

elle n'est connue que dans ses caractères physiques. Selon cet éminent observateur, le sang présente une couleur brune comparable à celle du jus de pruneaux ou du jus de réglisse; il tache les doigts presque comme la sépia, et communique aux organes une teinte sale caractéristique. Dans bon nombre de cas on n'observe qu'une certaine fluidité du sang, ou bien encore le liquide est normal au moins quant à l'apparence. L'excès de globules blancs indiqué par Bouchut n'appartient point en propre à l'angine diphthérique; en revanche, Hueter et Tommasi ont constaté la présence d'organismes inférieurs (végétaux) dans le sang de plusieurs malades.

Bengelsdorf a signalé la *dégénérescence graisseuse du cœur*, et Labadie-Lagrave a établi que la *myocardite* et l'*endocardite* doivent être comptées parmi les lésions de la diphthérie infectieuse.

La *néphrite* n'est pas rare dans la diphthérie à infection secondaire. Appuyé sur l'examen microscopique de deux cas terminés par la mort, Letzerich a donné de cette néphrite diphthérique l'interprétation pathogénique suivante : de la gorge les parasites passent dans les glandes lymphatiques, dans le tissu environnant, et de là dans le sang; ils s'accumulent dans les reins, et s'ils rencontrent là des conditions favorables, ils se multiplient dans les canalicules et dans l'épithélium de ces organes. Cette prolifération a pour conséquences la dilatation des canalicules, la compression des vaisseaux et l'aspect anémique de toute la glande; par suite la sécrétion de l'urine est suspendue ou notablement diminuée. Là où l'épithélium des canalicules de la substance médullaire est resté normal, ne contenant que peu ou point de parasites, il se produit comme conséquence de la stase sanguine une exsudation fibrineuse avec formation de cylindres hyalins. Dans le détail, cette description demande évidemment à être confirmée par l'observation ultérieure, mais ce qui peut être retenu dès maintenant comme positif, c'est la genèse des lésions viscérales de la diphthérie infectieuse, par le transport et la fructification de germes parasitaires, issus des fausses membranes de la lésion locale du pharynx ou du larynx. Il est à peine besoin de faire remarquer que ce qui vient d'être dit de la néphrite est de tous points applicable aux altérations du cœur et de l'endocarde.

SYMPTOMES ET MARCHE.

La maladie a trois modes de début, dont deux sont particulièrement insidieux : elle ne provoque d'abord que des symptômes locaux, lesquels sont même si peu prononcés qu'ils appellent à peine l'attention : c'est un léger enchifrènement, un léger mal de gorge qui ne se fait sentir qu'au moment de la déglutition; l'appétit est à peine diminué; il n'y a pas de

fièvre, aucun phénomène général notable pendant les deux premiers jours. Dans une autre modalité, on observe bien au début le malaise et la fièvre propres à l'invasion de toutes les angines aiguës; mais ces symptômes, ainsi que la douleur, sont beaucoup moins accusés que dans les formes franchement inflammatoires. Parfois, enfin, mais c'est vraiment le cas le plus rare, la maladie provoque d'emblée un état général sérieux qui ne laisse aucun doute sur sa gravité. Dans les formes légères et dans celles de moyenne intensité, la fièvre, qu'elle soit initiale ou tardive, reste médiocre; le thermomètre s'élève rarement au delà de 39 degrés à 39°,5; beaucoup de malades n'éprouvent même pas le besoin de garder le lit; la déglutition n'est que médiocrement gênée, et la douleur qu'elle provoque est d'abord unilatérale parce que la lésion, à son début, est souvent limitée à un seul côté. Dès ce moment il y a un engorgement douloureux des ganglions sous-maxillaires; mais en élevant ce symptôme à la hauteur d'un signe pathognomonique capable de fixer le diagnostic, on s'est laissé aller à une regrettable exagération. Oui, sans doute, cet engorgement est constant, mais il l'est aussi dans les angines d'autre nature, pour peu qu'elles soient sévères; et dans les formes bénignes et moyennes de l'angine membraneuse, il n'est pas plus marqué que dans la catarrhale intense, l'herpétique ou la phlegmoneuse.

