

VINGT-CINQUIÈME LEÇON

DIPHTHÉRIE OU ANGINE MALIGNE (1).

N'est pas une maladie nouvelle. — Ses caractères anatomiques. — Mode d'extension de la maladie. — Son rapport avec le vrai croup. — Caractères particuliers de chaque maladie.

Symptômes de la diphthérie. — Dans sa forme la plus bénigne, apparition insidieuse des symptômes du croup. — Dans ses formes plus graves, fréquemment unie à l'albuminurie. — Dépression particulière des forces qui la caractérise. — Preuve de son affinité avec la classe des maladies du sang. — Symptômes particuliers qui la suivent. — Examen du rapport qui existe entre elle et la fièvre scarlatine. — Preuves en faveur des deux manières d'envisager la question. — Celles en faveur de leur non identité paraissent l'emporter.

Traitement. — Applications locales. — Moyens généraux. — Nécessité des toniques et des stimulants.

Forme modifiée de la maladie. — Habituellement une complication de la rougeole ; ses symptômes et son traitement.

Laryngite striduleuse ou croup avec prédominance des symptômes spasmodiques. — N'est pas une maladie distincte, mais résulte de particularités constitutionnelles. Cas à l'appui.

Exemples de toux spasmodique et d'affection du larynx par irritation des poumons, de l'intestin, du cerveau. — Note sur l'asthme thymique.

Nous avons fait allusion, dans la dernière leçon, à une seconde forme de maladie, ressemblant au croup sous certains rapports bien qu'en différant sous d'autres, semblable, mais non identique et par conséquent demandant une description séparée. Cette autre maladie, angine maligne diphthérique, ou plus exactement diphthérie, n'est pas une maladie

(1) En faisant du mot *diphthérie* le synonyme d'angine maligne, le professeur lui donne un sens plus restreint que celui qui lui est accordé en France, où l'angine diphthérique, couenneuse, maligne, n'est considérée que comme une des localisations, la plus importante sans doute, de la diphthérie, tandis que cette dernière est envisagée comme une maladie générale, ayant pour traduction anatomique les muqueuses et la peau dépourvue

nouvelle (1), mais une affection qui, bien que toujours existante, appelle quelquefois l'attention générale par les symptômes formidables qui l'accompagnent, la rapidité de sa marche et le choix qu'elle fait de nombreuses victimes dans la même ville, le même village, la même famille. Dans ces moments, elle a une manière d'être si différente de celle qu'elle prend dans ses formes plus douces qu'il est difficile d'admettre que le léger mal de gorge qui ne causait qu'une gêne insignifiante, et demandait à peine un traitement local, ne fasse qu'un avec la maladie pernicieuse dont les symptômes locaux sont souvent mis au second plan par la gravité des troubles généraux qui la caractérisent.

Dans chacun de ces cas, pourtant, son caractère anatomique essentiel est le même et consiste dans de la rougeur, un gonflement comprenant les amygdales et le voile du palais, accompagné en quelques heures de l'exsudation, sur leur surface, d'une fausse membrane blanche, épaisse, apparaissant sous forme de petits points ou de petites plaques qui se réunissent promptement, et qui constituent un revêtement uniforme sur les parties qui présentaient, dès l'abord, de la rougeur et du gonflement. Le dépôt, d'abord blanc, perd promptement cette couleur en même temps que se produit une nouvelle exsudation, et devient gris ou noirâtre sous l'influence de l'action de l'air, ou par la coloration que lui donne le sang qui s'échappe de la muqueuse congestionnée ; bientôt aussi, il se sépare en lambeaux qui, pendant sur la paroi de l'arrière-gorge, ont l'apparence d'un tissu gangrené, lequel trompa les premiers observateurs et fit donner à la maladie le nom d'angine gangréneuse.

Si on rompt ses attaches aux tissus subjacents, on voit sur ceux-ci un nombre de petits points saignants qui attestent la solidité des adhérences de la fausse membrane ; mais, outre l'augmentation de vascularité, les parties, en général, ne montrent aucune autre altération marquée. Je doute pourtant que la classification rigoureuse qui voudrait placer dans une catégorie à part tous les cas dans lesquels il existe une érosion, ou une ulcération manifeste de la membrane muqueuse, au-dessous de la fausse membrane, fût pratiquement utile ou soutenable au

de son épiderme, pour cause principale la contagion, et pour symptômes des troubles variés suivant l'organe ou l'appareil sur lequel se produit la manifestation locale. La diphthérie ainsi comprise renferme dans son domaine l'angine coenneuse, le coryza de même nature, le croup, etc., qui forment, pour le clinicien, des maladies dignes d'une étude spéciale mais d'une étude identique.

