

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

plus. Aucune éruption pourtant ne se montre, la chaleur de la peau tombe quelquefois complètement, de façon à ce que le tégument soit même plus frais qu'à l'état normal, pendant que l'absence des papilles rouges et saillantes qui hérissent la langue dans la scarlatine dément l'apparence du mal de gorge. L'arrière-gorge est rouge et tuméfiée, quelquefois à un très haut degré; mais la rougeur n'est pas vive et il n'y a pas en général cette difficulté à ouvrir la bouche qu'on éprouve dans la scarlatine quand le mal de gorge est un peu sévère. La fausse membrane apparaît presque en même temps sur les deux amygdales, peu après sur le voile du palais et la luette, qui est en général très tuméfiée et contribue pour une bonne part à obstruer l'isthme du gosier.

Avec cet état de l'arrière-gorge, existe souvent un écoulement par les narines qui ressemble à celui du coryza scarlatineux, et, comme je l'ai déjà indiqué, les fausses membranes occupent quelquefois ce siège, d'où elles peuvent cheminer jusqu'à la partie postérieure des fosses nasales, et de là dans la gorge et les voies aériennes. Quand l'exsudat est considérable, la langue a un aspect particulier. Elle est le plus souvent rouge à la pointe et recouverte d'un enduit blanc épais et qui, à la face supérieure, vers la base de l'organe, est presque membraniforme. Il n'est pas habituel que l'intérieur de la bouche soit affecté; mais de temps à autre, on trouve les gencives rouges, ramollies, fongueuses et couvertes çà et là, de même que la face interne des joues, de fragments de fausses membranes sous lesquelles apparaît un tissu rouge et brillant. Dans ce cas, la sécrétion salivaire est considérablement augmentée; mais je n'ai jamais vu cette salivation profuse qui a lieu dans la stomatite, et je n'ai pas non plus observé, avec la diphthérie, cette complication de stomatite dont parle Bretonneau, ce qui l'a porté à considérer les deux maladies comme ayant entre elles une relation étroite (1). C'est deux ou trois jours après la formation un peu abondante de la fausse membrane que celle-ci subit les changements qui communiquent à l'haleine sa mauvaise odeur et font croire que la gorge est le siège d'une altération gangréneuse, d'où sont venus les anciens noms d'angine maligne, angine gangréneuse. Même lorsque la maladie de la gorge est très considérable, la déglutition peut encore presque toujours se faire, non pas avec facilité, mais pourtant en général, sans que le malade

(1) Depuis qu'a paru le travail de Bretonneau, les idées se sont bien modifiées: on ne considère plus généralement la stomatite membraneuse comme de nature diphthéritique; comme le fait très bien observer l'auteur, on ne la voit généralement ni suivre; ni précéder l'angine diphthéritique; la fausse membrane, vue au microscope, a bien une structure analogue à celle du croup et de l'angine couenneuse, mais elle repose sur des tissus spongieux, ulcérés, si bien que les médecins militaires, et surtout le Dr Bergeron, l'ont désignée sous le nom de stomatite *ulcéro-membraneuse*, actuellement adopté. Elle a dans le chlorate de potasse un véritable spécifique. (E. A.)

éprouve cette difficulté extrême qu'on observe souvent dans l'angine scarlatineuse, ou l'esquinancie ordinaire.

La voix est souvent rauque et peu distincte, sans qu'il y ait affection du larynx; et une petite toux courte, spasmodique, légèrement sonore, due à l'irritation du larynx par voisinage, se fait souvent entendre. Bien que ces symptômes ne signifient pas nécessairement que les voies aériennes sont actuellement atteintes par le mal, ils doivent nous tenir dans une surveillance anxieuse, puisque cet envahissement n'a que très peu de signes, et que ceux-ci sont souvent de nature à échapper à l'observation inattentive.

La durée de la fièvre d'invasion est habituellement en raison de la gravité des cas; quelquefois sa durée ne dépasse pas douze heures, et d'autres fois existe à peine, l'enfant étant soudainement frappé par la maladie; la fausse membrane se dépose sur une grande étendue de l'arrière-gorge en quelques heures, et le coryza, qui d'habitude n'apparaît pas avant le troisième jour, se montre presque dès le début. La manière dont ces cas marchent vers une terminaison fatale est variable. Règle générale, on peut dire, je crois, que l'affection laryngée, qui est une source si grave de péril, ne se montre pas aussi souvent dans les cas où les symptômes de la diphthérie sont le plus sévères, que dans ceux où ils affectent une forme plus douce. Pourtant, la gravité de la maladie ne garantit en aucune façon sa production; et quand le larynx se prend dans la diphthérie grave, on peut considérer le cas comme ne laissant aucun espoir.

