

diphthérie la plus grave, le fait a été observé maintes fois par un grand nombre d'observateurs. Mais il est loin d'en être toujours ainsi, et en réalité ces angines menacent le malade qui en est atteint plus encore que son entourage. Dans beaucoup de cas, au bout d'un jour ou deux, quelquefois trois jours, leur gravité et leur nature se révèlent par l'apparition de symptômes d'intoxication graves, de paralysie vélo-palatine, de troubles cardiaques, précédés ou suivis le plus souvent, mais non constamment toutefois, de modifications objectives des lésions, qui deviennent nettement pseudo-membraneuses, s'étendent, gagnent les fosses nasales, etc.

Ces angines diphthériques anormales sont connues depuis longtemps, aussi bien celles d'apparence catarrhale considérées comme rares par les anciens auteurs, que celles de forme herpétique dont Trousseau, en 1858, signalait la fréquence avec laquelle on les avait observées aussi bien que les angines à forme normale dans une épidémie survenue cette année-là, et qu'il a mentionnées ensuite dans ses cliniques. Mais en raison de la bénignité relative qu'elles présentent le plus ordinairement, leur fréquence réelle n'avait pas été soupçonnée avant que le diagnostic bactériologique de la diphthérie eût permis de s'en rendre compte. Celle de la forme cryptique ou lacunaire a été nettement établie par Jacobi (1891), Mouillot, Escherich, Koplik (1892), Chaillou et Martin, Marfan, etc. La forme pultacée a été étudiée par Martin et Chaillou, par Feer et Concetti. La nature diphthérique d'un certain nombre d'angines herpétiques, et l'importance pratique de cette notion, ont fait l'objet d'une communication récente du professeur Dieulafoy à l'Académie de médecine, où sont réunies un certain nombre d'observations qui montrent bien le *polymorphisme* de l'angine diphthérique (*).

B. Angines diphthériques à associations. — Nous ne connaissons encore qu'un petit nombre des espèces microbiennes dont l'association au bacille diphthérique se révèle par des modifications de la diphthérie, soit de ses lésions seulement, soit à la fois de celles-ci et de la symptomatologie générale de la maladie. Nous les rappellerons ici, bien que nous les ayons déjà signalées à l'occasion de l'étude expérimentale des associations microbiennes dans la diphthérie. Ce sont :

- 1° Le coccus dit coccus Brisou;
- 2° Les streptocoques (diverses races);
- 3° Les staphylocoques (blanc et doré);
- 4° Le pneumocoque de Talamon;
- 5° Le coli-bacille;
- 6° Le bacille encapsulé de Friedlander;
- 7° Certaines bactéries septiques, entre autres le *bacillus proteus*;
- 8° Quelques coccus mal déterminés.

La présence de ces micro-organismes dans les fausses membranes, lorsqu'ils y existent en grand nombre avec le bacille spécifique et qu'ils pénètrent dans ses couches profondes et jusqu'au derme sous-jacent, leur présence dans les foyers d'infections secondaires, dans les organes, le sang et les humeurs, en cas d'infection septique généralisée permet, lorsqu'on la constate, d'attribuer

(* Académie de médecine, 1895, juin et juillet.

à leur association au bacille spécifique les modifications locales et générales de la maladie qui se produisent en pareil cas, puisque, lorsque la diphthérie est et reste pure, on ne les observe jamais.

Presque toutes ces espèces microbiennes sont susceptibles de s'associer isolément au bacille de Klebs; et la plupart d'entre elles peuvent aussi, dans certains cas, former avec lui des associations multiples. On pourrait donc dès aujourd'hui, en s'appuyant sur l'étiologie, détacher du groupe des angines diphthériques à associations un certain nombre de variétés se différenciant les unes des autres par l'espèce ou les espèces de microbes associés au bacille. Mais, pour qu'une classification de ce genre fût pratiquement utilisable, il nous faudrait connaître les caractères cliniques différentiels relevant de chacune des espèces microbiennes en cause. Or, cette étude est à peine ébauchée encore. Tout ce que nous pouvons faire actuellement, c'est d'opposer aux angines diphthériques à associations favorables les angines diphthériques à associations nuisibles.

