

dénudées, avec le crayon de nitrate d'argent, avec le sulfate de cuivre; pansez-les en les saupoudrant de calomel, de précipité blanc, de précipité rouge; hâtez-vous de modifier le plus promptement possible les parties malades, afin de prévenir, autant que faire se peut, les accidents terribles qui ne tarderaient pas à vous déborder.

## DIPHTHÉRIE BUCCALE.

(Stomacace. — Chancre aquatique. — Gangrène scorbutique des gencives. — Fégarite des médecins espagnols. — Stomatite ulcéreuse, ulcéro-membraneuse. — Diphthérie gingivale.) — De toutes les manifestations de la diphthérie, c'est celle qui a le plus de tendance à rester localisée dans le même point. — Peut se propager au pharynx, au larynx, et produire le croup. — Peut amener la gangrène. — Peut être la manifestation d'une diphthérie maligne. — Éminemment contagieuse. — Épidémique.

## MESSIEURS,

La diphthérie de la bouche n'est vraiment bien connue des médecins de notre époque que depuis la publication du remarquable traité de Bretonneau sur la diphthérie. En appelant, comme il l'a fait, l'attention de ses contemporains sur cette maladie, l'illustre professeur de l'école de Tours a rappelé qu'elle était une des espèces de la *stomacace* des anciens, de la *fégarite* des Espagnols, dénominations, dit-il, qui, avec une étymologie d'origine différente, n'ont qu'un même sens, puisqu'elles signifient l'une et l'autre *ulcération infecte de la bouche* (1). Van Swieten lui consacre un paragraphe spécial; mais il en méconnaît la nature et la regarde comme une affection scorbutique. Toutefois en rappelant la description qu'Arétée avait donnée des ulcères pestilentiels des amygdales (*tonsillarum ulcera pestifera*), van Swieten reconnaît la connexion qui existe entre les aphthes malins et le mal syriaque; il admet la propagation de la maladie, non-seulement au pharynx, mais encore à l'appareil respiratoire. Ces faits étaient tombés dans l'oubli, quand Bretonneau les remit en lumière et démontra l'identité de la stomatite pseudo-membraneuse avec l'angine couenneuse et le croup.

Lorsqu'en 1818 la légion du département de la Vendée vint tenir garnison à Tours, plusieurs des soldats étaient affectés d'une maladie particulière des gencives, que leurs chirurgiens désignaient sous le nom de *scorbut de terre*. Dans l'espace de très-peu de temps, la presque totalité de la légion en fut atteinte, et le nombre des malades devint si considérable, qu'une partie fut évacuée des salles de chirurgie de l'hôpital, où ils étaient primitivement placés, dans les salles de médecine: c'est alors que Bretonneau eut l'occasion de

(1) Van Swieten, chapitre *De l'angine gangréneuse*, commentaires à l'aphorisme 816 de Boerhaave.

l'étudier. D'abord il avait cru, lui aussi, au scorbut; cependant aucune circonstance de régime, aucune influence de localités ne pouvaient rendre compte de son existence; la constitution des malades n'offrait d'ailleurs aucune trace de la cachexie scorbutique: c'étaient des hommes forts, vigoureux, jouissant, à tout autre égard, de la plénitude de la santé. Ce scorbut, enfin, n'avait comme seule manifestation que la stomatite; on ne trouvait ni les ecchymoses, ni les roideurs articulaires, ni cette tendance aux hémorrhagies, si ce n'est le saignement des gencives; on ne trouvait, en un mot, aucun des symptômes dont les auteurs, et Lind en particulier, avaient donné de si merveilleuses descriptions. Cependant Bretonneau vit que quelques-uns des militaires atteints de cette gangrène scorbutique étaient pris d'angine diphthérique et mouraient du croup. Cette circonstance lui donna d'autant plus à réfléchir, que chez d'autres soldats de la même légion, les tonsilles étaient primitivement envahies par l'affection couenneuse, qui se propageait de l'arrière-gorge aux voies respiratoires; il pensa alors que cette prétendue gangrène scorbutique n'était rien autre chose que la maladie pelliculaire occupant les gencives et revêtant un aspect particulier. Précisément à la même époque, quelques cas de croup se déclarèrent dans le voisinage de la principale caserne occupée par la légion de Vendée; or les médecins de la ville affirmaient n'en avoir point rencontré jusque-là un seul exemple dans tout le cours de leur pratique, et Bretonneau lui-même avouait n'avoir pas vu le croup plus de deux fois. Bientôt une véritable épidémie sévit sur Tours.