(1) La relation sans prétention de Starr sur la maladie de Liskeard, il y a un siècle, expose tous les traits les plus caractéristiques de la diphthérie : la fausse membrane dans l'arrière-gorge, son extension aux voies aériennes, son apparition sur la surface des vésicatoires et derrière les oreilles ne laissent presque rien à désirer pour démontrer l'identité des deux affections. Ceux qui désirent étudier à fond la question trouveront toutes les informations nécessaires dans *Fushs historische untersuchungen über angina maligna*, in-8. Würzburg, 1828.

point de vue pathologique ; car, en même temps que la membrane des amygdales n'est pas toujours exempte d'ulcérations, je crois que dans un grand nombre de faits dans lesquels l'ulcération s'étend dans les voies aériennes, la muqueuse qui tapisse le larynx est manifestement érodée, et que l'on peut discerner de petites taches d'ulcérations sur les bords de la glotte.

On trouve, en général, associé avec cet état de l'arrière-gorge un gonflement des glandes sous-maxillaires et du tissu cellulaire adjacent, et même, jusqu'à un certain degré, des parotides. Ce gonflement bien que très prompt à se former et à disparaître est rarement aussi considérable que celui qui accompagne souvent la scarlatine ; il n'a que peu de tendance à abcéder, encore moins à s'indurer et à prendre le caractère tout à fait indolent qui augmente si souvent, et les souffrances, et le danger de la maladie.

Bien qu'on observe d'abord le dépôt pseudo-membraneux sur les amygdales et le voile du palais, souvent il ne reste pas limité à ces points, mais il tend à s'étendre, par simple continuité de tissus, à la bouche, au pharynx, à l'œsophage, au larynx et à la trachée, quelquefois aux fosses nasales. L'extension à la membrane muqueuse de la bouche et le dépôt de fausses membranes sur la langue, sur la muqueuse des joues ou des gencives, est un fait exceptionnel. Je n'ai vu une semblable exsudation que quatre fois, et je crois qu'en tout temps elle manque beaucoup plus souvent qu'elle n'existe. Dans deux cas, la bouche était libre de fausses membranes, mais celles-ci tapissaient le pharynx dans les deux tiers de sa longueur ; la membrane muqueuse sous-jacente ne présentait qu'un très léger degré de vascularisation, et la couenne ne lui adhérait que d'une manière très lâche. Dans un cas, l'œsophage était libre, mais une fausse membrane épaisse, qui se terminait brusquement au cardia et au pylore, tapissait l'estomac et adhérait fortement à la muqueuse. Dans ce cas, il y avait en même temps de la diphthérie à l'ouverture des narines, sur le voile du palais, à la face supérieure de l'épiglotte, à la base de la langue, dans les fosses nasales, dans le larynx jusqu'au cartilage cricoïde. La tendance de la pseudo-membrane à envahir les fosses nasales paraît varier beaucoup, suivant les différentes épidémies. Je n'ai presque jamais vu cette production, dans ce pays-ci, présenter les traits les plus caractéristiques d'une fausse membrane très distincte, bien que l'on constate, dans presque tous les cas de diphthérie grave, un écoulement nasal semblable à celui qui existe dans la scarlatine (1). M. Bretonneau donne relativement à ces cas un avis qu'il ne faut pas oublier, c'est que dans quelques-uns d'entre eux la maladie commence par les narines, et de là se propage d'une manière si insidieuse qu'elle

(1) *Arch. génér. de Méd.*, janv. et sept. 1855.

échappe à l'attention de tous ceux qui ne sont pas prévenus et mis en éveil au sujet de cette particularité.