Nous connaissons, en effet, un micro-organisme (un seul, jusqu'ici) dont l'association au bacille diphthérique entrave l'action pathogène de celui-ci et rend la maladie constamment bénigne: c'est le coccus Brisou. Les angines associées qui en dépendent ne sont jamais graves, elles évoluent à la façon des diphthéries pures communes à toxicité atténuée; les fausses membranes, cependant, ont un aspect et une évolution un peu spéciaux. On peut décrire brièvement cette forme, ou du moins la signaler, sous le nom d'*angine cocco-diphthérique*.

En outre, nous connaissons une espèce microbienne, le streptocoque, dont différentes races (encore presque entièrement confondues d'ailleurs), à divers degrés de virulence, sont capables de produire à elles seules, par leur association au bacille, toutes les modifications anatomiques qui compliquent et aggravent la diphthérie. A la vérité, l'intervention des bactéries putrides paraît nécessaire à l'apparition des lésions gangréneuses envahissantes; mais tout le reste peut reconnaître le streptocoque pour cause: certains coccus et certains streptocoques peuvent avoir les mêmes effets sur l'évolution des lésions locales et la genèse de quelques infections secondaires localisées; le staphylocoque blanc et le coli-bacille peuvent déterminer des diphthéries septicémiques semblables à celles qui dépendent de l'association streptococcique. Le pneumocoque et le bacille encapsulé ne semblent pas modifier la diphthérie d'une façon spécialement défavorable: les complications broncho-pulmonaires que le premier fait souvent apparaître peuvent aussi reconnaître pour cause le streptocoque seul. Dans certains cas, le staphylocoque, soit seul, soit avec le streptocoque, semble bien déterminer par son association avec le bacille certaines modifications un peu spéciales de la physionomie et de la marche de la maladie. Mais il est encore impossible de grouper les cas de ce genre pour en faire une forme particulière, la *staphylo-diphthérie*; et nous nous bornerons à signaler, au besoin, les phénomènes cliniques qui paraissent relever le plus souvent de l'association staphylococcique. On peut donc en somme, à très peu de chose près, retrouver tous les types cliniques des angines diphthériques à associations infectieuses parmi les *angines strepto-diphthériques*: il nous suffira, pour en présenter une étude suffisamment complète, de décrire ces dernières.

A. Angine cocco-diphthérique. — L'angine cocco-diphthérique débute, dans la majorité des cas, moins insidieusement que la diphthérie simple. La fièvre est

souvent plus vive et plus précoce et atteint 59°; mais l'état général reste bon, il n'y a pas d'abattement; les enfants continuent à jouer, et, dès que la défervescence s'est produite, reprennent leur appétit. La douleur de la gorge est toujours modérée.

Les fausses membranes sont en général plus blanches, et moins adhérentes que dans la diphthérie pure. Elles sont aussi moins étendues, et ordinairement elles ne dépassent pas les amygdales. Elles peuvent faire défaut, et alors l'angine affecte la forme d'une amygdalite cryptique. L'engorgement ganglionnaire ne diffère pas de celui de la diphthérie pure. Bien que dans beaucoup de cas les fausses membranes ne se reproduisent que sur une moindre surface après qu'elles se sont détachées, la durée de la maladie est en général un peu plus longue que celle de l'angine pure. L'albuminurie est aussi fréquente. L'extension au larynx est de même aussi commune, sinon plus, que dans la diphthérie pure. Martin et Chaillou l'ont observée dans la moitié des cas environ. Mais le pronostic de ces croups est généralement favorable.