Examinant alors avec la plus scrupuleuse attention les faits nombreux qu'il avait sous les yeux, Bretonneau ne tarda pas à se convaincre de l'identité de nature de la stomatite qu'il observait avec la maladie qu'on appelait le mal de gorge gangréneux; il lui assigna des caractères que je vais, à mon tour, essayer de vous décrire.

Après quelques jours de malaise, le plus souvent sans que rien ait annoncé le début des accidents, apparaissent sur le bord libre des gencives, au niveau de la sertissure des dents, de petites plaques d'un blanc jaunâtre, oblongues et irrégulièrement arrondies, formant une espèce de liséré n'ayant jamais beaucoup plus d'un millimètre de large. Le tartre, au niveau du collet des dents malades, et sur la surface même de ces dents, est déposé en plus grande quantité que d'habitude, sous forme d'une boue grisâtre, brunâtre, de couleur de rouille. La sertissure des gencives se détruisant peu à peu, il en résulte que les dents se déchaussent et s'ébranlent. La coloration rouillée que nous signalons est due au mélange d'une certaine quantité de sang avec l'exsudation pseudo-membraneuse qui caractérise l'affection gingivale. Ces parties malades laissent, en effet, transsuder le sang avec une telle facilité, qu'elles saignent au plus léger attouchement, qu'il suffit même d'entr'ouvrir légèrement les lèvres pour voir le sang tomber en petites gouttelettes de toutes les surfaces affectées. Les gencives douloureuses, gonflées à un certain degré, ne présentent jamais toutefois cet aspect fongueux, bleuâtre, qu'elles ont dans le scorbut. Le mal

faisant des progrès, les fausses membranes s'étendent, deviennent livides, noirâtres, paraissent s'enfoncer profondément, entourées d'un cercle rouge qui leur forme une espèce de bourrelet, elles simulent des ulcères de mauvais aspect. Mais ce n'est là qu'une apparence, et lorsqu'on enlève les fausses membranes qui se détachent assez facilement de la membrane muqueuse qu'elles recouvrent, on constate qu'en réalité il n'y a pas d'ulcération. Cependant les exsudations couenneuses sont rapidement remplacées par d'autres. Les ganglions lymphatiques de la région sous-maxillaire correspondante, qui, dès le début de la maladie, avaient commencé à s'engorger et étaient déjà douloureux, au toucher surtout, les ganglions lymphatiques se tuméfient davantage, et la tuméfaction comprend le tissu cellulaire circonvoisin.

Un écoulement considérable de salive et de sérosité sanieuse, qui continue pendant le sommeil, imbibe et tache le linge des malades. L'haleine exhale une odeur d'une fétidité insupportable; cette fétidité, jointe à l'aspect des parties affectées, donne au mal la plus grande ressemblance avec la gangrène. Mais ici encore on est trompé par les apparences. Il n'y a pas plus de gangrène, dans ce cas, qu'il n'y en a dans la diphthérie pharyngée; toutefois, de même que, en quelques circonstances, rares il est vrai, ainsi que j'ai eu soin de vous le dire, l'angine pseudo-membraneuse peut déterminer le sphacèle des tissus sous-jacents, ainsi la stomatite couenneuse peut amener les mêmes accidents. Je m'empresse d'ajouter que cette *gangrène consécutive* est beaucoup plus commune à la suite de la diphthérie buccale qu'à la suite de la diphthérie pharyngienne. Cette terrible complication, cette funeste transformation de la maladie s'observe, même assez fréquemment encore, dans les hôpitaux, tandis qu'on ne la rencontre qu'exceptionnellement dans la pratique de la ville. Pour ma part, je ne l'y ai pas encore rencontrée une seule fois.

Rare dans la première enfance, plus rare encore chez les enfants à la mamelle, la diphthérie buccale n'épargne aucun âge. Les premières observations de Bretonneau ont été faites, vous le savez, sur des soldats, sur des individus adultes par conséquent. En général, c'est par la sertiure d'une dent malade que la diphthérie buccale débute, pour se propager aux autres parties de la gencive.

De toutes les manifestations du mal syriaque, celle dont je vous parle maintenant a le plus de tendance à se localiser dans les mêmes points sans gagner les parties voisines. Ainsi, tandis que la diphthérie du pharynx tend à envahir de proche en proche, comme la lave qui s'écoule, la diphthérie gingivale peut rester stationnaire pendant plusieurs mois.

Mais ce serait un tort de croire que jamais elle ne s'étend au delà. Assez souvent la maladie se communique des gencives à la membrane muqueuse des joues, à la face interne des lèvres, formant alors au point de contact des taches blanches qui bientôt s'agrandissent; puis le voile du palais, les amygdales se prennent à leur tour; ainsi que Bretonneau en a observé des exemples, et entre autres le suivant, que je vais citer textuellement; alors la maladie,

suivant la marche que je vous ai indiquée, peut envahir le larynx, la trachée, et faire périr les individus par le croup.

