

phlegmasie est superficielle, lorsqu'elle s'accompagne de peu de gonflement, d'une rougeur modérée, lorsque enfin la réaction fébrile est nulle ou du moins peu considérable.

L'induration chronique des amygdales cède difficilement, surtout lorsque les sujets sont de constitution molle, lymphatique. Il faut avant tout une médication générale propre à combattre l'état constitutionnel. Parmi les moyens locaux, on conseille surtout les gargarismes aluminés, mais sans grands résultats. On a parlé de diriger sur l'organe et sur la partie correspondante une petite douche d'eau alcaline ou sulfureuse. M. le docteur Lambron a surtout recommandé cette médication. On a conseillé encore de porter de temps en temps sur la surface de l'amygdale hypertrophiée un crayon d'azotate d'argent, pour produire une excitation superficielle. D'autres, à l'exemple de Graves, portent le caustique sur un point de l'organe malade et prolongent le contact pendant cinq à six secondes, de manière à produire une eschare, et par conséquent une petite solution de continuité de l'étendue d'une pustule variolique. On procède ainsi alternativement sur l'une et sur l'autre amygdale jusqu'au résultat désiré. Graves estime qu'il ne faut pas moins de six mois pour résoudre de la sorte un engorgement considérable des amygdales (1).

Lorsque tout échoue, on ne doit pas hésiter à pratiquer l'extirpation des amygdales.

#### De l'angine diphthéritique.

SYNONYME. — Ulcère syriaque; angine couenneuse, pseudo-membraneuse, gangréneuse, maligne.

• L'angine diphthéritique est une inflammation spécifique de la muqueuse qui tapisse le pharynx et l'isthme du gosier; elle est essentiellement caractérisée par la formation, sur les parties malades, d'une fausse membrane qui se reproduit sur place dès qu'on l'enlève, qui a une grande tendance à envahir les parties voisines et surtout à se propager du côté du larynx.

**Historique.** — Sous les noms d'angine maligne, d'ulcère syriaque ou égyptique, Arétée paraît avoir décrit la maladie dont nous allons traiter. Ses successeurs, cependant, en firent à peine mention, et ce ne fut guère qu'au commencement du XVII<sup>e</sup> siècle que Nola (2), Villareal (3) et d'autres médecins espagnols et italiens la décrivent de nouveau. Mais les travaux les plus remarquables sont ceux qui furent entrepris vers le milieu et à la fin du siècle dernier, par Malouin (4), par Astruc (5), par Chomel (6), et surtout par Sam. Bard, de New-York (7), dont les opinions ont été reproduites et commentées avec un rare talent par Bretonneau, qui est, de tous nos contemporains, un de ceux qui ont le plus éclairé l'histoire de l'angine diphthéritique (8). C'est peut-être avec raison que le célèbre médecin de Tours a essayé de rapporter à cette maladie ce que les anciens avaient dit des angines gangréneuses. Toutefois on aurait tort de contester l'existence de ces dernières; elles sont seulement excessive-

(1) *Clinique médicale*, t. II, p. 305, deuxième édition de la traduction du docteur Jaccoud.

(2) *De epidemica phlegmone anginosa grassante Neapoli*. Venitiis, 1610, in-4.

(3) *De signis, causis et curatione morbi suffocantis*, lib. II, 1611, in-4.

(4) *Mémoires de l'Académie des sciences*, années 1747, 1748 et 1749.

(5) *Lettre sur l'espèce de mal de gorge gangréneux qui a régné parmi les enfants en 1748*.

(6) *Dissertation sur l'espèce de mal de gorge gangréneux*. Paris, 1752, in-12.

(7) *Recherches sur l'angine suffocante*. Traduit de l'anglais par Ruette, en 1810.

(8) *Inflammations spéciales des tissus muqueux, et en particulier de la diphthérie*, 1823, in-8°.

ment rares, et constituent d'ailleurs une affection distincte de celle dont nous allons parler. (Voyez la *Classe des gangrènes*.)

**Anatomie pathologique.** — Comme nous l'avons déjà dit, l'angine couenneuse est anatomiquement caractérisée par une concrétion grise ou blanchâtre, prenant une teinte noire lorsque du sang exhalé au-dessous d'elle la pénètre. Elle adhère plus ou moins intimement à la muqueuse; elle est disposée par plaques irrégulières formant partout une couche à peu près uniforme, d'une épaisseur variable de 4 à 6 millimètres. Quelques-unes sont composées de plusieurs feuillets superposés; d'autres sont tellement minces qu'elles ressemblent à la couleur de la muqueuse et passeraient inaperçues si l'on n'explorait pas la gorge avec attention. Examinées au microscope, on les trouve constituées par de la fibrine, par quelques globules purulents et sanguins, et par beaucoup d'épithélium en débris. Lorsqu'on sépare les concrétions diphthéritiques de la muqueuse qu'elles tapissent, celle-ci est rouge, ecchymosée, parfois érodée, excoriée, mais très-rarement ulcérée et plus rarement encore sphacélée. La gangrène est, en effet, un accident presque aussi rare ici qu'il l'est dans les autres espèces d'angines.

