

thélium, rougit, et c'est son tissu dénudé qui sécrète du pus et des fausses membranes, ou qui s'ulcère plus profondément en se tapissant de pellicules membranées; ces plaques s'étendent et forment des couches plus ou moins étendues, d'une adhérence variable, et quand on les enlève, on voit toujours la muqueuse érodée, saignante ou profondément ulcérée. Il en est de même sur la peau. Elles sont grisâtres, quelquefois souillées de sang, dures, élastiques, résistantes, d'où le nom de *diphthérite dure*, par lequel on peut les caractériser.

Avec elles, existe un gonflement plus ou moins prononcé des ganglions cervicaux et du tissu cellulaire voisin, d'autant plus prononcé que la maladie a plus de malignité; ce gonflement peut aller jusqu'à suppuration, ainsi que Bretonneau l'a vu deux fois, et comme j'en ai cité plusieurs exemples. C'est une complication redoutable en raison des décollements que produit la suppuration.

Chez ces malades, il y a presque toujours de l'*albuminurie* avec desquamation des *tubuli* du rein qu'on retrouve dans l'urine, tantôt incolore et tantôt chargé d'un dépôt blanchâtre abondant d'urate de soude amorphe. C'est ce qui annonce le début de la septicémie. Cette albuminurie dure tant que la maladie reste grave, tant que s'opère la résorption des produits diphthéritiques, putrides ou purulents, et sous ce rapport elle est, comme j'ai essayé de le démontrer (1), l'analogie de l'albuminurie que Darcet a constatée dans l'infection purulente, et qui existe dans les brûlures étendues, avec suppuration abondante, empoisonnant peu à peu les malades. J'ai vu cette albuminurie se prolonger chez des malades qui ont guéri, et produire, comme dans la maladie de Bright, l'œdème, l'anasarque et l'hydrothorax qui ont disparu à leur tour. On trouvera plusieurs cas de ce genre publiés par moi (2), et il y en a d'autres antérieurement publiés par le docteur Wade.

Quand la maladie est grave, elle tue par une sorte d'infection générale, c'est-à-dire par une septicémie analogue à la résorption purulente de la morve et des maladies gangréneuses. — Elle produit l'adynamie, la décoloration de la peau et du sang qui prend quelquefois une *teinte bistre*; — le *purpura de la peau*, ce qui est assez rare; — le *purpura de l'estomac* et de l'*intestin*, que j'ai vu deux fois; — les *infarctus sanguins sous-cutanés*, très-fréquents, reconnaissables à une tache bleuâtre lenticulaire, placés dans le tissu cellulaire sous-cutané des membres (3); — la *déformation des globules rouges* qui adhèrent les uns aux autres; — la *pyohémie* caractérisée par la présence des leucocytes dans le sang vivant qui forment la *leucocytose diphthéritique* décrite par moi en 1868 et en 1877. Là j'ai montré qu'au lieu de 5000 globules blancs par  $\mu$  cube il y en avait 26 600, et qu'on pouvait en trouver jusqu'à 75 000 et 100 000, chiffres extrêmes. La diphthérite produit aussi les *infarctus apoplectiques pulmonaires noirs*, plus ou moins volumineux, dont quelques-uns sont grisâtres au centre, entourés d'une zone foncée, ou peuvent être ramollis et former des *abcès métastatiques*, signalés pour la première fois dans ce livre en 1867. On trouve enfin l'*endocardite végétante* que Labadie, mon interne, et moi avons fait connaître à l'Académie des sciences en 1872. M. Labadie en a fait ensuite l'objet de sa thèse appuyée d'observations prises dans mon service, sans indication d'origine. Cette endocardite végétante occupe habituellement le bord de la valvule mitrale, quelquefois la tricuspide et rarement les sigmoïdes de l'aorte ou de l'artère pulmonaire. Elle est toujours accompagnée

(1) Bouchut et Empis, *De l'albuminurie dans les maladies couenneuses* (Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1859).

(2) E. Bouchut, *Des hémorrhagies sous-cutanées dans la diphthérite et la septicémie*. Paris, 1873.

