

a été de 34 pour 100, et celle des croups de 74 pour 100, en moyenne, pendant ces quatre années, à l'hôpital des Enfants-Malades; et des trois hôpitaux d'enfants de la même ville, c'est celui où elle a été la plus faible.

Tel est le pronostic de la diphthérie, telle que nous l'avons décrite, telle qu'elle a été chez nous jusqu'à l'année 1894. La démonstration éclatante de l'action spécifique, curative, du sérum antidiphthérique, bientôt suivie de la généralisation rapide, dans toutes les parties du monde, de l'admirable méthode de traitement découverte par Behring, fit du Congrès international d'hygiène réuni à Budapest au mois d'août de cette année, la date la plus mémorable de l'histoire de la diphthérie. Depuis 1895, la mortalité de cette maladie jusque-là si rebelle à la thérapeutique n'a cessé de s'abaisser progressivement, dans des proportions incespérées, grâce à la sérothérapie. De 50 pour 100 en moyenne, à Paris, la mortalité est tombée immédiatement à 26 pour 100, puis à 20, 15, 12, et même 10 pour 100. Les guérisons spontanées du croup ont atteint et dépassé 60 pour 100. Celles des croups opérés sont arrivées à surpasser les décès dans des proportions variables. Le pronostic de la diphthérie est donc aujourd'hui tout différent de ce qu'il était il y a cinq ans. Enfin, depuis quelque temps, la fréquence et la gravité absolues de la maladie semblent en voie de diminution.

Sans nous hasarder à des espérances exagérées sur l'avenir, qui risqueraient de nous exposer à de cruelles désillusions si nous avions de nouveau à lutter contre des épidémies graves à un moment donné, nous pouvons actuellement considérer la diphthérie comme l'une des maladies infectieuses aiguës sur lesquelles la thérapeutique a l'action la plus nette et la plus favorable. Les diphthéries pures, *traitées à temps*, sont le plus souvent curables. Les streptodiphthéries à marche lente, à accidents infectieux atténués, avec prédominance de symptômes d'intoxication spécifique, sont très heureusement modifiées, et toujours plus ou moins améliorées par le traitement. Seules, les streptodiphthéries septicémiques à marche rapide échappent à l'action du sérum : ces formes redoutables conservent intégralement encore, à l'heure actuelle, leur inexorable gravité d'autrefois.

#### DIAGNOSTIC

Tant que le médecin n'a pu utiliser que des éléments d'appréciation d'ordre clinique pour établir le diagnostic de la diphthérie, il a été exposé sans cesse à prendre pour de la diphthérie une angine ou une laryngite simple, erreur d'importance secondaire; ou à prendre pour une angine ou une laryngite simple une angine ou un croup diphthérique, erreur bien autrement fâcheuse, et susceptible de conséquences graves et irrémédiables. Aussi cherchait-il, avant tout, à ne point commettre la seconde. Pour s'en garantir, il risquait volontiers la première, et s'astreignait à agir systématiquement, en cas de doute, comme s'il avait eu affaire à une diphthérie non douteuse. Les cliniciens les plus expérimentés ne se méprenaient pas sur l'insuffisance des moyens de diagnostic dont ils disposaient, et ne manquaient jamais, lorsqu'ils étaient appelés au début d'une angine aiguë et qu'ils constataient le moindre point blanc sur une amygdale, surtout avec retentissement ganglionnaire appréciable, de prescrire for-

mellement l'isolement du malade, et de mettre son entourage en garde contre le danger de la contagion. Assurés ainsi de l'exécution immédiate des mesures prophylactiques propres à empêcher la transmission de l'affection en cas de diphthérie, ils attendaient patiemment, pour établir un diagnostic ferme, que l'évolution des lésions et des symptômes leur en eussent fourni le moyen. La confirmation du diagnostic de diphthérie, pour bon nombre d'entre eux, n'amenait guère de modifications au traitement; et pour ceux qui, à l'exemple de Gaucher, recouraient à une thérapeutique locale active, elle indiquait le début de son emploi, qu'elle pouvait seule justifier.