Dans la plupart des cas qui se sont terminés par la mort, la fausse membrane a envahi le larynx et souvent aussi les fosses nasales. Les ganglions sous-maxillaires sont toujours augmentés de volume, rouges, ramollis ou friables, quelquefois ils sont suppurés. Le sang est presque toujours diffus; M. Millard l'a trouvé souvent semblable à du jus de pruneaux ou de réglisse, tachant les doigts comme le ferait de la *sépia*, et communiquant aux viscères qui en sont imprégnés une teinte sale caractéristique (1).

**Symptômes. Marche.** — Le début peut être des plus insidieux. Il est des malades qui, ayant déjà une fausse membrane sur les amygdales, ont à peine de la douleur et de la gêne dans la gorge; ils continuent à vaquer à leurs occupations. L'angine diphthéritique débute en général avec les symptômes ordinaires des angines simples, sauf pourtant que la douleur est presque toujours moins vive, la déglutition moins gênée, la tuméfaction beaucoup moindre, et souvent la fièvre moins intense que dans la plupart des amygdalites. Dans quelques cas pourtant, le contraire a lieu, et il est à remarquer que cette acuité des symptômes locaux n'arrive pas nécessairement dans les formes les plus graves. Cependant chez les sujets sérieusement atteints, le début de l'affection est communément marqué par de la fièvre, par un gonflement douloureux des ganglions sous-maxillaires et cervicaux, par une douleur vive à la gorge et par de la dysphagie. Pendant quelques heures il peut n'y avoir qu'une rougeur uniforme ou ponctuée de la muqueuse, mais bientôt les fausses membranes se développent. Presque toujours on les constate d'abord sur une des amygdales ou sur les deux à la fois, elles envahissent bientôt le voile du palais, ses piliers, le pharynx, et cela rapidement, en quelques jours, parfois en quelques heures, d'une manière en quelque sorte foudroyante.

Les concrétions diphthéritiques diffèrent d'aspect: la plupart sont grisâtres ou d'un blanc jaunâtre, un peu luisantes; elles sont irrégulièrement circonscrites, entourées d'un cercle bleuâtre ou violacé; elles semblent plus minces à leur circonférence qu'à leur centre, où elles paraissent comme bombées; souvent les parties malades en sont uniformément tapissées. Ces concrétions se détachent plus ou moins facilement; quelquefois leur décollement est provoqué par une exsudation sanguine qui se fait à la surface de la muqueuse et qui, pénétrant la pseudo-membrane, lui donne une coloration noire qui a contribué à

(1) Thèse de Paris, année 1858, p. 37.

faire méconnaître le caractère de la maladie et porté les anciens médecins à diagnostiquer une gangrène de la muqueuse elle-même. Idée erronée; car si, après la chute soit spontanée, soit provoquée de la pseudo-membrane, on examine l'état de la muqueuse qui l'a sécrétée, on trouve que celle-ci a rarement subi une solution de continuité; c'est à peine si l'on y constate parfois quelques érosions; elle est seulement rouge ou violacée, parfois ecchymosée et douloureuse. Les fausses membranes sont à peine tombées que la partie malade en sécrète de nouvelles, tantôt identiques avec les premières, d'autres fois beaucoup plus épaisses.

Comme on le voit dans toutes les autres angines, la bouche exhale une odeur désagréable, mais elle est ici beaucoup plus infecte que dans les autres phlegmasies gutturales ou pharyngées. L'engorgement ganglionnaire dont nous parlions tantôt augmente, il peut en quelques jours envahir le tissu cellulaire; le cou peut présenter alors une intumescence énorme.

Indépendamment des symptômes précédents, on en observe encore d'autres qui indiquent la propagation des fausses membranes dans les parties inaccessibles à la vue. Ainsi, lorsque les fosses nasales, et surtout les cornets, sont envahis par des concrétions, les malades ont des épistaxis, un suintement séro-sanguinolent et très-fétide par le nez; lorsque les voies aériennes sont prises à leur tour, des symptômes asphyxiques apparaissent promptement, le corps se refroidit, il y a de la cyanose, la figure s'altère, et cela sans grandes souffrances. C'est ce qu'on constate surtout chez les enfants très-jeunes et chez les individus très-affaiblis. Plus souvent l'envahissement du larynx est marqué d'abord par des quintes de toux, par une respiration sifflante, par une douleur locale, puis surviennent de l'aphonie, des accès de suffocation et tous les accidents qui caractérisent le croup. Enfin il n'est pas rare que, dans ces conditions, des productions diphthéritiques, identiques avec celles du pharynx, apparaissent sur divers points du corps. On les voit le plus communément dans la conque ou derrière l'oreille, au pourtour du nez, sur les lèvres, sur le mamelon, à la marge de l'anus, à la vulve, sur les surfaces des vésicatoires, et généralement sur tous les points de la peau qui ont été ulcérés ou seulement excoriés.