Dans les premières heures, on peut n'observer qu'une rougeur uniforme ou ponctuée de la muqueuse, qui, par places, est turgescence et d'un brillant livide; puis apparaissent les FAUSSES MEMBRANES d'abord sur une des amygdales, ou sur la luette seulement, après quoi en un ou deux jours, ou même plus rapidement encore, elles envahissent les deux tonsilles, le voile du palais, ses piliers et le pharynx; si la cohérence est complète, toutes ces parties semblent fusionnées et perdues sous la couche grise qui les revêt. A ce moment l'exsudat diffère totalement de ce qu'il est au début : tandis qu'il se présente alors comme une simple tache blanchâtre bien circonscrite donnant l'idée d'une couche concrète de mucus demi-transparent, il revêt, une fois constitué, la disposition d'une membrane irrégulièrement étendue sur une partie ou sur la totalité de la gorge. Cette membrane a une épaisseur qui varie de 2 à 3 ou 4 millimètres; elle est plus mince à la circonférence qu'au centre; elle n'est pas nettement circonscrite comme la tache initiale, elle s'avance irrégulièrement à la périphérie, et là où elle cesse, la muqueuse tuméfiée dessine autour d'elle un cercle bleuâtre ou d'un violet sombre. La couleur des concrétions est ordinairement d'un gris blanchâtre, légèrement luisant; elle varie du reste jusqu'au rouge et au noir, suivant la quantité de globules rouges qui y sont contenus, suivant aussi que du sang épanché sous leur face profonde les pénètre par imbibition. L'adhérence n'est pas toujours la même; elle est souvent telle que l'ablation de la membrane entraîne une lésion de la muqueuse ou une hémorrhagie; ailleurs il suffit de tractions

peu énergiques pour détacher les produits; souvent aussi ils tombent soit spontanément, soit sous l'influence de la toux; mais dans les périodes initiales et dans la phase stationnaire, ils renaissent rapidement sur place, et tant que cette repullulation a lieu, la maladie n'est pas jugée et le pronostic demeure incertain. — La bouche exhale une odeur bien plus infecte que dans les autres angines, mais l'écartement des mâchoires et la déglutition sont bien moins entravés que dans l'angine phlegmoneuse, par exemple.

Dans les FORMES LÉGÈRES et MOYENNES, la symptomatologie est bornée aux phénomènes précédents; la fièvre tombe dès le troisième ou le quatrième jour, l'engorgement ganglionnaire ne fait plus de progrès; les fausses membranes, détachées ou expulsées, ne se reproduisent pas, ou bien diminuent promptement d'étendue ou d'épaisseur; au-dessous d'elles la muqueuse est intacte, ou bien à peine ramollie et exulcérée, et après une durée de six à dix jours la guérison est complète.

Dans les FORMES GRAVES, les choses se passent autrement. La fièvre initiale peut n'être pas plus forte que dans les cas bénins, mais les tumeurs ganglionnaires, les bubons sont beaucoup plus volumineux; le gonflement peut s'étendre au tissu cellulaire du cou, qui devient le siège d'une intumescence énorme; des épistaxis, un suintement nasal séro-sanguinolent d'une horrible fétidité, indiquent la propagation des fausses membranes dans les fosses nasales; la respiration devient difficile et incomplète, même en l'absence d'extension laryngée, et l'on voit apparaître un état général grave qu'on peut rationnellement attribuer à l'AUTO-INFECTION du malade par les particules nocives qu'il absorbe; la fétidité de son haleine révèle assez clairement les qualités putrides des produits qu'il porte, et ce n'est pas forcer les analogies que de rapprocher cette période toxique de celle qui survient dans le cours de la gangrène buccale ou de l'endocardite ulcéreuse. Sans grandes souffrances, le facies s'altère, la température baisse, le pouls devient lent, petit et dépressible, les téguments se cyanosent; souvent aussi il y a des vomissements et une diarrhée abondante d'une odeur infecte; en même temps les forces sont prostrées, l'adynamie est complète, et le coma survient avec ou sans délire préalable. Le patient est tué, sans croup, par *septicémie*. Cette modalité est la plus rare.