(3) Bouchut, *Leçons cliniques sur les maladies de l'enfance*.

de thrombose cardiaque et de dépôts fibrineux sur les bords de la tricuspide et de la mitrale. Elle est formée par le boursoufflement et la rougeur du bord valvulaire dans une étendue plus ou moins grande, et à un état de développement plus ou moins avancé. Au microscope, elle se révèle par une prolifération conjonctive du bord valvulaire dont les cellules jeunes, parfois mêlées à de nouveaux capillaires, se transforment en tissu fibreux à noyaux, et plus tard en tissu fibreux compacte et dur. C'est à cette altération qu'il faut rapporter les infarctus du tissu cellulaire et les noyaux apoplectiques du poumon formant des infarctus sanguins, des abcès métastatiques ou seulement des noyaux de pneumonie lobulaire au troisième degré, ce que j'ai indiqué dans les précédentes éditions de cet ouvrage.

Pour bien comprendre l'importance de cette endocardite et savoir si elle était spéciale à la diphthérite, j'ai voulu examiner sa fréquence dans toutes les maladies. J'ai ainsi étudié dans la pneumonie, la rougeole, le tétanos, la cystotomie, la scarlatine, la néphrite albumineuse, la carie vertébrale, la phthisie tuberculeuse et caséuse, l'érysipèle, etc., l'état des valvules mitrales et tricuspides. Sur 120 autopsies de maladies variées, j'ai trouvé ces valvules malades 116 fois, de sorte qu'on pourrait dire que l'endocardite végétante se rencontre dans presque toutes les maladies. Cela est vrai et prouve que l'état fébrile aigu engendre toujours la phlegmasie de la membrane interne du cœur. Mais la différence entre l'endocardite des maladies septiques et celle des maladies inflammatoires, c'est que les dépôts fibrineux des valvules sont imprégnés d'éléments septiques, et qu'en se détachant des valvules mitrales ou tricuspides pour aller dans l'artère pulmonaire ou l'aorte, ils forment des infarctus apoplectiques pulmonaires, peut-être des embolies du poumon ou des autres tissus, de façon qu'il en résulte des abcès métastatiques dans un cas qui ne se produisent pas dans l'autre.

Chez un grand nombre de malades, enfin, la diphthérite se complique de *croup* et d'*asphyxie* que révèlent l'engourdissement et l'insensibilité progressive de la peau, alors les enfants succombent par suite de l'obstacle que des fausses membranes apportent à l'hématose, *anoxyhémie* ou *carbonémie*, et on les voit, pâles ou cyanosés, mourir dans un état d'*anesthésie* plus ou moins apparent (1).

Ailleurs la *diphthérite septicémique* vraie débute par les fosses nasales et passe dans la gorge pour suivre les phases qu'elle présente lorsqu'elle débute par les amygdales. C'est la même maladie. On la voit débiter aussi par la peau, par l'anus ou la vulve, et ses conséquences sont à peu de chose près les mêmes. De là les différentes espèces anatomiques de diphthérite : *tonsillaire*, *pharyngée*, *buccale*, *laryngée*, *bronchique*, *nasale*, *cutanée*, *anale* et *vulvaire*. Il suffit de les nommer pour en faire comprendre les différences.

À côté de la *diphthérite maligne septicémique*, autrefois connue sous les noms d'*angine maligne*, d'*angine gangréneuse*, de *mal de gorge de Huxham*, de *Fothergill*, et qui n'est autre que l'*ulcère syriaque d'Arétée*, il y en a une autre qui n'a de commun avec elle que le nom. C'est la *diphthérite bénigne*, c'est-à-dire les cas où il y a de fausses membranes sur les muqueuses et sur la peau, sans symptômes généraux d'empoisonnement, en d'autres termes, où il y a *fausse membrane sans diphthérite*, c'est-à-dire sans septicémie. Tel est le cas de l'angine couenneuse commune de Bretonneau; de la stomatite ulcéro-membraneuse, que cet auteur a rangée à tort dans la diphthérite grave; des aphthes couenneux; de la pneumonie fibrineuse; des vésicatoires couenneux, etc. Ici les fausses mem-