Laissant de côté ces cas, nous voyons que les symptômes du désordre général deviennent jour par jour plus marqués, et cela même sans une aggravation nécessaire de la maladie locale. L'un des plus importants de ces symptômes est fourni par la présence de l'albumine dans les urines. Je crois que l'albumine ne manque guère que dans les cas de diphthérie très légère, mais la quantité en est étrangement variable, même d'un jour à l'autre, et ces fluctuations ne sont liées à aucune modification correspondante dans les autres symptômes de la maladie. Quand l'albumine est très abondante, l'urine l'est invariablement très peu, et il n'y a peut-être pas un symptôme d'un plus fâcheux augure que cette rareté des urines.

Dans les cas d'intensité moyenne, l'albumine apparaît rarement pendant les quatre ou cinq premiers jours; et alors, suivant la marche ultérieure, ou elle va en augmentant, ou elle diminue à mesure de l'amélioration de l'état du malade. La suppression complète de l'urine est un symptôme presque invariablement mortel, et je ne connais pas un cas où le malade ait guéri après une suppression de la sécrétion urinaire pendant vingt-quatre heures.

Dans ces conditions et même dans des cas où la sécrétion, sans être

complètement suspendue, est habituellement minime, les convulsions urémiques ont beaucoup de chance de se produire et d'enlever brusquement le malade.

Mais, là même où les urines sont rendues en quantité assez abondante, et où l'albumine n'est pas en excès, les symptômes qui caractérisent la marche de la maladie sont constamment ceux de la dépression, et d'une dépression qui, comme celle qui existe dans les plus mauvaises formes de la fièvre puerpérale, n'est nullement proportionnée au désordre local.

L'enfant, faible hier, l'est encore plus aujourd'hui, et souvent sans aucune augmentation actuelle du dépôt membraneux, quelquefois même en dépit de sa diminution. Malgré l'absence de toute cause appréciable qui s'oppose à la déglutition, la répugnance de l'enfant pour l'alimentation va en augmentant, jusqu'à ce qu'à la fin il refuse positivement toute nourriture. Ce refus des aliments, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, est une condition très défavorable. En même temps existent quelquefois des vomissements, et dans ce cas le dégoût peut dépendre de la présence de fausses membranes dans l'estomac, bien qu'il soit loin d'en être toujours ainsi; mais, qu'il en soit ainsi ou non, le vomissement tend toujours à diminuer les forces du malade à un haut degré, et s'il persiste pendant un temps un peu considérable il amène presque invariablement un affaiblissement mortel. Il n'est pas toujours facile d'apprécier le degré du danger, car l'intelligence est généralement nette, la force musculaire conserve une certaine puissance, tandis qu'en même temps les extrémités sont froides, le pouls ou très fréquent, ou très faible, ou inégal.

Cet état peut durer pendant deux ou trois jours consécutifs, le pouls devenant plus faible, les signes de l'affaiblissement plus manifestes; et ceci malgré l'administration abondante des stimulants, jusqu'à ce qu'à la fin apparaissent soudainement les signes de la dernière période du croup, montrant que l'affection locale s'est étendue silencieusement et sans être notée; ou bien qu'une attaque de syncope survienne après des évacuations répétées; ou bien encore qu'il se produise des convulsions à la suite desquelles le malade meurt dans le coma. La dépression, comme je l'ai déjà dit, n'est nullement, d'une manière constante, proportionnée à l'étendue de la fausse membrane, et le danger de la voir se produire n'est pas passé quand le désordre local, au moins autant qu'on peut le constater, a complètement disparu; car j'ai fréquemment vu la syncope se produire lors même qu'il n'existait plus de traces de fausse membrane dans l'arrière-gorge; et des convulsions mortelles se sont produites alors que le désordre local était si minime qu'il ne fallait pas moins que la mort antérieure d'un membre de la famille, par diphtérie confirmée, pour appeler l'attention sur la gorge

et me conduire à surveiller avec une sollicitude anxieuse un bobo local, qui devait toute son importance à ce qu'il était la manifestation d'une maladie constitutionnelle grave.