Le plus souvent le danger résulte de l'extension du mal au larynx (*croup descendant*), à la trachée et aux bronches; la situation est alors la même que dans le croup primitif ou d'emblée, et la mort peut être produite par l'*asphyxie* sans aucun signe d'intoxication; souvent aussi les deux conditions sont réunies, l'auto-infection marche de pair avec les accidents laryngés, et la terminaison funeste en est singulièrement hâtée. Enfin, en l'absence de croup et d'infection, la mort peut encore être amenée par une broncho-pneumonie; cette complication est très-fréquente, et les ob-

servations de Peter montrent qu'elle peut avoir un développement très-rapide.

Dans toutes les formes graves on peut observer le développement de *productions diphthériques sur divers points du corps*; elles occupent ordinairement l'oreille, le pourtour du nez, les lèvres, le mamelon, la marge de l'anus, la vulve, la surface des vésicatoires, mais elles peuvent apparaître sur toutes les régions ulcérées ou seulement privées d'épiderme. Ces formations secondaires sont regardées comme l'expression extérieure de l'infection interne, elles constituent ce qu'on a appelé la période de généralisation de la diphthérie; mais en raison de nos connaissances actuelles sur la composition des fausses membranes et sur la diffusion des contagés, il serait tout aussi logique, ce me semble, d'y voir le résultat d'une inoculation directe par les particules morbifères; la nécessité d'une dénudation préalable de la peau est un argument de plus en faveur de cette interprétation.

Des *éruptions scarlatiniformes* et de l'*albuminurie* sont parfois observées dans l'angine comme dans le croup. Le premier de ces phénomènes, plus fréquent à l'hôpital que dans la pratique particulière, n'a aucune valeur pronostique déterminée, mais le second n'est peut-être pas aussi insignifiant qu'on l'a cru jusqu'ici. Cette réserve est nécessitée par les autopsies dans lesquelles les reins ont présenté les altérations initiales de la *néphrite parenchymateuse*.

La *durée* moyenne de l'angine membraneuse est de huit à quinze jours. Chez les individus chétifs, chez ceux qui sont déjà sous le coup d'une autre maladie, elle peut tuer plus rapidement, et dans certaines épidémies on a vu la mort survenir dès le troisième ou le quatrième jour. Par contre, la terminaison, favorable ou funeste, peut être exceptionnellement retardée jusqu'au vingt-cinquième jour et même au delà. Pour peu que la maladie ait été sévère, elle laisse après elle un affaiblissement et un amaigrissement hors de proportion avec sa durée; souvent aussi la douleur pharyngée et la dysphagie sont plus marquées au début de la convalescence qu'à tout autre moment, ce qu'il faut attribuer à la dénudation de la muqueuse plus ou moins altérée.

Une première atteinte *ne produit pas d'immunité*; c'est encore un argument contre l'assimilation de la diphthérie aux fièvres infectieuses.

Paralysies (1). — Après la guérison, le malade est exposé à des para-

(1) ORILLARD, *Mém. sur l'épidémie d'angine couenneuse qui a régné pendant le cours des années 1834-35-36 dans plusieurs communes du département de la Vienne* (Soc. de méd. de Poitiers). — GULL, *Lesion of the nerves of the neck and of the cervical segment of the cord after faucial Diphtheria* (The Lancet, 1858). — MAINGAULT, *Sur la paralysie du voile du palais à la suite d'angine*, thèse de Paris, 1854. — *Sur les paralysies diphthériques* (Soc. méd. hôp., 1859). Paris, 1860. — COLIN, *De la paralysie dite diph-*