En définitive, cette forme est assez régulièrement bénigne, si on la réduit aux cas où l'examen des fausses membranes ou de leurs cultures fait constater des cocci abondants, et en nombre supérieur à celui des bacilles de Klebs. L'action du coccus paraît être de gêner le développement du bacille, plutôt que de diminuer sa virulence. En effet, dans le plus grand nombre des cas, le bacille associé au coccus est le bacille long, enchevêtré: rarement on trouve des bacilles moyens, et il est exceptionnel d'y rencontrer des bacilles courts. Les sujets atteints d'angines membraneuses non diphthériques, et causées par le coccus seul, ne paraissent pas très exposés à contracter la diphthérie pendant le cours de la maladie: l'enfant qui a donné son nom à ce micro-organisme, découvert dans sa gorge où il a été vu pour la première fois, est entré trois fois au pavillon de la diphthérie de l'hôpital des Enfants, et y a guéri 5 fois de son angine, sans prendre la diphthérie. Cependant la contagion est possible en pareil cas: elle a été plusieurs fois observée. Chaillou et Martin, les premiers, ont cité le cas d'une fillette de l'hôpital des Enfants atteinte d'angine coccique avec croup, dont les fausses membranes et le mucus trachéal ne renfermaient encore que des cocci six jours après la trachéotomie, et qui a pris la coccodiphthérie le septième jour, ainsi que l'a montré l'examen bactérioscopique. On a d'abord trouvé des bacilles de Klebs dans le mucus trachéal, et le lendemain seulement il en existait aussi dans le pharynx: l'enfant s'était donc infectée à travers sa canule ou par sa canule.

B. Angines strepto-diphthériques. — Les angines diphthériques à associations infectieuses, que nous devons maintenant étudier, se présentent à l'observation sous des formes cliniques très diverses, très dissemblables, et dont la gravité varie beaucoup. Il est indispensable de décrire séparément leurs variétés les plus typiques, car elles ne sauraient en aucune façon trouver place dans un même tableau d'ensemble. Lorsqu'elles seront mieux connues, il sera sans doute possible de rapporter à chacune d'entre elles la majorité des cas qui se présentent à l'observation, et de rapporter les autres à des formes intermédiaires se rapprochant plus ou moins de l'une ou de l'autre des formes typiques.

La forme la mieux différenciée de l'angine strepto-diphthérique est, en général, d'une extrême gravité. Elle est caractérisée par des modifications

fâcheuses des lésions de la gorge, coïncidant avec les symptômes généraux d'une intoxication grave doublés de ceux d'une infection streptococcique généralisée. La mort rapide est la règle, la guérison rare et toujours tardive. La pathogénie de cette forme dangereuse, variété décrite par Trousseau sous le nom de *diphthérie maligne ou hypertoxique*, a été pour la première fois exactement établie par H. Barbier. Nous la décrirons la première, sous le nom d'*angine strepto-diphthérique septicémique*.

Plus rarement, la strepto-diphthérie se caractérise par une aggravation des lésions locales et une lenteur exagérée de leur évolution plutôt que par une intensité particulière des phénomènes généraux, qui ne diffèrent pas de ceux qu'on observe dans la diphthérie pure d'intensité moyenne. Les grands accidents septiques de la forme précédente font défaut, mais fréquemment l'évolution de la maladie est modifiée par des complications infectieuses, à localisations variables, qui aggravent plus ou moins la maladie et en prolongent la durée, si elles ne sont pas mortelles. Comme, en pareil cas, l'infection streptococcique ne se généralise pas, qu'elle reste localisée, soit seulement à la gorge et aux ganglions cervicaux, soit en même temps à un ou plusieurs foyers plus ou moins éloignés, nous appellerons cette forme *angine strepto-diphthérique à localisations septiques*.

Il importe d'ailleurs de remarquer qu'elle est susceptible de se transformer pendant son cours et de prendre les caractères de l'angine septicémique à un moment donné. De même, l'association strepto-diphthérique, qu'elle réalise l'une ou l'autre de ces deux variétés, peut se produire d'emblée ou secondairement. Dans le second cas, le streptocoque entre en scène pendant que la diphthérie, primitivement pure, est en pleine évolution. Dans le premier au contraire, pendant le cours ou vers la fin d'une angine streptococcique, c'est le bacille qui, absent jusque-là, pénètre dans la gorge et s'y développe à son tour.