Lorsque la maladie se caractérise par des manifestations aussi nombreuses, on constate toujours un ensemble de symptômes fâcheux. La figure, pâle, amaigrie, porte le cachet des affections graves; la chaleur est souvent modérée, mais le pouls est fréquent, petit, dépressif; les forces sont prostrées; une diarrhée fétide et des vomissements bilieux se déclarent souvent; les urines deviennent assez fréquemment albumineuses, parfois il survient du délire et tout l'appareil symptomatique de la forme ataxique des fièvres graves. Cependant il est très-fréquent de voir les malades, nonobstant l'état le plus sérieux, conserver jusqu'au dernier moment toute leur lucidité.

**Variétés.** — Je viens de parler des cas graves dans lesquels il existe une certaine corrélation entre l'état local et les symptômes généraux. Il est d'autres angines pourtant qui, quoique de même nature que les précédentes et bien qu'elles occupent une large surface, sont cependant presque apyrétiques et laissent aux forces une intégrité telle, que les individus peuvent vaquer en partie à leurs occupations. Enfin, il est des malades qui, avec des symptômes locaux de moyenne intensité, ou même tout à fait bénins, présentent dès le début un état général des plus fâcheux; le pouls acquiert une grande fréquence, la peau est sèche, cyanosée par places, la figure profondément altérée, l'adynamie très-grande. Entre les formes extrêmes dont je parle il y a une foule de nuances que l'esprit saisit aisément.

**Durée. Terminaisons.** — L'angine couenneuse a une marche toujours aiguë et parfois si rapide, qu'elle peut avoir une issue funeste en deux ou trois jours; la chose n'est pas rare surtout en temps d'épidémie, mais le plus souvent la maladie dure de six à quinze jours; dans quelques cas exceptionnels on ne l'a vue se terminer qu'après vingt-cinq ou trente.

L'issue devient funeste de plusieurs manières. Le plus souvent c'est avec les symptômes d'une asphyxie, tantôt lente, tantôt rapide, lorsque le larynx a été envahi par la fausse membrane. D'autres fois les individus meurent au milieu des symptômes graves d'adynamie et d'ataxie précédemment décrits, conséquence d'un empoisonnement septique. Chez la plupart, enfin, les deux causes se combinent pour amener l'issue fatale.

Lorsque la maladie a une terminaison heureuse, on voit les symptômes généraux diminuer d'intensité; les plaques diphthéritiques se détachent par lambeaux, ou bien elles subissent une sorte de ramollissement, et sont alors expulsées par des efforts de toux, sous forme d'une bouillie brunâtre ou blanchâtre. Le plus souvent alors elles ne se reproduisent plus, ou, si elles repaissent sur quelques points, elles sont moins épaisses et plus blanches que celles de première formation. D'autres fois les fausses membranes, loin de se détacher, deviennent au contraire plus adhérentes; puis elles disparaissent peu à peu, soit par une sorte d'usure, soit par une absorption progressive. L'engorgement ganglionnaire se résout en même temps que l'état local s'amende; cependant, si l'inflammation a duré quelque temps, il peut arriver que quelques-unes de ces tumeurs suppurent: elles constituent alors de véritables bubons.

Les individus qui échappent à la maladie sont tous plus amaigris et plus affaiblis que ne sembleraient souvent l'exiger la durée de l'affection et la gravité des symptômes; il arrive souvent que la douleur qu'ils éprouvent en avalant est plus vive, plus aiguë au début de la convalescence qu'elle ne l'a été à aucune époque de la maladie. Cela s'explique par la chute des fausses membranes, et parce que la muqueuse, étant alors à nu et souvent excoriée, est plus vivement impressionnée par les corps qui sont mis en contact avec elle.

**Récidives.** — L'angine diphthéritique peut affecter plusieurs fois la même personne. Je l'ai vue, à dix-huit mois de distance, sur la fille d'un médecin de mes amis, et l'on sait que notre excellent et si regretté confrère Gillette, médecin de l'hôpital des Enfants, est mort victime d'un mal auquel il avait résisté trente ans auparavant.