(1) Voy. E. Bouchut, *De l'anesthésie dans le croup servant d'indication à la trachéotomie* (Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1858).

branes sont plus ordinairement molles, quelquefois pultacées; elles s'étendent peu et n'occasionnent pas de gangrène ni de résorption de produits putrides. C'est ce que j'ai appelé *diphthérite molle*, ou *diphthérite non infectante*, dans la discussion ouverte sur ce point à la Société de médecine des hôpitaux en 1857. On pourrait, avec Espagne, Hervieux et Boussuge, qui, en 1860, ont défendu les mêmes idées, lui donner le nom de *diphthéroïde*. Les fausses membranes ont toute l'apparence de celles qu'on observe dans la vraie diphthérite, et elles mériteraient assez bien le nom de *diphthéroïde* qui leur a été donné, s'il y avait lieu de pouvoir les distinguer des autres par des caractères suffisamment expressifs. Malheureusement, ce n'est là qu'un mot. Il n'y a pas moyen, et personne n'est en état de formuler des signes distinctifs de la vraie et de la fausse diphthérite. L'expérience démontre, en effet, que si dans quelques cas la multiplicité des fausses membranes, le gonflement ganglionnaire et l'adynamie révèlent une diphthérite vraie, ailleurs, comme l'indique Bretonneau lui-même, des angines scarlatineuses réputées simples, de petites fausses membranes stationnaires apyrétiques du pharynx, et en apparence bénignes, peuvent tout à coup se compliquer de phénomènes graves et mortels. J'ai vu des enfants qui n'avaient ainsi qu'une petite ulcération couenneuse du pharynx et des amygdales, sans fièvre pendant huit à douze jours, et qui, après ce temps, ont été pris d'accidents d'infection, et ont succombé. Un de ces faits, recueilli dans mon service, a été publié par mon interne, M. Paris (1).

Il y a une diphthérite infectante *septicémique* et une qui ne l'est pas. Cela n'est douteux pour personne. On en juge par les résultats, mais c'est trop tard pour l'honneur de la science. En temps opportun, c'est-à-dire au début de la maladie, le diagnostic et le pronostic sont très-difficiles, et, sauf les temps d'épidémie ou dans les cas très-graves, il est impossible de distinguer les fausses membranes de la vraie diphthérite infectante d'avec les fausses membranes de la diphthérite fausse, non infectante.

**Pronostic.** — Le pronostic de la diphthérite est très-variable. Il diffère beaucoup dans la *diphthérite infectante septicémique* et dans la *diphthérite non infectante*. Celle-ci n'a que peu de gravité, tandis que l'autre est toujours une maladie sérieuse par les éventualités qu'elle fait courir aux enfants. Sa malignité varie dans l'état *sporadique* ou *épidémique*, et alors elle est très-souvent suivie d'accidents mortels. Elle est d'autant plus grave que la leucocythémie est plus considérable.

On cite des épidémies ayant sévi sur des communes où il y a eu autant de décès que de malades. La mort frappe dans les proportions de 100 pour 100. Ailleurs, quelques victimes échappent d'abord en très-petit nombre, puis en quantité plus considérable, à mesure que, par générations successives, s'épuise la malignité de l'influence morbide.

Toutefois, si le pronostic de la diphthérite est en général grave, c'est moins à cause des fausses membranes en elles-mêmes, que par l'ulcération et la gangrène moléculaire plus ou moins étendues qui les accompagnent. Ces lésions produisent souvent l'adénite cervicale et de véritables bubons diphthéritiques terminés par suppuration des profondeurs du cou, ou bien elles favorisent l'absorption de produits putrides délétères promptement mortels, ainsi que le développement des endocardites végétantes et de la thrombose cardiaque qui produit les infarctus apoplectiques et peut-être les embolies et les abcès métastatiques du poumon. Là est la cause de la spécificité de certaines inflammations couenneuses. Ce n'est pas la fausse membrane, simple mélange de fibrine, d'albumine et d'épithélium, qui empoisonne

(1) Paris, thèse inaugurale.

les enfants, car alors toute fausse membrane en pourrait faire autant, et cela n'est pas, car il y a des diphthérites non infectantes. C'est la phlegmasie ulcéro-gangréneuse qui est le vrai mal, et sans l'absorption qui s'opère à la surface des lymphatiques ulcérés, les fausses membranes, ombre et produit de la maladie, ne seraient qu'un accident sans conséquence.