Dans certains cas, le streptocoque ne s'associe au bacille qu'à la fin d'une diphthérie pure. Les fausses membranes ont à peu près disparu, parfois même complètement, et le bacille spécifique y est devenu très rare. Une recrudescence fébrile ou quelque symptôme inattendu se produit, on examine bactériologiquement la gorge et l'on y trouve des streptocoques en abondance, qui remplacent bientôt entièrement le bacille. Ces infections secondaires se localisent en général; du pharynx nasal elles gagnent l'oreille ou l'antre d'Hyghmore et s'y cantonnent. Ou bien elles déterminent simplement une stomatite. Les plus graves déterminent des broncho-pneumonies. Il s'agit en réalité, dans les cas de ce genre, d'infections secondaires banales. Ce sont des complications tardives de la diphthérie pure, et leur apparition à la fin de celle-ci, qui a évolué sans modification, ne suffit nullement à faire considérer l'angine primitive comme une diphthérie à association infectieuse. Le mot « association » éveille en effet l'idée d'une action *réciproque* des micro-organismes coexistants (1); et ici il n'y a rien de pareil. Souvent même il n'y a pas coexistence, mais simplement succession: le streptocoque ne peut avoir d'action sur le bacille, qui n'existe plus; seule, l'imprégnation de l'organisme par la toxine diphthérique peut influencer l'infection streptococcique.

a. ANGINE STREPTO-DIPHTHÉRIQUE SEPTICÉMIQUE. — Le début de cette forme

(1) MÉRY, *Arch. de méd. des enfants*, janvier 1899.

redoutable est presque constamment brusque. Souvent il est marqué par des frissons répétés ou par un frisson violent, et une élévation rapide de la température à plus de 39,5 et jusqu'à 40°. Mais dans d'autres cas les phénomènes fébriles sont beaucoup moins accentués. Le pouls, très fréquent dans tous les cas, devient rapidement petit et misérable et les phénomènes généraux d'ordre toxique et septicémique, en même temps que les lésions d'infection locale de la gorge, s'accroissent avec une extrême rapidité. Le visage prend une pâleur cireuse, les traits s'immobilisent, avec une expression de tristesse et d'angoisse. L'abattement est profond. Fréquemment une diarrhée fétide apparaît. L'urine est rare, chargée. Elle devient rapidement très albumineuse. La langue est très saburrale et l'anorexie absolue.

La muqueuse de la gorge est tout d'abord le siège d'une tuméfaction généralisée en même temps que d'une rougeur diffuse. Elle devient souvent violacée, ou même sanieuse et saignante dans une grande partie de son étendue. La luette s'œdématie et devient parfois énorme. La tuméfaction des amygdales est en général considérable.

Celles-ci, puis bientôt le voile du palais, se recouvrent rapidement de fausses membranes plus ou moins larges et cohérentes, irrégulières, épaisses, de couleur grisâtre ou jaune verdâtre, brunâtres en certains points ou dans presque toute leur étendue quand il existe un suintement sanguin assez abondant. Quelquefois ces fausses membranes sont dures et résistantes; alors la muqueuse tuméfiée fait saillie autour d'elles et elles simulent de vastes ulcérations. Plus souvent elles sont mollasses et tomenteuses. Formées de couches stratifiées, dont les plus superficielles se dissocient et se détachent par lambeaux assez rapidement, elles sont très adhérentes par leur couche profonde. Ou bien encore les fausses membranes prennent bientôt ou même d'emblée un aspect putrilagineux et paraissent remplacées par une sorte d'enduit pultacé qui couvre la gorge et s'étend à la voûte palatine et à la plus grande partie de la cavité buccale, siégeant sur une muqueuse qui saigne au moindre contact.

Les fausses membranes ont plus de tendance à s'étendre vers la bouche que vers la paroi pharyngée postérieure, dont elles n'occupent le plus souvent qu'une partie limitée. Par contre, elles pénètrent très vite dans les fosses nasales par la face postérieure du voile du palais et s'y étendent jusqu'à la partie antérieure de la pituitaire. En arrière, elles peuvent envahir la trompe d'Eustache et l'oreille moyenne; par le canal nasal elles peuvent gagner la conjonctive et déterminer alors un œdème palpébral dur avec écoulement séro-purulent.