lysies de siège et d'étendue variables, qui présentent ces deux particularités notables : elles surviennent aussi bien après les cas légers qu'après les cas graves, et elles ne se développent ni pendant le cours, ni immédiatement après la terminaison de la maladie; l'intervalle minimum est d'une semaine, mais le plus souvent il s'écoule deux à trois semaines avant l'apparition des phénomènes d'akinésie dans les membres. Le voile du palais est pris d'abord, et il l'est parfois avant que l'angine soit totalement guérie. La paralysie peut y rester bornée, mais souvent, après les délais sus-indiqués, elle s'étend à d'autres régions : ce sont les membres inférieurs qui sont atteints les premiers, puis les supérieurs, et dans quelques cas, le désordre portant également sur les muscles du tronc, la paralysie est vraiment généralisée. Il est à remarquer que l'inertie des muscles de la nuque précède, lorsqu'elle existe, celle des muscles des membres; il n'en est point de même des autres muscles du tronc. Les désordres de motilité sont ordinairement précédés d'analgésie ou d'anesthésie, et dans beaucoup de cas ces troubles de sensibilité ne dépassent pas l'épaule, le genou (G.) Sée); ils peuvent cependant être généralisés (Maingault).

L'akinésie va rarement au delà de la paralysie incomplète ou parésie; quand ils sont couchés, les malades peuvent mouvoir librement les membres, mais la force du mouvement est diminuée (ainsi que le prouve le

théritique. Paris, 1860. — ROGER, Soc. méd. hôp., 1861. — GUBLER, Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës. Paris, 1861. — WEBER, Ueber die Nervenstörungen und Lähmungen nach Diphtheria (Virchow's Archiv, 1861). — CHARCOT et VULPIAN, Soc. de biologie, 1862. — HENNIG, Die diphtheritische Lähmung (Jahrb. f. Kinderheilk., 1863). — GREENHOW, On Diphtherial new affections (Med. Times and Gaz., 1863). — JACCOUD, les Paraplégies et l'Ataxie. Paris, 1864. — WADE, Cases of Diphtherial Paralysis (Med. Times and Gaz., 1864). — JENSEN, Progressive motorische Ataxia nach Angina diphtherica (Hospital's Tidende, 1865). — BRUNNISCHE, Journ. f. Kinderkrankh., 1865. — BRENNER, Einige Erfahrungen über die Motilitätsstörungen nach Diphtheritis (Petersburger med. Zeitschr., 1866). — MINOT, Death from the sequel of Diphtheria (Boston med. and surg. Journal, 1867). — PHELIPPEAUX, Bullet. therap., 1867. — CASOARY, Berlin klin. Wochenschr., 1867. — HAYDEN, Brit. med. Journal, 1868. — RINGER, Med. Times and Gaz., 1868. — LORAIN et LÉPINE, loc. cit.

LEUBE, Diphtheritische Lähmung, etc. (Deut. Arch. f. klin. Med., 1869). — EISENSCHITZ, Diphtherie; Tracheotomie. Allgemeine Lähmung. Tod durch Herzlähmung (Jahrb. f. Kinderkrankheiten, 1870). — DUCHENNE, Désordres graves de la circulation cardiaque et de la respiration par intoxication diphthéritique (Union méd., 1870). — KRAFFT-EBING, Ein Beitrag zu den Lähmungen nach Diphtheritis (Deut. Arch. f. klin. Med., 1871). — HUTCHINSON, Paralysis of the ciliary muscle from diphtheria (The Lancet, 1871).