Le rapport entre l'importance du dépôt membraneux dans les narines, et l'extension de la fausse membrane au larynx n'est en aucune façon constant. Un dépôt sur le voile du palais, très léger, et qui disparaît promptement, peut pourtant être suivi d'une exsudation très abondante dans le larynx ainsi que dans la trachée, tandis que, d'un autre côté, la formation de fausses membranes très étendues sur la paroi postérieure de la gorge peut ne jamais envahir le larynx. Les lésions que produit l'extension du dépôt diphthéritique aux voies aériennes sont précisément les mêmes que celles qu'on observe dans la trachéite (*cynanche trachealis*) dans laquelle, sans aucune affection antécédente de l'arrière-gorge, l'inflammation a attaqué de prime-abord le larynx et la trachée. M. Isambert a, il est vrai, prétendu dans une publication très estimable (1) que l'état de la membrane muqueuse fournit les éléments d'une distinction entre ces deux affections, et que, tandis que dans la diphthérie la membrane sous-jacente à l'exsudation est souvent ulcérée, on ne constate rien de semblable dans le croup primitif. Mon expérience personnelle ne démontre cependant pas cette différence, car j'ai constaté l'ulcération de la membrane muqueuse dans le croup primitif, bien que moins fréquemment que dans la forme diphthéritique ; et son absence ou sa présence semble dépendre simplement de la rapidité des progrès de la maladie vers une terminaison fatale ; quand la fausse membrane est très étendue, et qu'en conséquence la mort survient très rapidement, l'altération de la muqueuse a paru moindre ; quand la marche de la maladie est plus lente, et que la fausse membrane est tout à fait ou presque exclusivement limitée au larynx, les ulcérations m'ont paru être très fréquentes, et se sont quelquefois, dans ces conditions, élevées jusqu'à l'érosion complète de la membrane qui tapisse le larynx. En confirmation de ces réflexions, je puis ajouter que c'est dans le croup diphthéritique qui succède à la rougeole, et qui généralement est le moins rapide dans sa marche, qu'on trouve d'habitude l'altération de la membrane muqueuse considérable (2).

J'en suis venu à cette conclusion, que j'ai été longtemps à adopter, que quelles que puissent être les différences qui existent entre le croup et la diphthérie, elles doivent être cherchées ailleurs que dans les modifications pathologiques qu'on observe dans les organes respiratoires. L'étendue seule de la fausse membrane dans les voies aériennes ne peut certainement servir par elle-même de base à une distinction entre les

(1) *Arch. génér. de Médecine*, mars et avril 1857.

(2) Les résultats de l'examen microscopique ne semblent, jusqu'à présent, pas assez précis pour résoudre cette question. Voyez, sur ce sujet, les observations et les remarques de Uhle et Wagner : *Allgemeine Pathologie*, 5^e édit., 1872, pp. 285-286.

deux affections, bien que je croie qu'il est plus commun de voir la fausse membrane s'étendre jusqu'à la troisième division des bronches dans la diphthérie que dans le croup primitif.

Mais, quand même il en serait ainsi, la similitude des lésions anatomiques produites par deux maladies ne suffit pas pour établir leur identité. Les accoucheurs savent que la métrite simple et la fièvre puerpérale sont des maladies qui diffèrent grandement dans leurs symptômes, leur marche, leur gravité et leur disposition à céder aux traitements, bien que dans les deux, lorsqu'elles se terminent par la mort, on découvre dans la matrice exactement les mêmes altérations; de même, si nous poussons nos investigations au delà des modifications inscrites sur les parois des organes respiratoires, les différences entre le croup et la diphthérie deviennent aussitôt apparentes, et les affinités de la dernière de ces maladies paraissent exister avec la catégorie des maladies du sang (maladies générales) plutôt qu'avec celle d'une inflammation purement locale, à laquelle le croup appartient.

La table suivante, bien qu'elle ne comprenne probablement pas toutes les différences et ne soit pas absolument exacte dans tous ses détails, peut servir à représenter les principaux traits qui différencient le croup de la diphthérie.

CROUP.	DIPHTHÉRIE.
Il subit l'influence du climat et de la saison, est endémique dans quelques cas, mais ni épidémique ni contagieux.	Est indépendante du climat ou de la saison, contagieuse et souvent épidémique.
Peut se reproduire, bien qu'avec une gravité décroissante, chez le même malade.	N'a pas de tendance spéciale à se reproduire, bien qu'une atteinte ne confère pas une immunité absolue.
Est presque exclusivement propre à l'enfance, et un fait extrêmement rare chez l'adulte.	Bien que spécialement fréquente chez l'enfant, n'est pourtant pas une exception chez l'adulte.
Il commence habituellement par du catarrhe et de la fièvre, laquelle est presque toujours en raison de l'intensité des symptômes locaux. — La dysphagie est rare, légère, toujours consécutive et toujours subordonnée à l'affection laryngée.	Le catarrhe est rare. Les symptômes du trouble général sont souvent graves dès le début même. Le mal de gorge et la difficulté de la déglutition précèdent l'affection laryngée, qui est souvent légère et manque quelquefois tout à fait.
Le gonflement des ganglions et le coryza manquent toujours. La fausse	Le gonflement ganglionnaire ne manque jamais, le coryza existe sou-

membrane dans l'arrière-gorge est très rare et peu étendue.