Les pseudo-membranes nasales, qui présentent les mêmes caractères qu'au pharynx, déterminent un jetage abondant, d'abord séro-fébrineux, puis séro-purulent ou plutôt séro-sanguinolent, sanieux, brun ou noirâtre, ou même complètement hémorragique. L'écoulement se concrète au pourtour des narines en croûtes épaisses et noirâtres, le long desquelles il suinte goutte à goutte, parfois presque continuellement. Les alentours des narines et la lèvre supérieure en sont irrités, et bientôt érodés.

Dès le début, les ganglions voisins se tuméfient; cette tuméfaction augmente rapidement et devient le plus souvent considérable, en même temps que le tissu cellulaire ambiant est le siège d'une infiltration œdémateuse diffuse au milieu de laquelle les ganglions restent confondus. Le cou prend l'aspect que de Saint-Germain appelait *proconsulaire*. Cet empatement de la région cervicale s'accompagne assez souvent d'une coloration rosée, brillante et lisse en certains

points de la peau qui le recouvre, en même temps que de bouffissure de la face.

L'obstruction nasale force le malade à tenir la bouche ouverte; la respiration buccale, gênée par la tuméfaction de l'isthme, est plus ou moins bruyante; les commissures labiales laissent constamment s'écouler une salive mêlée de sanie ichoreuse et fétide. La voix est sourde et indistincte. La douleur de la gorge est très précoce, et elle ne tarde pas à s'accroître, surtout à chaque effort de déglutition, au point qu'on a beaucoup de peine à faire prendre au malade quelques gorgées de liquide. Parfois même le patient refuse absolument d'y essayer.

L'état général s'aggrave progressivement, en même temps que la face se bouffit et pâlit de plus en plus, en se marbrant en certains points, surtout au pourtour des narines, au niveau du nez et de sa racine, de plaques brillantes, rosées, ou quelquefois violacées. La prostration s'accroît à mesure que l'empoisonnement devient plus profond; quelquefois, surtout chez l'adulte, il survient un peu de délire tranquille vers la fin; mais le plus souvent le malade garde son intelligence à peu près intacte, jusqu'à ce qu'il tombe en plein collapsus. Les extrémités se refroidissent, l'hypothermie apparaît, le pouls devient filiforme ou imperceptible, le cœur se ralentit et devient irrégulier, et le malade s'éteint lentement, s'il n'est pas brusquement emporté par une syncope.

Quand la strepto-diphthérie septicémique prend cette forme aiguë ou suraiguë, sa marche est tellement rapide, que le malade succombe avant qu'aucune complication ait eu le temps de se produire, dès le 3^e jour ou même le 2^e jour de la maladie. Parfois même la mort survient alors que les fausses membranes ou l'exsudat pultacé sont encore à peine appréciables; la maladie est vraiment foudroyante, et tue en 20 ou 24 heures.