QUISSAC, De la paralysie dite diphthérique et de la diphthérie dite maligne (Montpellier méd., 1872). — LARNE, Paraplégie diphthérique (Gaz. hôp., 1873). — HEADLAND, A case of diphtheritic paralysis (The Lancet, 1873). — DE LISA, Contrib. alla casuistica delle paralisi d'iferiche (Il Morgagni, 1873). — CAMUSET, Cas de paralysie de l'accommodation de l'œil, suite d'angine diphthéritique (Gaz. hôp., 1874).

dynamomètre), et elle est insuffisante pour permettre la marche ou même la station debout. J'ai prouvé que, dans certains cas, les désordres de locomotion sont causés non par de la paralysie vraie, mais par un trouble de coordination, par de l'ataxie motrice. Eisenmann a également constaté le fait. L'état de la contractilité électrique dans les muscles paralysés n'est pas toujours le même; d'après Duchenne (de Boulogne), elle est conservée, mais d'autres observateurs l'ont trouvée amoindrie. L'anaphrodisie n'est pas rare chez l'adulte; mais la vessie et le rectum conservent le plus ordinairement leur motilité.

Ces paralysies, qui présentent une grande mutabilité quant au degré et quant au siège, coïncident fréquemment avec des troubles de la vue et de l'ouïe. L'œil est même un des organes qui sont le plus rapidement atteints après le voile du palais; les désordres portent sur l'appareil d'accommodation, et comme ils ne sont pas toujours exactement semblables des deux côtés, il y a parfois de la diplopie. La mydriase est ordinairement très-marquée, et plusieurs malades ont présenté du strabisme. La surdité est bien plus rare; le goût a été diminué, mais non aboli; enfin, 9 fois sur 39 cas, H. Weber a constaté la diminution de la sensibilité tactile de la langue et de la muqueuse des joues et des lèvres.

La DURÉE de ces accidents consécutifs est extrêmement variable; elle peut n'être que de quelques jours pour le voile du palais et les troubles visuels, mais l'akinésie des membres peut persister plusieurs mois. Même alors le pronostic est favorable, ces paralysies finissent par guérir sans laisser de trace; cependant la mort survient dans quelques cas (12 pour 100 environ), soit par extension de la paralysie aux muscles respirateurs, soit par parésie et thrombose cardiaque (Thompson, Bergeron). — La FRÉQUENCE des paralysies qui dépassent le voile du palais et le pharynx est comprise, d'après certaines statistiques (Bouillon-Lagrange, H. Weber), entre 8 et 9 pour 100; c'est-à-dire que sur 100 malades qui guérissent de l'angine diphthérique, 8 ou 9 sont affectés de paralysie plus ou moins généralisée; mais ces chiffres ne peuvent pas être acceptés comme une moyenne constante, car, selon la remarque de Lorain et Lépine, si dans la statistique de H. Roger on ne compte que les cas de paralysie généralisée, on n'obtient que le rapport de 4 à 5 pour 100.

La PATHOGÉNIE de ces phénomènes n'est pas élucidée. Chez un homme de quarante-cinq ans, Buhl a trouvé dans les racines et les ganglions rachidiens des extravasations sanguines, et une augmentation de volume due à l'épaississement du névrilème; l'altération était au maximum dans les nerfs lombaires. Antérieurement, Charcot et Vulpian avaient constaté dans un cas une atrophie des nerfs musculaires du voile du palais; ils n'étaient plus constitués que par des tubes vides, et le névrilème présentait de nombreux corps granuleux. Mais ces faits ne peuvent servir de base à une théorie générale; la mobilité et la guérison presque constante de ces para-

lysies ne permettent guère de les attribuer à une altération profonde des organes d'innervation; l'intervalle qui sépare la maladie pharyngée de la paralysie des membres est difficilement conciliable avec l'idée d'une névrosie réflexe; le développement (moins fréquent, mais positif) d'akinésie semblable *après des angines non diphthériques et d'autres maladies aiguës*, condamne l'explication de Trousseau, qui invoquait une action toxique spéciale sur le système nerveux. Et en cette situation je ne vois que deux interprétations acceptables : on peut admettre que la lésion pharyngée agit par action centripète sur les vaso-moteurs des centres nerveux, de manière à modifier momentanément la nutrition de ceux-ci, au point d'en amoindrir la puissance fonctionnelle (Jaccoud); ou bien on peut, avec Gubler (qui a consacré à cette question de remarquables travaux) envisager ces paralysies comme une simple amyosthénie (faiblesse musculaire) résultant de la convalescence, et ne présentant avec la diphthérie aucun rapport particulier.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