Au reste, le pronostic dépend tout entier de la quantité d'albumine rendue par les urines; — de l'endocardite végétante et des thromboses cardiaques qui amènent les infarctus de la peau et des poumons, où ils engendrent la pneumonie embolique et les abcès métastatiques. J'ai indiqué tous ces points avec détails dans mes travaux particuliers sur l'endocardite végétante et sur les infarctus sanguins. Il dépend enfin de la *leucocytose*, dont j'ai parlé plus haut et qui est très-curieuse à étudier jour par jour chez les enfants gravement affectés.

Ainsi, avec Dubrisay, sur une enfant qui a guéri, voici ce que nous avons trouvé :

	Globules rouges.	Globules blancs.
25 mai .....	5 835 750	10 353
26 mai .....	4 831 750	12 550
27 mai .....	3 921 875	12 500
.....	.....	.....
30 mai .....	3 890 500	15 687
.....	.....	.....
3 juin .....	7 090 750	9 412
4 juin .....	4 549 376	6 275

Sortie guérie.

Sur une autre enfant, qui mourut en huit jours, nous avons trouvé dans six analyses :

	Globules rouges.	Globules blancs.
.....	3 612 000	27 637
.....	4 298 375	31 375
.....	2 437 125	17 587
.....	2 814 000	32 662
.....	2 814 000	31 700
.....	2 286 376	20 000

Chez une autre enfant qui fut malade pendant un mois et dont le sang a été étudié dix-neuf fois, voici ce que nous avons trouvé :

	Globules rouges.	Globules blancs.
21 mai .....	4 235 625	40 787
23 mai .....	4 674 875	59 612
24 mai .....	5 020 000	50 200
25 mai .....	4 863 125	34 512
26 mai .....	5 616 125	31 375
27 mai .....	5 522 000	37 650
28 mai .....	4 580 760	65 887
29 mai .....	3 549 375	47 062
30 mai .....	4 425 875	34 512
31 mai .....	3 392 600	43 925
1 <sup>er</sup> juin .....	3 828 750	6 275 (1)
Idem .....	3 796 375	28 227 (2)
2 juin .....	2 761 000	18 325
3 juin .....	5 176 875	50 200
4 juin .....	3 137 500	56 475
5 juin .....	2 510 000	47 062
7 juin .....	3 545 375	28 237
.....	.....	.....
11 juin .....	4 078 750	15 687
.....	.....	.....
26 juin .....	3 630 519	4 796

1<sup>er</sup> juillet, sortie de la malade.

(1) (2) Ces deux analyses ont été faites le même jour, avant et après l'ouverture d'un abcès du cou suivi d'hémorrhagie veineuse.

Le chiffre 6275 globules blancs vient du sang de l'hémorragie au cou, et le chiffre 28 227 vient du sang pris au doigt une heure après l'opération.

En somme, la leucocytémie aiguë de la diphthérie, angine couenneuse et croup, est la mesure de la gravité de la maladie.

*Terminaison immédiate.* — L'infection septicémique, voilà le premier et le plus grand des dangers de la diphthérie. Analogue à l'infection purulente et à celle qui résulte des grandes suppurations de brûlure, elle s'accompagne d'albuminurie, de décoloration des tissus, de la teinte bistre du sang, et quelquefois de leucocytémie, de purpura ou d'endocardite végétante avec thrombose cardiaque favorisant la formation d'infarctus apoplectiques et d'abcès métastatiques des viscères ou dans le tissu cellulaire des membres. J'en ai vu déjà plus de trente exemples. Après la mort, du purpura existe souvent sur des séreuses et dans les viscères. Les poumons renferment de petits infarctus d'apoplexie pulmonaire, et au centre de ces noyaux peuvent exister, ce que j'ai vu plusieurs fois, de petits foyers purulents milliaires que je considère comme de véritables abcès métastatiques. Cela ressemble aux petits abcès qu'on observe sur les poumons de sujets morts de la morve aiguë ou chez quelques variolux. On trouve aussi quelquefois des thromboses des veines pulmonaires qui sillonnent la surface du poumon ou qui se rendent dans les infarctus apoplectiques. Chez la plupart des malades, enfin, il y a une endocardite végétante très-caractérisée de la valvule mitrale ou tricuspide dont les bords rougeâtres sont manifestement épaissis, tuméfiés et couverts par un bourrelet de granulations rouges évidentes. Il n'y a généralement rien aux valvules sigmoïdes.