**Paralysies consécutives.** — L'attention a été fixée, dans ces derniers temps, sur un accident de la maladie devenu beaucoup plus commun qu'autrefois: je veux parler des diverses paralysies qui éclatent chez les individus convalescents de l'angine diphthéritique. M. Littré a établi, dans une lecture faite à l'Académie de médecine, qu'il y a plus de vingt-deux siècles il régna en Grèce une épidémie diphthéritique accompagnée de paralysies consécutives, et que la connexité entre les effets primitifs fut parfaitement établie par l'auteur hippocratique (1). Cependant il faut franchir une longue série d'années et arriver presque au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle pour trouver de nouveaux renseignements; ce fut, en effet, en 1749, que le Ghisi, et Chomel dix ans plus tard, notèrent qu'après l'angine couenneuse quelques malades nasonnaient, que les boissons revenaient par le nez, et qu'ils devenaient strabiques. Mais ces faits et quelques autres cités de loin en loin avaient encore fait peu d'impression. M. Orillard lui-même donnant, en 1849, dans les *Bulletins de la Société de*

(1) *Gazette médicale*, année 1861, p. 353.

médecine de Poitiers, la relation d'une épidémie d'angine couenneuse après laquelle il avait vu se produire des paralysies diverses, ne parvint pas à éveiller l'attention. Vers 1851, les faits se multiplièrent : MM. Trousseau et Lasèque, M. Morisseau (de la Flèche), publièrent de nouvelles observations; enfin M. le docteur Maingault, poursuivant avec ardeur ce sujet d'étude, réunit tous les matériaux épars dans la science, et publia sur l'accident dont je viens de parler, un excellent travail résumant très-bien l'état actuel de la science (1).

Chose remarquable, c'est toujours à une époque plus ou moins éloignée de la convalescence, deux ou trois semaines après la cessation de la maladie, qu'on est surpris par l'invasion de phénomènes nouveaux et tout à fait insolites. Quelques individus commencent par s'affaiblir, par s'étioler; mais chez d'autres, en petit nombre, la paralysie arrive, parfois s'aggrave et s'étend, bien que la santé générale continue à s'améliorer.

C'est la paralysie du voile du palais et du pharynx qui ouvre la série des accidents. Les individus ont un nasonnement désagréable, la déglutition est gênée, les boissons sont à peine avalées qu'elles reviennent aussitôt par les fosses nasales; ces malades ne peuvent ni exercer la succion, ni gonfler les joues, ni se gargariser, ni prononcer certaines consonnes, tous actes dans lesquels le voile du palais remplit un rôle plus ou moins actif. En examinant cet organe, on le trouve, en effet, immobile et insensible.

La paralysie du voile du palais peut exister seule, mais souvent elle n'est que le prélude d'accidents analogues dans divers points du corps. En effet, on constate bientôt vers les membres des symptômes paralytiques portant simultanément ou isolément sur le sentiment et sur le mouvement. Les individus sont anesthésiques ou analgésiques; cette perte de sensibilité est presque toujours bornée aux membres; le plus souvent elle ne dépasse pas l'épaule et le genou; parfois pourtant elle est plus étendue, elle peut même être générale : M. Maingault en cite un exemple. La paralysie du mouvement occupe les mêmes régions; presque toujours elle est incomplète; la fibre musculaire conserve toute son irritabilité électrique.

La paralysie du mouvement peut atteindre la plupart des muscles. Après le pharynx, nous voyons la paralysie envahir les muscles des membres : tantôt il n'y a qu'un peu d'affaiblissement qui rend la démarche incertaine, titubante; mais la perte de la motilité peut devenir complète, elle peut atteindre les membres supérieurs comme les inférieurs, elle peut gagner les muscles du tronc et ceux du cou; alors la tête s'infléchit, vacille de droite à gauche au moindre mouvement. On a même vu les muscles de la face être plus ou moins atteints. Enfin il est ordinaire, lorsque la paralysie est aussi étendue, que le rectum et la vessie participent à cette atonie; de là la rétention de l'urine et des fèces, ou bien leur expulsion involontaire.