L'angine membraneuse accidentelle est facilement reconnue, d'après la cause toute fortuite qui lui donne naissance et l'absence de phénomènes généraux. Elle est d'ailleurs assez rare; la plus commune est celle qui résulte de cautérisations avec le nitrate d'argent. A défaut de renseignements, la blancheur de l'eschare qui fait partie intégrante de la muqueuse permettra de rapporter ce pseudo-exsudat à sa véritable origine; il disparaît d'ailleurs en quelques heures et ne se renouvelle pas.

L'angine diphthérique ne ressemble à aucune autre maladie lorsqu'elle présente la propagation nasale ou laryngée, les symptômes de septicémie, les complications pulmonaires ou les productions membraneuses cutanées. Mais dans les cas légers, et dans les cas graves au début, elle peut être confondue avec l'une quelconque des angines muqueuses à produits concrets; j'ai exposé précédemment les caractères objectifs qui peuvent prévenir cette erreur; j'ajoute que, dans tous les cas, il faut tenir grand compte de la constitution épidémique et de la possibilité de la contagion.

Le pronostic est toujours sérieux, même dans les cas à lésions locales peu étendues; l'observation prouve en effet que même alors la maladie peut tuer par extension ou par septicémie. Il résulte de là que le jugement doit toujours être réservé jusqu'au moment où les membranes cessent de se reproduire. Quel que soit l'état local, l'adynamie, la petitesse du pouls sont des signes fâcheux; le développement de la diphthérie nasale ou des accidents laryngés constitue un péril prochain; il en est de même des broncho-pneumonies. Enfin le volume considérable des ganglions,

la participation du tissu cellulaire ambiant à l'infiltration inflammatoire sont des phénomènes de mauvais augure; bien souvent alors la maladie est mortelle; et si la guérison a lieu, il n'est pas rare que la suppuration s'empare de la masse ganglionnaire, et que le patient ait à traverser toutes les péripéties d'un vaste phlegmon cervical. — D'une manière générale, l'angine diphthérique est d'autant plus grave que l'individu est plus jeune et moins robuste, et la forme secondaire est redoutable entre toutes.

TRAITEMENT.

Les indications et les moyens sont les mêmes que dans la laryngite pseudo-membraneuse (voyez t. I); je me borne à les énoncer ici pour mémoire : vomitifs au début; médication interne par le vin de quinquina et le perchlorure de fer; traitement topique comprenant des cautérisations avec le nitrate d'argent ou le perchlorure de fer, répétées deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures; dans l'intervalle, des insufflations de tannin et d'alun à parties égales, et des pulvérisations d'eau de chaux; l'eau ou la limonade vineuse est la boisson la plus utile et la mieux tolérée; une alimentation aussi substantielle que le permet l'état du malade est d'absolue nécessité.

Lorsque l'infection de l'haleine, la teinte gris sale et l'apparence gangréneuse des fausses membranes en révèlent la décomposition putride et font craindre la septicémie, il convient de substituer aux insufflations astringentes des applications de chlorure de chaux en nature; on peut aussi toucher vigoureusement les parties avec une forte solution de permanganate de potasse ou d'acide phénique; il faut, en un mot, chercher à détruire les propriétés septiques et les parasites des produits morbides, afin de prévenir l'*auto-infection*. Dans ces formes, malheureusement, les choses marchent avec une telle rapidité que les efforts les plus persévérants restent bien souvent stériles; il faut néanmoins lutter jusqu'au bout, et unir aux moyens précédents un traitement interne qui puisse accroître la résistance de l'organisme; l'alcool et l'acide phénique sont les agents qui répondent le mieux à cette indication. Au premier signe de propagation aux fosses nasales, il faut pratiquer des injections avec des solutions caustiques et désinfectantes; enfin, quand le mal gagne le larynx, le croup domine la situation, et il faut être prêt à pratiquer la trachéotomie.