L'affection simultanée ou successive, de parties différentes et éloignées les unes des autres, est une des grandes preuves sur lesquelles nous avons l'habitude de nous appuyer pour admettre qu'une maladie appartient à cette grande classe *des maladies du sang* (maladies infectieuses), sur l'importance et les caractères distinctifs de laquelle la médecine moderne a tant fait pour jeter du jour. Plus nous étudions la diphtérie, plus ses droits à être rapportée à cette catégorie nous paraissent forts. La fausse membrane, qui a pour siège le plus habituel le pharynx, d'où elle s'étend au larynx, n'est pas limitée à ces localisations, mais peut s'étendre à d'autres parties, se produire derrière les oreilles, sur la vulve ou sur les parties dépourvues d'épiderme; tandis qu'on trouve dans l'albuminurie, qui accompagne généralement ses formes les plus graves, un autre point de ressemblance entre elle et d'autres maladies, qui résultent de l'infection purulente (1). Dans quelques épidémies, la formation de la fausse membrane sur différents points était un fait fréquent; ainsi, Bard (2), décrivant la maladie qui régnait, il y a environ un siècle, en Amérique, parle de la production d'ulcères derrière les oreilles, recouverts en quelques places d'eschares gangréneuses, ressemblant à celles des amygdales; et Starr, dans sa description de l'épidémie de Liskeard (3), note l'existence « d'une substance membraneuse putréfiée, ou eschare gangréneuse, qui s'était produite sur la peau d'un malade, au bras et au cou, sur des points où avaient été placés des vésicatoires », et il dit que la partie présentait l'aspect d'une surface blanche qui avait l'apparence « d'une membrane détrem-pée ». J'ai vu une pareille exsudation se produire sur le cou d'une petite fille dont on avait entouré la gorge, avant d'avoir reconnu la fausse membrane diphtérique de l'isthme du gosier, avec un liniment stimulant pour diminuer le gonflement des ganglions. Mais, outre la production de la pseudo-membrane sur les surfaces érodées, la membrane muqueuse de la vulve semble être souvent le siège d'un semblable dépôt, et dans quelques cas rares, le prépuce est affecté de la même façon, ou bien, il apparaît sur différentes parties du corps de petites ulcérations qui se recouvrent promptement de fausses membranes.

J'ai eu l'occasion de voir, en consultation avec M. Alford, de Havers-tock-Hill, deux jumeaux âgés de huit mois, chez lesquels une petite abrasion se forma sur le raphé du périnée, et se recouvrit de fausses

(1) Bonchut et Empis, *Gaz. hebdom.*, nov. 1858.

(2) *Loc. cit.*, p. 392.

(3) *Idem*, p. 440.

membranes. Celles-ci s'étendirent, sans être accompagnées d'aucun autre symptôme local de diphthérie, à la marge de l'anus et jusque dans le sphincter externe. Les deux enfants moururent une semaine après le début de la maladie, s'affaissant comme sous l'influence de quelque grave maladie constitutionnelle, avec une diarrhée qui les épuisait et que les stimulants ne parvinrent pas à arrêter. L'identité de la maladie, dans ces cas, avec la diphthérie ordinaire est établie, hors de conteste, par des faits comme ceux qu'observa Trousseau dans un village des environs d'Orléans, où régnait la diphthérie. Chez quelques personnes elle avait ses caractères ordinaires; chez d'autres elle se manifestait par des dépôts de fausse membrane sur la vulve, les mamelles, la surface des vésicatoires, ou des ulcérations, et devenait mortelle dans quelques cas, sans que la gorge eût été nullement atteinte par le mal.

Parmi les conséquences de la diphthérie nous aurons, tout à l'heure, à noter des symptômes paralytiques particuliers, qui quelquefois affectent les extrémités, le voile du palais ou d'autres parties qui ont été plus immédiatement exposées aux atteintes du mal. Mais, outre ces troubles, qui appartiennent plutôt aux phénomènes éloignés de la diphthérie, nous rencontrons quelquefois une forme, même plus grave de troubles de l'innervation qui se montre dans les premiers temps de la maladie et qui conduit, par l'atteinte du principe vital, à une issue fatale, rapide, souvent même soudaine. — Le trouble de l'innervation du cœur est peut-être le plus fréquent, et se trahit par une diminution remarquable, quelquefois pendant deux ou trois jours, de la fréquence du pouls, qui peut tomber comme dans le cas d'une petite fille, rapporté par sir W. Jenner, jusqu'à seize battements dans une minute. Ce fait est, il est vrai, loin d'être constant, et la mort peut survenir par arrêt soudain des battements du cœur sans que celui-ci ait été annoncé. Quand on l'observe, ce ralentissement a une importance sérieuse, et vous devez mal augurer de tout cas dans lequel, quels que puissent être les symptômes locaux, les battements du cœur tombent beaucoup au-dessous de leur type normal.

[Il se produit aussi assez fréquemment dans ces formes graves, une endocardite avec caillots qui contribue, dans une mesure importante à l'issue fatale].