Indépendamment des accidents paralytiques que nous venons d'étudier, il est commun de voir survenir des troubles analogues du côté de plusieurs autres appareils, et en particulier du côté de la vue et de l'ouïe. Quelques malades deviennent momentanément strabiques, par suite du défaut d'harmonie dans la contraction des muscles qui meuvent le globe oculaire. Un plus grand nombre présentent du côté de la vision des troubles plus ou moins considérables, variant depuis une myopie et surtout une presbytie excessive, ou bien depuis un affaiblissement de la vue jusqu'à une cécité complète. Cependant, dans la grande majorité des cas, il n'existe que de la presbytie ou une mydriase permanente;

(1) *Paralysie diphthéritique*. Paris, 1860.

et c'est à tort qu'on a rapporté à l'amaurose les troubles si divers que la vue présente à la suite de l'angine diphthéritique. La pupille, en effet, toujours plus dilatée, conserve néanmoins un certain degré de mobilité, et l'ophthalmoscope ne révèle aucune altération dans les milieux de l'œil. Ces individus, dont le regard offre une grande hébétude, disent ne point voir; ils ne distinguent point ou voient confusément les objets rapprochés; ils ne peuvent lire même les gros caractères, mais ils reconnaissent les corps placés dans le lointain, et cela d'une manière presque aussi parfaite qu'auparavant; si on leur donne des lunettes biconvexes, des n<sup>os</sup> 15 à 20, on pourra leur faire lire sans fatigue les caractères les plus fins. Ces malades ne sont donc point amaurotiques, mais ils sont seulement dans l'impossibilité d'accommoder leurs yeux pour la vision des objets rapprochés; il n'y a point ici paralysie de la rétine, mais bien paralysie du petit muscle situé au niveau des procès ciliaires, nommé muscle de Brücke (1). Ces troubles de la vision peuvent s'accompagner aussi d'un peu de diplopie; celle-ci peut dépendre soit d'un strabisme concomitant, ou bien de ce que la perte du pouvoir d'accommodation est inégale dans les deux yeux.

Le sens de l'ouïe est plus rarement affecté que celui de la vue. Je crois que la surdité plus ou moins complète qu'on a remarquée chez quelques individus dépend bien moins peut-être d'une paralysie du nerf auditif que d'un défaut d'énergie dans la contraction du petit appareil musculaire qui existe dans l'oreille moyenne.

La paralysie diphthérique, dans les cas très-rares où elle s'étend au loin, a ceci de spécial qu'elle commence toujours par le voile du palais, et qu'elle n'envahit que progressivement les autres points du corps. Dans la grande majorité des cas, tout se borne à une anesthésie plus ou moins complète des extrémités, à un affaiblissement notable de la contractilité musculaire et à une mydriase permanente.

La paralysie diphthérique guérit le plus souvent; cependant son issue peut être funeste. Les uns meurent comme épuisés, d'autres périssent asphyxiés lorsque la paralysie s'est étendue aux muscles respiratoires, ou bien encore lorsque la glotte moins sensible permet au bol alimentaire de pénétrer dans le larynx pendant l'acte de la déglutition. L'examen cadavérique n'a fait constater, dans tous les cas, aucune lésion matérielle appréciable dans les centres nerveux. Ce sont là des paralysies essentielles ou *sine materia*.

Les accidents dont je viens de parler peuvent se déclarer après toutes les angines diphthériques, je les ai vus après les plus bénignes comme après les plus graves.

Il est impossible d'expliquer le mécanisme de leur production. C'est un fait étrange que de voir l'accident débiter lorsque la convalescence est constituée, lorsque la santé générale se rétablit. Si la paralysie était toujours bornée au voile du palais et au pharynx, on pourrait à la rigueur n'y voir qu'une influence exercée par le travail phlegmasique sur la fibre musculaire ou du moins sur les nerfs qui l'animent. Cet effet est possible; on a vu quelquefois la paralysie du voile du palais succéder à une angine simple; mais dans les cas

(1) Lorsque nous regardons les objets à une petite distance, comme 30 à 40 centimètres, il se fait dans l'œil des changements particuliers, portant spécialement dans les courbures des faces du cristallin, et surtout dans la courbure de la face antérieure de la lentille, qui sont exagérés. Ce sont les contractions rapides du petit muscle de Brücke, situé au niveau des procès ciliaires, qui produisent ces changements. En même temps que le muscle se contracte pour accommoder l'œil à la vision des objets rapprochés, la pupille se resserre et l'iris est poussé en avant.

dont il s'agit ici, la paralysie occupe presque toujours d'autres points du corps, elle tend à se généraliser; aussi faut-il la rapprocher des paralysies toxiques que nous étudierons plus tard. Des accidents paralytiques peuvent d'ailleurs succéder à une foule de maladies aiguës, bénignes ou graves, c'est ce que M. Gubler a parfaitement établi; mais il n'y en a aucune qui les produise à beaucoup près aussi souvent que le fait l'angine couenneuse. Il n'est donc pas possible de méconnaître ici l'influence toute spéciale exercée par la diphthérie.

