci une fois faite, on procède à la dilatation qui peut se faire de haut en bas avec des tiges dilatatrices en métal blanc nickelé, graduées, au nombre de sept (procédé de Schrötter), ou de bas en haut (cathétérisme rétrograde avec des sondes molles et flexibles).

Les rétrécissements infranchissables nécessitent la *laryngo-fissure* ou la *résection du cricoïde*.

En somme le pronostic des laryngo-sténoses est très sombre, car souvent l'enfant doit rester trachéotomisé pendant de long mois, ce qui l'expose à des complications pulmonaires.

#### V. — Traitement des associations pathologiques de la diphtérie.

La diphtérie complique fréquemment une maladie infectieuse ou peut être compliquée par elle; parmi les associations, les plus fréquentes sont celles de la diphtérie et de la rougeole, de la diphtérie et de la scarlatine.

**Rougeole et diphtérie.** — Ce qui caractérise essentiellement cette association morbide, que la rougeole ait précédé la diphtérie ou l'accompagne, c'est la prédisposition toute particulière créée par la rougeole aux manifestations laryngées de la diphtérie, c'est la gravité de ces manifestations laryngées, la fréquence des ulcérations à la suite du tubage, enfin la prédisposition plus grande à la broncho-pneumonie.

En somme l'association de la diphtérie et de la rougeole comporte un pronostic sévère, surtout quand il y a complication de broncho-pneumonie.

De nombreuses discussions ont eu lieu relativement au traitement à diriger