Un autre danger de l'angine gangréneuse et couenneuse, c'est le croup. Ici les fausses membranes jouent par elles-mêmes, et indépendamment de la spécificité du mal, un rôle important. Par leur propagation dans les voies aériennes, elles agissent comme cause mécanique, empêchant l'hématose et amenant une asphyxie que révèlent la dyspnée, la cyanose et une anesthésie progressive plus ou moins prononcée.

*Terminaisons éloignées.* — Anémie et paralysie. — La vraie diphthérie, ou diphthérie ulcéreuse et gangréneuse, est grave enfin, par les traces profondes qu'elle laisse quelquefois dans l'organisme. Sa convalescence est souvent longue et difficile. L'anémie lui succède, et souvent avec elle de l'albuminurie, ou bien des paralysies du voile du palais, des membres, des organes des sens, signalées pour la première fois en 1834, 1835 et 1836, dans leur rapport de causalité, par le docteur Orillard (de Poitiers), Rousseau, et depuis lors par un grand nombre de médecins (1).

En fait d'albuminurie, j'ai vu une enfant guérie de diphthérie et de croup avoir une néphrite albumineuse persistante, de l'anasarque et de l'hydrothorax; plus tard, j'ai vu une autre enfant guérie du croup par trachéotomie avoir ensuite de l'anasarque albumineuse et périr. Quant aux paralysies diphthériques, voici comment elles se présentent à nous :

« Quelques malades, dit le docteur Orillard, conservent longtemps beaucoup de gêne dans l'acte de la déglutition; d'autres restent frappés de surdité ou d'amaurose; enfin, des désordres plus graves ont été observés dans le système nerveux. Toute altération avait cessé du côté de la gorge, les fonctions digestives avaient repris leur activité ordinaire, le sommeil était régulier, mais les fonctions locomotrices ne se rétablissaient pas; les mouvements de préhension ne

(1) Voyez page 135, chapitre PARALYSIES ESSENTIELLES, le rapport de ces accidents avec la convalescence de toutes les maladies aiguës.

» pouvaient s'exécuter qu'avec un tremblement considérable, les doigts étaient incapables d'exercer la moindre pression; les malades essayaient quelques pas, chancelaient comme pris d'ivresse, et avaient besoin d'être soutenus pour éviter la chute; quelques-uns ressentaient de vives douleurs dans les membres. Ces symptômes persistaient quelquefois pendant plusieurs mois pour disparaître ensuite graduellement. Chez les sujets affaiblis par l'âge ou par les privations, la mort pouvait terminer ces accidents (1). »

Telle est en abrégé l'histoire de la paralysie diphthérique. Sa coïncidence fréquente avec les affections couenneuses n'est pas contestable; Hippocrate même l'aurait signalée (2), seulement il faut savoir qu'on a observé des accidents sem-

(1) Orillard, *Mémoires sur l'épidémie d'angine couenneuse qui a régné en 1835, 1836 et 1837 dans le département de la Vienne* (Bulletin de la Société de médecine de Poitiers).