**Diagnostic.** — La fausse membrane différencie suffisamment l'angine couenneuse de la pharyngite et de l'amygdalite simple. Cependant nous avons dit que dans ces dernières on voyait quelquefois se former de petites concrétions membraniformes; mais celles-ci diffèrent de la diphthérie en ce qu'elles sont toujours circonscrites, qu'elles n'ont aucune tendance à s'étendre, et ne s'accompagnent pas de l'engorgement douloureux des ganglions sous-maxillaires.

Nous croyons inutile d'établir ici le diagnostic différentiel de l'angine couenneuse d'avec l'angine dite de Fothergill, ou mal de gorge de Huxham; car ces deux affections me semblent identiques: seulement l'angine de Fothergill ou de Huxham paraît s'être rarement propagée au larynx, et elle coïncidait peut-être toujours avec une éruption scarlatineuse anormale.

L'angine avec sécrétion morbide sur le pharynx, qu'on observe si souvent dans certaines scarlatines, et que nous avons nommée angine *pultacée*, diffère beaucoup de l'angine *pseudo-membraneuse*. Dans la première, en effet, les amygdales ont communément un volume plus considérable que dans la diphthérie, l'exsudation blanche caséiforme qui les tapisse s'enlève comme on le ferait d'une matière pulpeuse mise à la surface de la muqueuse; celle-ci est d'un rouge framboisé uniforme sans érosion ni ecchymoses. La concrétion de l'angine diphthérique est au contraire grisâtre, adhérente, elle a de plus une grande tendance à se propager dans les voies respiratoires; enfin la muqueuse qui la sécrète est saignante, érodée.

Nous indiquerons plus tard, lorsque nous traiterons des *gangrènes*, comment on pourra distinguer l'angine diphthérique d'avec la gangrène du pharynx. Quant à la pharyngite ulcéreuse, telle que celle qui survient sous l'influence d'une cause spécifique, comme la syphilis, on la reconnaît au détrit jauneâtre et fétide qui se sépare de la surface du tissu malade, et qui laisse après elle une solution de continuité manifeste, circonscrite par des bords durs, saillants; tandis que, dans l'angine couenneuse, l'enlèvement des lambeaux ne laisse voir sur la muqueuse aucune perte de substance. On s'éclairera en outre, dans le cas de syphilis, des antécédents, de la marche de la maladie et des symptômes concomitants. (Voy. *Syphilis*.)

**Pronostic.** — L'angine couenneuse est une maladie très-grave, surtout à l'état épidémique. La prostration extrême des forces, une grande fréquence du pouls, une intumescence considérable du cou, et surtout les signes indiquant l'extension de la maladie aux voies aériennes, sont du plus fâcheux augure; ils annoncent toujours un péril prochain. Toutes choses égales d'ailleurs, la maladie est d'autant plus grave que le sujet est plus jeune.

Les accidents paralytiques dont j'ai parlé plus haut offrent rarement de la gravité, ils cèdent presque toujours spontanément après un ou deux mois. Cependant ils peuvent persister indéfiniment; on a vu quelques malades succomber par l'extension de la paralysie aux muscles respiratoires.

**Étiologie.** — L'angine couenneuse ne respecte aucun âge, mais elle sévit surtout dans l'enfance; les femmes y semblent plus sujettes que les hommes. Un tempérament lymphatique et une constitution affaiblie y prédisposent. Elle

peut sévir en toute saison et en tout pays; elle règne de temps en temps d'une manière épidémique, même dans les contrées les plus salubres. Elle est pourtant en général plus fréquente pendant les saisons humides et dans les lieux bas et mal aérés: ces dernières conditions expliquent quelquefois le développement en apparence spontané de la maladie dans des couvents, dans des pensionnats, où elle affecte ordinairement un grand nombre d'individus à la fois. Cependant il ne faut pas toujours expliquer l'extension de la maladie à un grand nombre de personnes seulement par l'infection des lieux, mais bien aussi par la contagion. C'est ce que démontrent des faits très-nombreux. Des mères de famille, des serviteurs, ont souvent contracté la maladie en soignant des enfants malades; beaucoup de médecins ont eux-mêmes été victimes de la contagion: c'est ainsi que nous avons vu périr, il y a peu d'années, Valleix et Gillette. La contagion, toujours à craindre, paraît surtout plus active lorsque la maladie règne épidémiquement.

La diphthérie transmise par contagion éclate après un temps d'incubation variable, mais cependant assez court. Il résulte, en effet, de quelques recherches de M. Peter, que la durée approximative de l'incubation serait le plus souvent de deux à huit jours, et très-exceptionnellement de douze à quinze (1).