Mais il est d'autres cas où le trouble de l'innervation paraît porter sur les muscles de la respiration, plus que sur le cœur lui-même; la respiration, sans que les fausses membranes se soient étendues au larynx, et sans qu'il existe de désordre autre que les poumons, devient, par degrés, de plus en plus difficile, et le malade meurt après quelques vingt-quatre heures; d'une asphyxie dont l'autopsie ne découvre pas la cause évidente.

Il semble que la mort puisse survenir pendant la période aiguë de la diphthérie par l'une des causes suivantes :

1° Par empoisonnement du sang, ainsi que dans les cas de fièvre maligne ;  
2° Par extension de l'affection locale au larynx ;  
3° Par épuisement graduel qu'augmente la difficulté de la déglutition ;

4° Par urémie et convulsions urémiques ;

5° Par différentes affections du système nerveux telles que :

A. La syncope ;

B. Le désordre nerveux du cœur ;

C. Id. des organes respiratoires ;

D. Un désordre général de l'innervation accompagné d'une affection de l'estomac et de vomissements incoercibles.

Durée. — Il n'est pas facile de fixer la durée (1) d'une maladie dont la marche est si souvent anormale et qui, comme nous le verrons plus tard, laisse fréquemment après elle des suites qui ne sont elles-mêmes que de nouvelles manifestations de l'action du poison primitif. — Sur 53 cas mortels, 17 se terminèrent en 7 jours ; et la mort survenant après deux septénaires peut être regardée comme un fait formellement exceptionnel ; bien qu'il ne soit pas aisé, peut-être même pas possible de fixer, avant que la convalescence soit parfaitement établie, une date où quelques-unes des conséquences éloignées de la maladie ne puissent se produire soudainement et mettre la vie en danger. — Les cas les plus promptement mortels sont ceux où la mort dépend de l'affection du

(1) Dans 26 cas où la mort fut produite par des causes autres que l'affection du larynx, l'enfant mourut :

Le 2 <sup>e</sup> jour.....	2
— 3 <sup>e</sup> — .....	2
— 4 <sup>e</sup> — .....	3
— 5 <sup>e</sup> — .....	2
— 6 <sup>e</sup> — .....	2
— 7 <sup>e</sup> — .....	2
— 9 <sup>e</sup> — .....	1
— 10 <sup>e</sup> — .....	1
— 12 <sup>e</sup> — .....	3
— 14 <sup>e</sup> — .....	1
— 15 <sup>e</sup> — .....	1
— 18 <sup>e</sup> — .....	2
— 20 <sup>e</sup> — .....	1
— 28 <sup>e</sup> — .....	1
— 50 <sup>e</sup> — .....	1
En 2 mois.....	1

26

Dans 27 cas où la mort fut causée sur tout par l'affection du larynx, l'enfant mourut :

Le 2 <sup>e</sup> jour.....	1
— 3 <sup>e</sup> — .....	4
— 4 <sup>e</sup> — .....	1
— 5 <sup>e</sup> — .....	4
— 6 <sup>e</sup> — .....	3
— 7 <sup>e</sup> — .....	1
— 8 <sup>e</sup> — .....	1
— 9 <sup>e</sup> — .....	1
— 10 <sup>e</sup> — .....	1
— 11 <sup>e</sup> — .....	1
— 12 <sup>e</sup> — .....	1
— 13 <sup>e</sup> — .....	3
— 14 <sup>e</sup> — .....	1
— 15 <sup>e</sup> — .....	2
— 21 <sup>e</sup> — .....	1
— 23 <sup>e</sup> — .....	1

27

larynx, et dans lesquels elle a lieu quelquefois, vingt-quatre ou trente-six heures après le début apparent de l'attaque; les symptômes locaux mettant complètement dans l'ombre les symptômes généraux, et rendant presque complètement insoluble la question de savoir si un cas doit être attribué à la diphthérie ou à une simple trachéite.

Nous avons déjà fait allusion à la mort possible de malades chez lesquels l'affection locale avait été, d'un bout à l'autre, si peu considérable qu'elle occasionnait peu de symptômes, ou même avait complètement disparu, avant que l'issue fatale se produisît. Mais il est d'autres cas, où il reste un état maladif qui se prolonge; où même la mort ne résulte pas de la maladie ni d'aucun de ses effets immédiats, mais de ses conséquences éloignées, des conséquences en quelque sorte accidentelles.