(2) Voici comment s'exprime M. Littré à cet égard : « On lit dans le VI<sup>e</sup> livre des *Épidémies* (VI, 7, 1) la description d'une maladie qui ne porte aucune dénomination particulière: l'auteur ne la désigne que sous le nom de *la toux* ou *les toux*; je l'ai appelée l'épidémie de *Périnthe*, parce qu'elle fut observée à Périnthe (Thrace). Voici cette description : Quinze ou vingt jours après le solstice d'hiver, il y eut des toux qui, d'abord, n'offrirent rien de particulier; mais, avant l'équinoxe qui suivit, la plupart des malades eurent une rechute qui se produisit d'ordinaire le quarantième jour. C'est alors que la maladie prit un caractère inattendu; trois ordres de phénomènes y apparurent : les nyctalopies, les angines et les paralysies. Quand, dans la récurrence, la toux avait été peu intense ou même nulle, les malades, particulièrement les enfants, furent affectés de nyctalopies; ces nyctalopies s'établissaient comme celles qui viennent de causes tout autres. Quand, au contraire, la toux de récurrence avait été violente et sèche, ou amenant des matières dures et sèches, il se déclarait des angines ou des paralysies.

» Elles attaquèrent beaucoup d'hommes, très-peu de femmes libres et bon nombre de femmes esclaves; et l'on observa que les paralysies frappaient surtout les membres qui avaient ressenti antérieurement, par l'exercice, le plus de fatigue.

» Une fois que j'eus bien saisi le trait essentiel de cette épidémie, tel que l'auteur se l'est représenté, c'est-à-dire une toux et des paralysies, il me fut possible de découvrir plusieurs passages disséminés qui s'y rapportaient et ajoutaient quelque chose aux renseignements. »

M. Littré cite ensuite cinq observations empruntées aux livres I et IV des *Épidémies*, et il établit que ces observations se rapportent à un seul et même état pathologique. A l'époque où M. Littré écrivit son livre sur les *Épidémies*, il annonça qu'il ne savait pas à quelle maladie les rapporter, et qu'il fallait ranger cette épidémie parmi celles dont on n'a pas d'autre exemple. (Voy. tome V, p. 265, trad.)

Aujourd'hui M. Littré, éclairé par les progrès de la science moderne, n'hésite pas à mettre à côté l'une de l'autre ces deux affections, et « ici se vérifie, ajoute-t-il, que l'interprétation des choses anciennes dépend du progrès actuel des connaissances dans les sciences organiques et inorganiques.

Ce médecin, faisant ensuite l'histoire de ce groupe symptomatique qui caractérise les paralysies consécutives aux angines, montre que ces affections ont été toujours observées sans que le lien qui les unit eût, jusqu'à ces derniers temps, été découvert. Il fait remarquer combien sont impuissants les caractères fournis par l'historien de l'épidémie de Périnthe, et il établit qu'il n'y a pas lieu de confondre cette épidémie avec celles de *grippe*, de *tac* ou de *horion*, que l'on observa en France au xv<sup>e</sup> siècle.

Toutefois il signale, en le critiquant, un cas d'angine simple ou d'influenza rapporté par un auteur anglais, M. Eade, qui déterminait la paralysie, et il se demande, comme M. Eade, s'il n'y a pas eu là une diphthérie méconnue. Reprenant ensuite le parallèle des deux affections, M. Littré ajoute un nouveau trait de ressemblance consistant en un état secondaire aussi de la gorge, lequel ne permettait ni d'avaler commodément, ni d'articuler d'une manière distincte. Cela posé, il n'est plus possible d'hésiter sur le diagnostic rétrospectif qui doit être porté.

« A part l'épidémie de Périnthe, méconnue jusqu'à ce jour, ajoute-t-il, et quelques indications aussi brèves qu'obscurées, la collection hippocratique ne renferme aucune trace de la diphthérie. Pourtant cette maladie n'a pas été étrangère à l'antiquité; nous en avons une très-suffisante description sous le nom d'*ulcère syriaque*, dans Arétée, qui, il est vrai, est postérieur à Hippocrate de quelques siècles. Arétée n'a pas noté la paralysie consécutive, soit qu'il ne l'eût pas observée, soit qu'il eût négligé de mentionner ce symptôme dont il ne put pas voir la connexion. »

M. Littré, à la fin de son mémoire, cherche à caractériser plus fortement l'analogie des deux affections, et il termine par le résumé suivant :

blables dans la convalescence de l'angine simple (1), de la variole, de la pneumonie, de la pleurésie, de la fièvre typhoïde, de la dysenterie, de l'érysipèle, de la bronchite et de toutes les phlegmasies locales. Il en est de même d'un grand nombre d'affections nerveuses consécutives à des maladies aiguës. Ainsi, j'ai démontré dans mon livre sur le nervosisme que toutes les névroses autres que les paralysies essentielles se développent quelquefois dans les mêmes conditions de convalescence des maladies aiguës.