Les troubles nerveux sont toujours proportionnés à la gravité de la lésion locale. Il n'y a pas d'albumine dans les urines, ni aucun signe d'une altération du sang.

La mort a constamment lieu par apnée.

Il n'a pas de suite, la guérison est complète après la disparition de l'affection locale.

La production d'un dépôt membraneux sur les amygdales existe toujours à un moment donné, et souvent prend une grande proportion.

Le trouble général est quelquefois tout à fait hors de proportion avec le désordre local. L'albumine existe dans les urines, et il y a différentes manifestations d'une altération du sang.

La mort a lieu souvent par asthénie et des troubles divers du système nerveux.

Elle a des suites nombreuses, surtout une forme particulière de paralysie, qui peut durer pendant des mois après la disparition de tout signe d'affection locale.

[Il m'est impossible de ne pas faire quelques réflexions sur les propositions contenues dans cette table.

1° Tout ce que nous voyons prouve au contraire que les saisons ont une influence considérable sur le développement de la diphthérie (voir les rapports du docteur Besnier, in bulletin de la Société des hôpitaux) et, d'un autre côté, rien ne serait plus facile que de montrer que chez nous le croup est contagieux et épidémique.

2° Le croup vrai (non la laryngite striduleuse qui récidive souvent) n'a pas plus de tendance que la diphthérie à se reproduire.

3° La troisième proposition ne s'applique qu'à des nuances incapables de justifier une différence de nature.

4° Les différences signalées dans ce quatrième paragraphe entre la diphthérie et le croup existent quand celui est primitif, *d'emblée*, c'est-à-dire quand la laryngite pseudo-membraneuse est la première manifestation de la diphthérie. Mais ç'a été une des grandes causes de la distinction fautive que nous cherchons à faire disparaître, de ne regarder la fausse membrane comme caractéristique de la diphthérie que quand elle débute dans le pharynx et produit les troubles fonctionnels que signale l'auteur.

5° Il n'est pas exact de dire que l'engorgement ganglionnaire et le coryza manquent toujours. Certes ces symptômes sont moins constants et moins accusés dans le croup simple que dans le croup infectieux, diphthéritique, de même que nous avons vu certaines épidémies d'angine où l'engorgement ganglionnaire n'était pas accusé.

Mêmes réflexions pour ce qui concerne les assertions qui suivent. Certes les symptômes généraux sont moins accusés dans le croup simple que dans celui qui est lié à une angine diphthéritique grave et doit être regardé comme

infectieux. Il m'est arrivé si souvent de constater la présence de l'albumine dans le cas de croup simple, que je peux hardiment réfuter la valeur de ce caractère distinctif. Enfin, je terminerai en affirmant qu'il m'a été donné d'observer la paralysie à la suite de croups simples dans lesquels les autres manifestations de la diphthérie avaient à peine existé; cas que le docteur West n'aurait pas hésité à regarder comme idiopathiques.]

La diphthérie se présente sous deux formes, comme maladie première, ou comme maladie secondaire. Dans le premier cas, elle est souvent sporadique et est généralement d'une nature bénigne; mais quelquefois elle est épidémique et alors se conforme aux lois générales des épidémies, et affecte, dans les premiers temps, une gravité qui s'efface à mesure que la maladie diminue de fréquence. Lorsqu'elle se présente comme maladie secondaire, elle dépend de l'une ou de l'autre de ces maladies (surtout de la rougeole et de la scarlatine), qui se distinguent par les altérations qu'elles produisent dans le liquide sanguin. Ses relations avec la scarlatine paraissent particulièrement intimes, car s'il n'y a pas de preuve que l'une garantisse de l'autre, il n'est pas rare de voir les deux régner en même temps; et il arrive quelquefois que, dans la même maison, des personnes sont atteintes de diphthérie et d'autres, de fièvre scarlatine bien marquée.