Mais, dans un certain nombre de cas, les symptômes généraux d'intoxication et d'infection, bien que précoces et très marqués, s'accroissent moins rapidement et deviennent stationnaires. On voit alors survenir des complications diverses: les enfants impétigineux s'inoculent la diphthérie à la peau en se grattant, les conjonctives ou les oreilles sont envahies, il se produit des hémorragies (surtout des épistaxis) ou du purpura. Ou bien le larynx se prend, et cette propagation aux voies respiratoires, si elle est moins fréquente que dans la diphthérie pure, est tout spécialement grave, car si le croup ne tue pas le malade, celui-ci succombe presque fatalement à la broncho-pneumonie consécutive. Il n'est pas rare, lorsque les voies respiratoires restent indemnes et que la situation se prolonge un peu, de voir le malade succomber à des accidents cardiaques. La maladie peut ainsi durer 10 ou 12 jours ou plus; et se terminer par la mort, quelquefois après avoir paru tendre vers l'amélioration à une ou deux reprises. Cependant, dans quelques cas heureux, malheureusement en petit nombre, l'amélioration de la gorge arrive à s'accroître progressivement, l'adéno-pathie diminue, l'état général se relève lentement, et le malade finit par guérir. Après avoir, le plus souvent, subi les atteintes de quelques-unes des complications auxquelles l'intoxication diphthérique et l'infection streptococcique lui laissent peu de chances d'échapper (suppurations ganglionnaires ou autres, paralysies, érythèmes, etc.), il arrive enfin à la convalescence. Mais le retour des forces est lent, la pâleur tarde à disparaître, souvent les tuméfactions ganglionnaires ne disparaissent pas complètement. La gorge conserve des altérations de gravité et d'importance variables: souvent des pertes de substance, rares au voile, mais communes aux amygdales; constamment des lésions de pharyngite chronique plus ou moins étendues, mais toujours accentuées.

b. ANGINE STREPTO-DIPHTHÉRIQUE A LOCALISATIONS SEPTIQUES. — Dans cette forme, les lésions de la gorge, de gravité variable d'ailleurs, se rapprochent plus, en général, de celles des cas les moins sévères de la forme précédente que de celles de la diphthérie pure.

En général discrètes, les fausses membranes se reproduisent rapidement après leur ablation, persistent longtemps, et s'étendent par poussées. Elles siègent sur une muqueuse rouge, tuméfiée, saignant facilement, et dont les parties libres sont parfois le siège d'une sécrétion catarrhale abondante, mucopurulente, surtout si le staphylocoque est associé au streptocoque. Les fausses membranes gagnent fréquemment le nez, et déterminent un jetage d'ordinaire purulent. Les épistaxis ne sont pas rares. La dysphagie est précoce et persistante. L'adénopathie est constante, modérée, plus marquée du côté le plus atteint. L'empatement est plus diffus que dans la diphthérie pure.

Les symptômes reproduisent ceux de l'angine pure commune. En général cependant le début est plus brusque : la température peut atteindre rapidement 59° , et se maintenir à 59° ou $59,5^{\circ}$ pendant plusieurs jours. L'accélération du pouls survit toujours à l'abaissement de la température. L'albuminurie reste légère, et peut manquer.

La durée de la maladie, quoique variable, est en général plus longue. Il n'est pas rare de voir survenir à la gorge, pendant que les lésions diphthériques sont en voie d'amélioration, des poussées inflammatoires. Il se produit parfois sous l'influence du staphylocoque semble-t-il, au niveau des joues, et surtout de la langue et des lèvres, des érosions qui se recouvrent de dépôts blanchâtres disparaissant ensuite (H. Barbier).

Le danger le plus menaçant pour le malade est celui de l'extension des fausses membranes diphthériques au larynx et au-dessous, très fréquente dans cette forme de diphthérie associée, où les broncho-pneumonies consécutives sont souvent précoces et dangereuses. Même après la disparition complète des lésions spécifiques de la gorge, on peut voir survenir de la laryngo-bronchite purulente suivie de broncho-pneumonie mortelle. Si l'appareil respiratoire reste indemne, le malade est souvent atteint de complications infectieuses : éruptions cutanées diverses, otites, etc. La convalescence, en général assez longue, peut encore être retardée par des paralysies.

Les angines de cette forme peuvent débiter comme une angine herpétique, cryptique ou pultacée. Caractérisées par l'absence des grands accidents septiques généraux, et la présence de complications infectieuses à localisations variables, elles présentent une gravité qui varie dans des limites très étendues, suivant le siège et l'extension des foyers infectieux secondaires et en même temps suivant le degré de l'intoxication diphthérique. Il paraît très vraisemblable aussi que leur physionomie et leur allure dépendent dans une mesure assez importante de l'espèce ou des espèces microbiennes associées.

