

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 identi-

(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 diphthéritique, couenneuse, maligne, n'est considérée que comme une des localisations, la plus importante sans doute, de la diph-

que et par conséquent demandant une description séparée. Cette autre maladie, angine maligne diphthérique, ou plus exactement diphthérie, n'est pas une maladie 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

thérie, tandis que cette dernière est envisagée comme une maladie générale, ayant pour traduction anatomique la fausse membrane, pour support de sa lésion anatomique les muqueuses et la peau dépourvue 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 couenneuse, le coryza de même nature, le croup, etc., qui forment, pour le clinicien, des maladies dignes d'une étude spéciale.

(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.

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 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 sous-jacente ne présentait

qu'un très-léger degré de vascularisation, et la membrane 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 pyloré, 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 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 (2) 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

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

(2) *Arch. génér. de médecine*, mars et avril 1857.

cependant pas cette différence, car j'ai constaté l'ulcération de la membrane muqueuse dans le croup primitif, bien que moins fréquemment que sous 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 la plus considérable (1).

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 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

(1) 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, p. 285-289.

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 membrane dans l'arrière-gorge est très-rare et peu étendue.	Le gonflement ganglionnaire ne manque jamais, le coryza existe souvent. La production d'un dépôt membraneux sur les amygdales existe toujours à un moment donné, et souvent prend une grande proportion.
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.	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 constamment lieu par apnée.	La mort a lieu souvent par asthénie et des troubles divers du système nerveux.

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

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 (1).

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

(1) Tout ce que dit l'auteur dans ces deux colonnes est assurément exact d'une manière générale, mais si on prenait à part chaque proposition, je ne pense pas qu'il y en eût une qui résistât à l'argumentation. ce que le Dr West admet lui-même, puisqu'il reconnaît que, dans les détails, cette table peut laisser à désirer. Elle ne peut donc servir qu'à constater des différences cliniques très-réelles qui s'expliquent par la différence du siège, de la marche particulière, des troubles fonctionnels différents, et dont quelques-uns peuvent bien venir de ce que, sous le nom d'angine maligne, on a quelquefois décrit autre chose que l'angine diphthéritique; mais, je le répète, entre l'angine croupale, telle que l'ont décrite Bretonneau, Trousseau et d'autres, et le croup vrai, ou d'emblée, tel que l'entend le Dr West, il y a identité de nature dans l'immense majorité des cas; et s'il y a des cas qui fassent exception, ils sont relativement peu nombreux. Dans certaines épidémies, comme celles de 1854 et 1855, à Paris, comme celle décrite par Huxham, les lésions de l'arrière-gorge n'ont point eu de tendance à envahir le larynx; de même on a noté des années où prédominait le croup d'emblée avec envahissement rare de l'arrière-gorge, soit avant, soit après son développement; mais ce sont là des nuances. Personne plus que moi n'est disposé à croire que la phlogose simple, la rubéolique, la scarlatineuse surtout, sont capables de donner naissance à une pseudo-membrane, et par conséquent au croup, en dehors de l'influence diphthéritique; mais je considère que ce sont là des faits exceptionnels et qui n'autorisent pas à rejeter l'unité établie entre le croup et la diphthérie.

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 disparaître 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 com-

(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 la même structure que 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 Bergerou, l'ont désignée sous le nom de stomatite *ulcero-membraneuse*, actuellement adopté. Elle a, dans le chlorate de potasse, un véritable spécifique.

muniquent 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 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