Jusque dans ces dernières années, on n'avait pas observé la diphthérie à Londres ou dans son voisinage, si ce n'est comme suite de la rougeole, ou bien sous cette forme sporadique qui tire toute son importance de l'extension de la fausse membrane au larynx et à la trachée, et de la production des symptômes du croup qui en est le résultat. Dernièrement pourtant, la maladie a pris un caractère plus redoutable, et ses symptômes se sont rapprochés de ceux qu'elle offre souvent en France; mais, autant que j'ai pu en juger, sa disposition à la formation d'un exsudat sur les surfaces érodées et à l'orifice de tous les canaux tapissés par des muqueuses, qui est loin d'être rare dans ce pays, s'est montrée plus rarement dans le nôtre.

Symptômes. — Dans ses formes moins sévères, la maladie débute par des symptômes fébriles doux, accompagnés d'un léger mal de gorge; le trait le plus remarquable consistant en ce que la dépression des forces est hors de proportion avec l'importance de la lésion locale. L'examen de la gorge fait constater un léger gonflement et une rougeur généralement peu vive, d'abord limitée à une amygdale; peu d'heures après, on aperçoit de petites taches blanches sur l'amygdale, surtout à sa surface interne; et avant qu'il soit longtemps l'autre tonsille est affectée de la même manière; tandis qu'en certaines circonstances, un dépôt léger se montre sur le voile du palais et la luette. Une ou deux applications d'un caustique ou d'un astringent suffisent en général pour faire dis-

paraître cette exsudation, ou même elle peut disparaître d'elle-même, ne pas se reproduire, et en deux ou trois jours le malade est assez bien, quoique en général la force revienne moins vite qu'on n'aurait pu s'y attendre d'après la bénignité de l'attaque.

Dans des cas aussi peu graves, il n'est pas facile de reconnaître les traits d'une maladie à un si haut point dangereuse, car il n'y a pas de coryza, de gonflement des glandes sous-maxillaires, d'augmentation de sécrétion salivaire, de mauvaise odeur de l'haleine, ni aucun trouble des fonctions respiratoires. Pourtant, à la suite de phénomènes précurseurs aussi insignifiants, les symptômes du croup peuvent se développer, et comme les fausses membranes sur les parois de l'arrière-gorge souvent ne persistent pas, quand elles sont légères, il peut n'en rester aucune trace perceptible quand les signes de l'affection du larynx appellent pour la première fois l'attention. Que le croup survienne comme maladie primitive ou secondaire, ses signes sont toujours à peu près les mêmes, c'est pourquoi je n'ai pas besoin d'abuser de votre temps pour en refaire la description; mais il ne faut pas oublier que ses progrès sont souvent fort insidieux quand il succède à un dépôt membraneux dans le pharynx. La toux, dans ces conditions, peut ne présenter qu'à un faible degré la raucité sonore du croup ordinaire, et la respiration peut n'être que très peu striduleuse. Mais on doit tout de suite concevoir de graves appréhensions (surtout chez les bébés et les jeunes enfants) quand la respiration devient promptement sifflante, et se trouve coupée par des paroxysmes de dyspnée violente, qui sont la preuve de la formation déjà complète d'une fausse membrane, et le signe avant-coureur de la mort, qui peut ne pas tarder plus de vingt-quatre heures après le premier indice d'un danger sérieux.

Mais si important que soit pour nous cet ensemble de symptômes, sur lequel nous devons avoir l'attention toujours en éveil, il n'est pas l'expression d'une gravité spéciale de la maladie, mais plutôt de sa propagation aux voies aériennes. Il est vrai que la diphthérie doit à cet accident une grande partie du danger qu'elle présente; et il l'est également, que sa fréquence est plus grande dans les formes graves de la maladie que dans ses manifestations légères.

Mais, bien que nous devons être au guet des symptômes du croup, ceux-ci ne constituent pourtant pas la maladie; ils ne sont en aucune façon la source unique de sa gravité, et ce n'est pas dans son existence qu'il faut chercher les traits les plus caractéristiques de la diphthérie.

Même dans les cas les plus sérieux, la marche de la maladie pendant ses premières périodes, est d'habitude lente, et insidieuse souvent. Pendant un jour ou deux il peut y avoir beaucoup de fièvre et une chaleur de la peau qui fait naître le soupçon de l'imminence de la scarlatine, dont le gonflement des ganglions sous-maxillaires semble être un indice de