Analyse des symptômes. — Complications. — Avant d'étudier les complications, d'origine toxique ou infectieuse, qui peuvent modifier l'évolution des angines diphthériques ou survenir même après leur terminaison, nous nous arrêterons un peu à l'examen de quelques-uns des symptômes de la maladie, tels que la fièvre, les troubles urinaires, les altérations du sang, et à celui des caractères particuliers de la diphthérie dans ses localisations extragutturales.

Fièvre. — La grande majorité des auteurs s'accordent avec Wunderlich pour admettre que la fièvre est un des symptômes les plus variables de la diphthérie. Fréquente au début de la maladie, elle ne serait pas constante et pourrait manquer dans les formes les plus graves, ou au contraire atteindre une assez grande intensité dans des formes bénignes. Le thermomètre ne fournirait donc aucune indication pronostique utile relativement à la maladie elle-même, et ne trouverait son emploi que lors de l'apparition de certaines complications.

Sevestre et L. Martin, d'accord avec Labadie-Lagrave et Francotte, ne souscrivent pas à cette opinion classique. Sans être aussi affirmatifs sur ce point que ces deux derniers auteurs, qui admettent que la fièvre est absolument constante au début de la diphthérie, ils croient du moins que son absence est un fait exceptionnel. Nombre de diphthériques, qui sont apyrétiques au moment où on les observe pour la première fois, ont eu de la fièvre au début de leur maladie, qui dure depuis plusieurs jours déjà, souvent à leur insu, lorsqu'ils ont fait appel au médecin. Cette fièvre a pu être très légère, ne se maintenir que deux jours au plus, et avoir disparu parfois brusquement dans des cas légers ou moyens de diphthérie pure; elle a pu n'avoir été que passagère et rapidement suivie d'hypothermie dans des formes très graves, mais rien ne permet d'affirmer qu'elle ait manqué complètement; et comme au contraire on peut constater que la température s'élève toujours lorsque chez un diphthérique apyrétique des fausses membranes nouvelles se produisent dans des régions (nez, larynx, peau, etc.) où elles manquaient jusque-là, il est permis de croire que la lésion primitive, à son apparition, a provoqué de même un mouvement fébrile.

La question de savoir si la fièvre peut ou non manquer au début de la diphthérie ne présenterait d'ailleurs qu'un médiocre intérêt pratique s'il était établi que son intensité, sa marche et sa durée sont trop variables et trop inconstantes, aussi bien dans les formes bénignes que dans les formes graves de la maladie, pour que le médecin n'en tienne aucun compte. Mais il n'en est point ainsi : Sevestre et Martin ont constaté que la majorité des cas répondant à l'une quelconque des formes cliniques bien tranchées de l'angine diphthérique présentent une évolution thermique très analogue, et qui diffère généralement quelque peu de celle qu'on observe d'ordinaire dans une autre de ces formes cliniques. De plus, le diagnostic de la variété d'angine une fois établi, la marche de la température peut souvent fournir des indications pronostiques utiles.

Dans les diphthéries pures bénignes, la température monte dès le début à 38° , $38,5$ ou 39° , et y reste pendant 24 ou 48 heures avec une légère ($1/2$ degré) rémission matinale dès le second jour, pour revenir ensuite à la normale en 2 ou 5 jours, par des oscillations descendantes régulières.

Dans les formes moyennes de diphthérie pure, l'ascension thermique initiale n'est pas plus élevée, mais la défervescence ne commence souvent qu'au bout de 3, 4 ou 5 jours. Elle se fait comme dans le cas précédent.

Dans les formes toxiques graves, la température atteint, d'emblée ou par oscillations ascendantes, $59,5$ à 40° . Lorsqu'elle dépasse ce chiffre, le pronostic est presque toujours fatal. Lorsque, sans le dépasser, elle se maintient entre $59,5$ et 40° , pendant plus de trois jours, le pronostic est des plus graves. Mais si, au bout de trois jours au plus ou plus tôt, elle se met à baisser par oscillations régulièrement descendantes, c'est l'indication d'un bon pronostic, même si la température met 6 à 8 jours pour revenir à la normale.