Le traitement précédent est celui que je mets en pratique, mais bien d'autres méthodes sont suivies; je rappellerai notamment la médication par le tartre stibié à hautes doses (Bertholle), par l'inhalation des vapeurs humides de sulfure de mercure (Abeille), par le copahu et le cubèbe (Tri-

deau), par des insufflations de fleur de soufre (Barbosa). Cette dernière méthode a pour objet la destruction des germes végétaux qui sont l'origine de la maladie locale et de l'infection générale secondaire; elle a pour elle dix-huit cas de succès observés par l'auteur, et elle est justifiée par les notions plus complètes que nous possédons aujourd'hui sur la structure des fausses membranes pharyngées.

Ces notions, il importe de le remarquer, doivent grandement modifier les indications thérapeutiques; le TRAITEMENT LOCAL, condamné par les uns comme nuisible, blâmé par d'autres comme inutile, DOIT PRENDRE LE PREMIER RANG, à moins que l'on ne veuille méconnaître par parti pris ou par routine les progrès réalisés. En fait l'indication fondamentale et dominante est la destruction des organismes morbifères avant leur généralisation, et cette indication ne peut être poursuivie qu'au moyen d'un traitement local précoce et énergique. Les fleurs de soufre, les sels de chaux solubles, la mixture de Vollquardt (mélange à parties égales de bicarbonate de soude et de nitrate de soude), qui peut être employée simultanément comme topique et à l'intérieur, et au premier rang peut-être l'eau de chaux et le perchlorure de fer, traitement mixte que j'ai depuis longtemps adopté, tels sont les moyens qui répondent le plus sûrement à cette indication primordiale. La mixture de Lolli est très-rationnellement composée en vue de ce même but: eau de chaux, de 120 à 300 grammes; — solution de perchlorure de fer, de 2 à 8; — acide phénique, de 6 centigrammes à 1 gramme; — miel rosat, 30 grammes. Ce mélange, suivant le degré de sa liquidité, est employé soit en gargarisme, soit en badigeonnages. En le diluant avec 6 ou 8 fois son poids d'eau, on peut aussi le donner à l'intérieur à la dose d'une cuillerée toutes les deux heures. Quels que soient les agents dont on fasse choix pour le traitement local, il faut en assurer l'action à travers toute l'épaisseur des exsudats sur le tissu muqueux lui-même; aussi est-il toujours plus sûr de détacher au préalable les fausses membranes soit au moyen de petites éponges, soit au moyen de petits linges imbibés d'une solution d'alun et enroulés autour de l'index. Letzerich, qui recommande cette pratique, touche ensuite les surfaces dénudées avec une solution de nitrate d'argent (un gramme, un gramme et demi pour 15 ou 20 grammes d'eau distillée). Suivant lui, ce procédé violent est celui qui offre le plus de certitude au point de vue de la destruction des germes parasitaires.

La convalescence, toujours assez longue au point de vue du retour des forces, exige une médication tonique par le quinquina, le fer et le vin; le séjour à la campagne en est dans tous les cas un auxiliaire précieux: c'est par ces moyens, aidés des bains sulfureux et de l'électrisation, qu'il convient de traiter les paralysies consécutives. — Les propriétés contagieuses de la maladie imposent les précautions les plus sévères pour l'isolement des malades, l'aération de leur chambre, pour les linges et

objets de pansement. Les personnes qui appliquent les topiques devront éviter d'exposer leur visage devant la bouche des patients, et si, malgré cette précaution, elles reçoivent quelque matière suspecte, elles devront immédiatement faire d'abondantes lotions avec un liquide désinfectant.