Ces résultats tardifs de la diphthérie ont été signalés par Bretonneau et Trousseau, et quelques-uns d'entre eux se sont probablement offerts à l'observation de beaucoup de médecins qui n'ont eu de la maladie qu'une expérience très restreinte. Ainsi, par exemple, j'ai vu une petite fille de l'âge de trois à quatre ans, dont le frère plus jeune était mort de diphthérie, et qui elle-même avait une légère couche pseudo-membraneuse dans l'arrière-gorge, être saisie, sans cause, de convulsions pendant la convalescence, alors qu'il s'était écoulé plus d'une semaine depuis la disparition de tout état maladif de la gorge; et ces convulsions se terminèrent par un coma au milieu duquel succomba l'enfant, en moins de vingt-quatre heures. — Une dame, dont l'enfant, âgé de trois ans, était mort de diphthérie propagée au larynx, et qui elle-même avait eu un léger mal de gorge, avec traces de fausses membranes sur les amygdales, fut atteinte soudainement d'un affaiblissement allant presque jusqu'à la syncope, avec faiblesse extrême du pouls, sentiment d'une fin prochaine, et qui pendant plus de vingt-quatre heures ne fut que difficilement tenue en respect par l'incessante administration de stimulants. On pourrait sans doute multiplier les citations des cas de cette espèce; mais, outre ces conséquences précoces, il y a une forme particulière de paralysie temporaire qui se montre assez souvent comme dépendance éloignée de la maladie, et qui est importante à la fois en elle-même, et aussi en ce qu'elle fournit une distinction de plus entre la diphthérie et une affection simplement inflammatoire.

Paralysie diphthéritique. — Bretonneau et Trousseau ont l'un et l'autre parlé de cet état particulier, et on le retrouve accidentellement mentionné, il y a un siècle, dans les écrits de médecins qui ont observé la maladie appelée mal de gorge malin, dénomination donnée à ce que

nous appelons la diphthérie (1). C'est cependant à M. Faure (2) que nous devons l'exposé complet de cette affection, tiré, partie de sa propre expérience, partie des faits rapportés par d'autres. Il la décrit comme un état caractérisé par une perte progressive des forces, se montrant spécialement dans les fonctions qui dépendent du mouvement musculaire; dans quelques cas, plusieurs groupes d'organes sont atteints; dans d'autres un seulement, tandis que dans d'autres tout le système est frappé d'une débilité générale; mais, quelles que puissent être les variations sous ce rapport, il n'y a pas de proportion déterminée entre la gravité des symptômes primitifs de la diphthérie et celle de ses symptômes consécutifs. Les symptômes primitifs, bien que très formidables, ne sont pourtant en aucune façon nécessairement mortels; et, d'un autre côté, la bénignité relative de l'attaque ne justifiera pas un pronostic absolument favorable, puisque la mort survient là où tout semblait autoriser la plus entière confiance dans la guérison.

M. Faure rapporte différents faits comme exemples des différentes phases de cet état, et il continue ensuite à tracer, de la manière suivante, les résultats de son observation: « Quelque temps après une attaque de diphthérie, dont la guérison avait été si complète qu'elle ne laissait après elle aucune trace de fausses membranes, le tégument se décolore de plus en plus, si bien qu'à la fin il est d'une pâleur livide.

« En même temps, le malade commence à ressentir des douleurs vives dans les jointures, perd la puissance de faire contracter ses muscles, et tombe dans un état de faiblesse indescriptible. En même temps, les troubles qui se montrent dans différentes fonctions montrent que les organes chargés de leur accomplissement sont envahis par le mal, au moins en ce qui dépend de la contractilité musculaire; sous ce rapport, toutefois, il n'y a rien de constant, car tantôt c'est un appareil, tantôt un autre qui se trouve surtout frappé de cette faiblesse.

« En général, par suite de l'abolition de la contractilité musculaire dans une étendue plus ou moins considérable, l'attitude du corps est profondément altérée, les membres inférieurs refusent de porter le corps, les supérieurs perdent leur action volontaire; les mouvements n'ont plus leur rectitude, ils ne semblent plus dirigés vers un but déterminé. Des désordres graves se sont déclarés du côté de l'arrière-gorge; le voile du palais complètement paralysé pend comme une membrane inerte, qui trouble la phonation et la déglutition. Les muscles des mâchoires, du cou et de la poitrine sont en partie paralysés, d'où il résulte que la mastication est difficile, et que le bol alimentaire ne change pas

(1) L'estimable essai du Dr Maingault, *De la paralysie diphthéritique*, in-8°, Paris, 1860, contient un aperçu historique intéressant sur les premières publications touchant cette affection.

(2) *Union médicale*, Paris, février 1859.