« A la fin de l'épidémie, dit Bretonneau (1), huit enfants de neuf à dix ans, qui couchaient dans un même dortoir de l'hospice des Orphelins, se sont trouvés atteints, dans une semaine, de gangrène scorbutique des gencives. J'ai noté une particularité dont aucune circonstance ne m'a paru offrir une raison plausible : tous les huit étaient affectés du côté droit. Dès le deuxième jour de l'invasion, trois avaient l'amygdale correspondante tuméfiée et recouverte de concrétions pelliculaires. Les ganglions lymphatiques de la région sous-maxillaire étaient fort augmentés de volume et douloureux; la joue était gonflée; chez tous, le bord de la langue et la partie interne de la joue étaient recouverts de concrétions. N'est-il pas probable, ajoute l'auteur, que l'inflammation diphthérique eût rapidement gagné le larynx, si ses progrès n'eussent été arrêtés par des applications d'acide hydrochlorique concentré, dont l'effet fut si prompt et si efficace, que, peu d'heures après la première, la tuméfaction des ganglions lymphatiques était sensiblement diminuée? »

C'est lorsqu'elle a gagné la face interne des joues que la diphthérie est susceptible de se terminer par la gangrène. Après qu'elle est restée bornée pendant un et même plusieurs mois aux gencives, après qu'elle est restée fixée à la membrane muqueuse buccale pendant une période de temps impossible à limiter, survient une tuméfaction comme œdémato-phlegmoneuse du visage; la peau de la face rougit, les tissus qui la constituent offrent une induration considérable, et bientôt la gangrène de la bouche, revêtant tous ses caractères, comprend la joue et la gencive qui a été le point de départ du mal.

L'identité de la diphthérie buccale avec la diphthérie pharyngienne, avec le croup, est incontestable depuis les travaux de Bretonneau. Elle est amplement démontrée par la possibilité de la propagation de l'affection couenneuse des gencives au pharynx, au larynx. De plus, l'exemple que je vous ai cité de cet enfant nouveau-né qui succomba presque en même temps que sa mère à une diphthérie maligne, dont la première manifestation s'était faite du côté des gencives, montre aussi l'identité complète que nous admettons. Dans un intéressant et consciencieux travail (2), un de nos confrères les plus distingués, M. le docteur Jules Bergeron, médecin à l'hôpital Sainte-Eugénie, tout en admettant que la maladie qu'il a décrite est la même que celle observée par Bretonneau en 1818, se refuse à admettre que cette stomatite ulcéreuse soit une affection diphthérique. Il se fonde sur ce que la première, dans les cas qu'il a attentivement suivis, ne s'est jamais propagée au delà des gencives, qu'elle n'a jamais donné lieu à des accidents d'intoxication. A ces arguments on pourrait

(1) Bretonneau, *Des inflammations spéciales du tissu muqueux, et en particulier de la diphthérie*. Paris, 1826, p. 127.

(2) Jules Bergeron, *Stomatite ulcéreuse des soldats (Recueil de mémoires de médecine militaire)*. Paris, 1859.

opposer des faits de propagation analogues à ceux observés par Bretonneau ; mais en lisant les descriptions que M. J. Bergeron en a si savamment tracées, il est facile de se convaincre que la stomatite ulcéreuse dont il parle est très-différente de la stomatite couenneuse de la légion de la Vendée : le seul fait de l'existence des *ulcérations* suffirait pour établir cette différence, puisque, je vous l'ai dit, — vous pouvez en avoir la preuve en lisant le *Traité de la diphthérite*, et les articles publiés depuis à ce sujet, — dans la diphthérie gingivale ou buccale, l'exsudation couenneuse laisse intacte la membrane muqueuse qu'elle recouvre, que du moins elle n'est pas accompagnée de véritables ulcérations de cette membrane.

Indépendamment de la possibilité de la propagation au pharynx, au larynx, indépendamment de ce que peut-être elle se montre, en quelques cas, comme première manifestation d'une diphthérie maligne, la stomatite couenneuse est identique par sa nature avec d'autres affections diphthériques. Cette identité est encore démontrée par ses propriétés contagieuses ; l'affection couenneuse des gencives se transmettant par contagion non-seulement sous forme de stomatite, mais communiquant encore aux individus contaminés la diphthérie pharyngienne ordinaire et même la diphthérie maligne.