**Traitement.** — Les sinapismes, les purgatifs, les boissons douces, les gargarismes, que nous avons conseillés dans l'angine simple, ne constituent, dans la forme couenneuse, que des moyens adjuvants d'une efficacité douteuse. Les émissions sanguines sont généralement proscrites; elles sont, en effet, rarement indiquées, peut-être même ne le sont-elles jamais chez les enfants. Néanmoins, chez des sujets plus âgés, elles peuvent, dans certains cas de réaction très-vive ou d'accidents inflammatoires locaux tout à fait exceptionnels, rendre des services; mais, en les employant dans les conditions où elles semblent le mieux indiquées, il faut agir avec prudence, et, dans la crainte d'amener un collapsus dangereux par une perte de sang trop subite, il vaut mieux préférer à la saignée générale l'application d'un certain nombre de sangsues. Un médecin distingué, M. Bouillon-Lagrange, a défendu ces mêmes idées et protesté contre la proscription un peu trop systématique des émissions sanguines (2).

Les vomitifs sont, par contre, rarement contre-indiqués; ils conviennent dès le début de l'affection, et à la plupart de ses périodes. Ils sont utiles, moins par l'effet révulsif qu'ils produisent, que parce qu'ils détachent les fausses membranes, les expulsent, combattent l'état saburral et l'infection septique de l'économie. C'est à l'ipéca, et mieux encore à l'émétique, qu'il faut recourir; on proscritra les sulfates de cuivre et de zinc, beaucoup moins efficaces et souvent dangereux.

Les médecins, frappés surtout de ce double caractère de repullulation sur place et de l'extension des fausses membranes, croyant aussi peut-être trop à une maladie exclusivement locale, songèrent à l'attaquer principalement par des agents externes et à la détruire comme on le fait pour maintes affections virulentes. C'est dans ce but qu'on a appliqué sur les parties malades des substances capables de les modifier plus ou moins profondément. On les a touchées avec du vinaigre et avec du jus de citron; on a insufflé dans la gorge de l'alun, du tannin, du chlorure de chaux ou de soude secs, et diverses pré-

(1) Thèse de Paris, année 1859, n° 270.

(2) Voyez une excellente *Relation d'épidémie*, insérée dans la *Gazette hebdomadaire*, année 1859.

parations mercurielles, surtout le calomel et le précipité rouge. Mais à ces moyens, jugés comme accessoires, on préfère les applications de perchlorure de fer, les cautérisations avec l'acide chlorhydrique fumant ou mêlé à parties égales ou à un tiers de miel rosat, les cautérisations avec une solution concentrée d'azotate d'argent (de 5 à 10 grammes pour 10 d'eau distillée). On répète plus ou moins ces applications caustiques, depuis une ou deux en vingt-quatre heures jusqu'à quatre ou huit; on les fait largement sur toutes les parties occupées par les fausses membranes, et dans l'intervalle les malades se gargarisent d'abord avec des liquides émoullissants pour calmer la chaleur des parties, puis avec des liquides détersifs, aluminés : quelques-uns, dans ces derniers temps, ont conseillé d'appliquer simplement sur les surfaces malades une couche de glycérine.

Les cautérisations n'ont plus aujourd'hui en leur faveur l'unanimité des suffrages; leur impuissance radicale dans un grand nombre de cas a refroidi déjà beaucoup de médecins, et le temps n'est pas éloigné peut-être où l'on mettra à les proscrire l'ardeur qu'on a eue en d'autres temps à les exalter. Ce sera une injustice, car les cautérisations faites énergiquement ont été suivies souvent d'une amélioration tellement prompte dans l'état local, qu'il est impossible d'en méconnaître la puissance. C'est surtout au début de l'affection qu'il y a chance de réussir; mais lorsque toute la gorge est envahie, lorsqu'à plus forte raison des concrétions diphthéritiques apparaissent sur des points éloignés, on ne doit guère alors espérer quelque avantage de la médication topique, et je suis d'avis de l'abandonner. On ne doit plus, en effet, infliger aux patients une méthode qui devient un supplice, et qui est cruelle surtout quand on l'applique aux enfants, qui résistent de toute leur énergie, qu'on est contraint de violenter, et chez lesquels, par conséquent, le caustique est promené en aveugle autant sur les parties saines que sur celles qui sont malades. Dans ces cas, on se bornera à porter sur le pharynx, à l'aide d'un pinceau ou par insufflation, soit du tannin, soit de l'alun, soit un mélange par parties égales de ces deux substances.

Je ne parlerai des vésicatoires que pour en proclamer l'impuissance et le danger; il ne faut pas oublier, en effet, que la diphthérite pullule souvent sur toutes les surfaces qu'on dénude.