Les *convulsions*, notamment la *chorée*, la *contracture*, l'*hystérie*, succèdent à la rougeole, à la scarlatine, au rhumatisme articulaire, à la fièvre typhoïde, à la variole, au choléra complètement guéri, etc.

Les *spasmes*, tels que l'*hystérie*, les *palpitations*, le *nervosisme*, etc., succèdent aux maladies aiguës longues et cependant bien terminées.

Les *névralgies* intercostales, céphaliques, et les *viscéralgies* de l'estomac, de l'utérus, se montrent dans les mêmes circonstances.

Les *vésanies*, enfin, telles que l'*hypochondrie*, la *manie aiguë* ou *chronique*, l'*idiotisme*, les différentes monomanies, etc., n'ont souvent pas d'autres causes.

J'ai observé un grand nombre de faits de ce genre. Il y en a beaucoup dans la science et j'en ai publié un certain nombre. Chacun en a vu plus ou moins dans sa pratique, et cela suffit pour empêcher de croire que les paralysies consécutives à la diphthérie guérie sont la conséquence d'une nosohémie diphthéritique, plutôt que le résultat de l'état général particulier de convalescence qui est l'intermédiaire de la maladie et de la santé.

Quelques personnes nient que la *convalescence* puisse déterminer une paralysie par anémie, et ils donnent pour preuve que cette paralysie commence quelquefois, durant la maladie couenneuse, avant sa convalescence. Cette objection n'est pas valable, car toute angine simple peut déterminer la paralysie du voile du palais, soit par le fait de l'inflammation locale, comme une laryngite produit l'aphonie, comme toute myosite occasionne l'immobilité du membre où se trouvent les muscles malades, soit par action réflexe vasculaire si la phlegmasie de l'extrémité des nerfs sympathiques de l'amygdale agit sur la moelle allongée et revient par le glosso-pharyngien.

Quoi qu'il en soit, des paralysies se montrent souvent dans la convalescence de la diphthérie, sur le voile du palais, sur les yeux et sur les membres, sous forme de nasonnement avec retour des boissons par le nez, sous forme d'amaurose, d'affaiblissement des membres inférieurs s'élevant peu à peu jusqu'au tronc, constituant alors une paralysie générale pouvant envahir les muscles de la poitrine et amener l'asphyxie, enfin, comme je l'ai vu, sous forme d'hémiplégie subite.

On n'avait jamais signalé d'exemple d'*aliénation mentale*. J'en ai vu un cas sur une femme de trente-cinq ans, et en voici un autre exemple, qu'il me paraît utile de rapporter ici. Si d'autres faits se produisent, ceux-ci acquerront une véritable importance (2) :

« En résumé, il y a vingt-deux siècles qu'il régna une épidémie diphthéritique. Cette épidémie eut des paralysies consécutives. Un médecin aperçut la connexité, et cette observation qui prouve, à travers un si long espace de temps, la constance des influences extérieures et des réactions organiques, demeura enfouie dans l'obscurité, parce que le nom ne signala pas la chose, et parce qu'il ne se trouva plus de longtemps aucun esprit dont l'attention s'éveillât sur la relation entre des effets primitifs et des effets consécutifs. » (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXVI, p. 795, et Hippocrate, *Œuvres complètes*, traduction nouvelle par E. Littré, t. X, p. 1. Paris, 1861.)

(1) Marquez (de Colmar), *Mémoire sur les paralysies consécutives aux angines simples*, 1860.

(2) Bouchut, *Du nervosisme*, 2<sup>e</sup> édition. Paris, 1877.