Ainsi, je vous l'ai dit, dans l'épidémie qui sévit à Tours en 1818, on ne se rappelait pas avoir vu d'exemples d'angines couenneuses ou de croup avant l'arrivée dans cette ville de la légion de la Vendée qui y apporta la diphthérie gingivale. Je vous ai dit aussi que les premiers cas se déclarèrent dans le voisinage de la principale caserne qu'occupaient les soldats de cette légion. Dans une famille dont un individu est atteint de stomatite pseudo-membraneuse, vous verrez d'autres individus prendre cette affection, tandis que d'autres encore prendront la diphthérie pharyngienne, le croup, la diphthérie cutanée. Ces faits seront d'autant plus faciles à saisir qu'on les observera dans de petites localités où il est permis aux médecins de remonter à la source du mal, de comprendre, pour ainsi dire, d'un seul coup d'œil ce qui se passe, de suivre pas à pas la marche envahissante de l'épidémie.

NATURE DE LA DIPHTHÉRIE, CONTAGION, ALTÉRATION DU SANG,  
ALBUMINURIE.

MESSIEURS,

A l'époque où Bretonneau écrivait son *Traité de la diphthérite*, la médecine, la médecine française du moins, était sous l'empire des doctrines du physiologisme de Broussais, la théorie de l'inflammation dominait toute la pathologie, et dans les maladies quelles qu'elles fussent, l'élément inflammatoire était le seul dont on eût à tenir compte. Pinel avait cependant montré que, dans les divers tissus organiques, l'inflammation subissait des modifications très-caractérisées ; par là l'illustre auteur de la *Nosographie philosophique* avait

déjà répandu un grand jour sur l'histoire des maladies, et imprimé à l'esprit d'observation une nouvelle impulsion. Bretonneau, allant plus loin que Pinel, démontrait à son tour que la diversité des altérations phlegmasiques et des phénomènes qui les accompagnent ne dépendait pas seulement de la spécialité des tissus affectés ; il démontrait, en publiant ses remarquables travaux sur la diphthérie et sur la dothiémentérie, que la spécificité de l'inflammation, bien plus que son intensité, bien plus que la nature du tissu qui en était le siège, influait sur le trouble que chaque lésion inflammatoire apporte dans les fonctions : c'est, disait-il, à la spécificité de l'inflammation que se rapportent la durée, la gravité et le danger de la plupart des pyrexies.

La maladie que nous étudions n'avait point échappé à la règle absolue qu'on prétendait imposer. Dans l'angine couenneuse, dans le croup, on ne voyait que l'angine, que la laryngite, qu'une inflammation qu'il fallait, avant tout, combattre par les antiphlogistiques. Sans doute, l'élément inflammatoire peut jouer ici son rôle ; mais ce rôle, loin d'être le principal, est tout à fait secondaire : absolument comme dans la variole, dans la rougeole, dans la syphilis, dans bien d'autres maladies, il est subordonné à la nature de la cause qui le domine, en lui imprimant son caractère spécial.

Il est cependant une différence essentielle à établir entre la diphthérie et les maladies que nous venons de nommer, c'est que dans celle-là il y a à tenir compte plus que dans celles-ci de l'affection locale. Si dans la variole, par exemple, nous ne nous préoccupons pas des pustules, si nous ne nous en préoccupons du moins qu'au point de vue de la signification diagnostique et pronostique que nous pouvons en tirer, si nous ne nous en préoccupons pas au point de vue du traitement, il n'en est plus ainsi dans la diphthérie. On peut comparer, en effet, ce qui se passe ici avec ce qui se passe dans la pustule maligne, où, en attaquant directement l'affection locale, nous enrayons la marche de la maladie générale dont cette affection était une première manifestation. De même, dans la diphthérie, en intervenant énergiquement pour combattre la première manifestation, nous pouvons quelquefois en arrêter les progrès, en empêcher les manifestations ultérieures. Je reviendrai sur ce point à propos du traitement.

Quelles que soient d'ailleurs ses manifestations locales, quelles que soient ses formes générales, la diphthérie est une de sa nature ; qu'elle affecte les membranes muqueuses ou la peau ; que ce soit l'angine pharyngienne, laryngienne ou bronchique ; que ce soit la stomatite ou le coryza couenneux ; que ce soit la diphthérie cutanée, vulvaire, anale ou préputiale, c'est toujours la même maladie. La diversité d'aspect que peuvent présenter ces affections locales dépend uniquement de la diversité des tissus sur lesquels la diphthérie manifeste son action ; mais ces manifestations différentes répondent toutes à une même cause. Le fait est incontestable quand on voit, dans les épidémies, la diphthérie affecter des localisations si diverses et se transmettre d'individus à individus, sous diverses variétés de localisations : quand on voit, par exemple,