Depuis surtout que les cautérisations comptent un si grand nombre d'insuccès, on a cherché dans la matière médicale des substances capables de changer cette disposition générale à la production de la diphthérite. On a prôné tour à tour les alcalins, le bicarbonate de soude en particulier, le chlorate de potasse, les mercuriaux sous toutes les formes et à toutes les doses; rien n'a réussi dans la diphthérite véritable; les succès que quelques-uns disent avoir obtenus, et qu'ils ont si bruyamment annoncés, sont imaginaires, car ils ont été manifestement obtenus contre l'angine pultacée ou l'angine herpétique, affections bénignes, et que tant de médecins confondent encore aujourd'hui avec l'angine diphthéritique, au grand détriment des malades.

Le régime mérite une attention spéciale. La diète ne convient jamais; il faut, au contraire, alimenter les malades, leur permettre des bouillons, des potages et même des aliments plus substantiels; ils boiront du vin, on leur donnera quelques préparations de quinquina (extrait, vin, infusion).

La convalescence étant plus ou moins pénible, l'empoisonnement diphthérique ayant toujours altéré les forces, il importe que les convalescents soient placés dans les meilleures conditions hygiéniques : leur régime sera tonique; à une alimentation substantielle on joindra l'usage des ferrugineux, des amers,

des frictions stimulantes, des bains sulfureux, des douches froides et des bains de mer. Ce sont là aussi les meilleurs ou plutôt les seuls moyens à employer contre les paralysies dont j'ai parlé plus haut; car la strychnine et l'électricité n'en ont jamais sensiblement modifié ni la marche ni la durée.

**Prophylaxie.** — Il importe de répéter ici que la maladie est contagieuse; aussi les individus atteints devront-ils être séquestrés : ils seront placés dans des pièces vastes et aérées. Ceux qui leur donnent des soins devront bien s'alimenter, sortir de temps en temps à l'air libre, s'astreindre à une grande propreté, et faire des ablutions toutes les fois qu'ils seront forcés de porter des médicaments dans la gorge des malades.

**Nature.** — L'angine couenneuse doit être considérée comme une inflammation *spécifique*. La nature de la concrétion, sa tendance à s'étendre, sa reproduction lorsqu'on l'enlève, sa manifestation sur diverses surfaces éloignées les unes des autres, enfin la marche des accidents et le caractère contagieux de la maladie, le prouvent suffisamment. Ce n'est pas une affection purement locale; en effet, la disproportion qui existe souvent entre les symptômes généraux et locaux, la généralisation de la maladie, son apparition simultanée ou successive sur un grand nombre de surfaces, le prouvent suffisamment. On pourrait donc, à juste titre, ranger la diphthérite non dans les pyrexies, comme quelques-uns l'ont voulu, mais dans les intoxications virulentes : aussi aurais-je du peut-être en faire l'histoire dans une autre partie de cet ouvrage, mais j'ai cru qu'il était plus utile de rapprocher la maladie des autres affections de la gorge, pour mieux en faire saisir les différences.

#### DE L'ŒSOPHAGITE, OU INFLAMMATION DE L'ŒSOPHAGE

L'inflammation de l'œsophage, signalée par Fernel; et peut-être même avant ce médecin célèbre, n'a été convenablement décrite que depuis une quarantaine d'années, époque à laquelle un regrettable observateur, le docteur Mondière, inséra dans les tomes XXIV et XXV des *Archives de médecine* un travail d'un grand intérêt.

**Caractères anatomiques.** — L'inflammation produit dans l'œsophage des altérations tout à fait identiques avec celles que nous avons rencontrées dans la bouche et dans le pharynx. C'est ainsi qu'il existe une œsophagite *simple* caractérisée par la rougeur, par l'épaississement, le ramollissement et l'érosion de la muqueuse : c'est l'*œsophagite érythémateuse*. D'autres fois les follicules s'enflamment isolément (*aphthes*), ou bien l'inflammation est surtout caractérisée par une sécrétion morbide, comme celle du muguet (*œsophagite crémeuse*) ou comme celle de la diphthérite (*œsophagite pseudo-membraneuse*). Dans ces cas, les lésions de l'œsophage sont presque toujours consécutives à celles de la bouche et du pharynx. Enfin, la phlegmasie peut gagner le tissu cellulaire sous-muqueux, qui alors s'indure et suppure. On pourrait donner à cette forme de la maladie le nom de *phlegmoneuse*.

L'œsophagite peut exister aussi à l'état chronique; mais sous ce nom on a trop souvent confondu des lésions organiques très-diverses : aussi est-il impossible, dans l'état actuel de la science, de tracer ses caractères anatomiques et de préciser les symptômes qui peuvent la faire distinguer.

**Symptômes. Marche. Terminaisons.** — L'histoire symptomatique de l'œsophagite aiguë est encore très-incomplète : cependant voici quels sont, d'après la plupart des auteurs, les principaux phénomènes qui peuvent aider à la faire reconnaître.