OBSERVATION. — Le docteur Moutier, exerçant en Sologne, soigna des angines couenneuses; il perdit sa fille du croup et eut lui-même une angine couenneuse grave, qui guérit au bout de trois semaines. La mort de sa fille fut pour lui un coup de foudre; elle n'avait pas encore rendu le dernier soupir, que sa raison s'égara, il sortit de la maison, demandant à grands cris l'enfant qu'on lui avait ravie; il fallut s'en rendre maître, le garrotter, le saigner, le mettre dans les bains et administrer de l'opium. Quinze jours après il revint à la santé, désormais résigné à la perte si douloureuse qu'il venait d'éprouver et cherchant dans la religion de solides consolations. Quinze jours plus tard, il remarqua qu'il avalait difficilement, de travers, qu'il rendait les boissons et quelquefois des aliments par le nez; des sensations inconnues apparurent, il lui semblait que ces aliments étaient hérissés de pointes d'épingles, des odeurs qu'il n'avait jamais perçues lui arrivèrent, il ne pouvait plus boutonner ses vêtements, les aliments avaient perdu leur saveur ordinaire, la marche était incertaine, le cœur agité par des mouvements irréguliers. Ces perturbations sensoriales durèrent deux à trois mois et disparurent dans l'ordre où elles avaient apparues. La paralysie diphthéritique, pendant laquelle l'*intelligence fut complètement épargnée*, cessa entièrement en septembre, et ce confrère avait repris ses travaux et le soin de sa clientèle, quand en décembre, un soir, ayant rencontré un individu de triste figure, il crut qu'on en voulait à sa vie, se barricada chez lui et fit avertir l'autorité; ce fut le premier indice du dérangement de la raison. Un mois après, il était en pleine monomanie ambitieuse, ne rêvant que millions, couronnes et diamants. La maladie n'a fait que s'accroître, et ce fut une paralysie générale suivie de mort.

Ce serait peut-être ici l'occasion de discuter cette autre opinion qui attribue certaines paralysies des membres et des organes des sens, ayant succédé à une angine simple non membraneuse, à une *diphthérie sans fausse membrane*, comme on admet des varioles ou des scarlatines sans éruption. Le docteur Palanchon a même envoyé à la Société de médecine pratique deux observations de paralysie prétendue diphthéritique, chez des sujets qui n'avaient eu ni angine ni fausses membranes sur aucun point du corps. Je ne partage pas cette opinion. C'est déjà beaucoup pour la science d'avoir admis des *fausses membranes sans diphthérie*, mais s'il faut qu'elle accepte à présent la *diphthérie sans fausses membranes*, je doute qu'elle le puisse supporter sans dommage. Ces faits rentrent dans la catégorie de ceux qui ont été publiés par Marquez (de Colmar), et Perkowski (1), où l'on a vu l'angine simple suivie de paralysie du voile du palais, du larynx et des muscles intercostaux de façon à déterminer la mort.

Maintenant quelle est la nature de ces paralysies? Sont-ce des paralysies humorales par nosohémie diphthéritique? Sont-ce des paralysies par altération des centres nerveux? La nosohémie diphthéritique, c'est-à-dire l'intoxication de la diphthérie persistant après guérison de l'état aigu et produisant une paralysie après disparition des fausses membranes, ne saurait être acceptée, car les mêmes accidents se produisent dans l'angine simple et après d'autres maladies aiguës.

C'est plutôt à une altération des nerfs de la partie malade remontant jusqu'aux centres nerveux qu'il faut attribuer ces paralysies, car, ainsi que je l'ai établi au moyen de l'ophthalmoscope, on voit souvent dans ces cas une diffusion séreuse ou sanguine de la papille, la dilatation des veines, et enfin l'atrophie papillaire entraînant l'amaurose. Il est évident que, chez ces malades, si on découvre souvent l'altération des nerfs optiques, c'est que le cerveau et la moelle sont eux-mêmes affectés. Ces sortes de paralysies dépendent d'une action réflexe vasculaire produisant l'hyperémie des centres nerveux et du nerf optique, puis, au bout d'un certain temps d'hyperémie, l'altération trophique des éléments nerveux. C'est une *névrite ascendante* qui, des nerfs de la partie malade, s'étend au cerveau et à la moelle,

(1) Perkowski, *Gazette des hôpitaux*, 1873.