Aujourd'hui, les conditions sont entièrement changées : le diagnostic précoce présente une importance capitale, depuis l'adoption de la sérothérapie. L'efficacité de ce traitement étant d'autant plus grande, son action d'autant plus sûre et plus complète qu'il est institué plus tôt, le malade a le plus grand intérêt à ce que l'affection dont il est atteint soit reconnue dès son début; je dis *reconnue*, et non pas seulement *soupçonnée*, parce que l'emploi du sérum n'est justifié que lorsque la diphthérie est sinon certaine, du moins très probable; en raison des accidents, assez sérieux dans un certain nombre de cas, qui peuvent le suivre. Négligeable si on la compare à celle de la diphthérie, la gravité de ces accidents suffit, en dehors de celle-ci, à contre-indiquer l'emploi du sérum. Fort heureusement, nous possédons aujourd'hui le moyen d'établir avec certitude le diagnostic au bout de vingt ou vingt-quatre heures tout au plus, grâce à l'examen bactérioscopique des exsudats après culture sur sérum : le plus souvent le médecin peut, sans inconvénient, attendre le résultat de cet examen avant d'injecter le remède spécifique.

Mais, lorsqu'il n'est appelé que plus tard, quand la maladie est déjà en pleine évolution, ce retard de vingt ou vingt-quatre heures prend une importance qui, pour être variable, n'en est pas moins toujours sérieuse. Si l'examen immédiat des exsudats, au microscope, ne donne pas de résultats concluants, ce qui n'est que trop fréquent, c'est à la clinique seule à décider de l'utilité qu'il peut y avoir à instituer le traitement sans retard. Le diagnostic clinique de la diphthérie, on le voit, n'a donc rien perdu de son importance : ce serait s'exposer à de cruels mécomptes que d'en négliger les ressources en se fiant uniquement, pour reconnaître la maladie, au diagnostic bactériologique. Au contraire, en utilisant l'un et l'autre concurremment, le médecin arrivera, grâce à ce contrôle réciproque, à fixer de mieux en mieux la valeur des éléments d'appréciation dont il dispose : la clinique et la bactériologie se prêteront un mutuel appui, en conservant l'une et l'autre tous leurs droits.

Nous étudierons donc successivement, avec la même attention, le diagnostic clinique et le diagnostic bactériologique de la diphthérie.

1° **Diagnostic clinique.** — L'étude du diagnostic différentiel des inflammations des premières voies étant faite dans les deux autres volumes de cet ouvrage où sont décrites les maladies bucco-pharyngées, nasales et laryngées, nous y renverrons le lecteur; et nous nous bornerons ici à quelques considérations sommaires et à l'examen d'un certain nombre de points particuliers.

Nous insisterons tout d'abord sur l'importance de l'examen objectif des lésions. L'exploration de la gorge ne peut être complète et satisfaisante, lorsqu'on la pratique par les moyens ordinaires, avec une cuiller ou un abaisse-langue, en faisant tourner le malade du côté d'où vient le jour, que si le sujet se trouve en

face d'une fenêtre bien éclairée, par un beau temps, et en plein jour. Lorsque l'on examine un malade au lit par un temps couvert et dans un appartement sombre, ou la nuit, il est indispensable de recourir à une bonne lampe, dont la lumière est réfléchie dans la gorge du malade avec un miroir à bandeau frontal. Cet excellent appareil ne rend d'ailleurs pas moins de services avec la lumière naturelle du jour qu'avec les sources de lumière artificielle : comme il permet au médecin de regarder dans l'axe même du faisceau lumineux éclairant, il facilite beaucoup l'exploration et les pansements. Il serait très désirable que son emploi, jusqu'ici réservé, semble-t-il, aux spécialistes, se répandit dans la pratique courante. Comme abaisse-langue, nous recommandons l'usage d'une spatule étroite, épaisse et non coupante, fixée à angle droit à un manche métallique.

Lorsque le malade est un enfant de plus de 2 ans 1/2 ou 3 ans, le médecin doit mettre tous ses soins à le rassurer, à l'*apprivoiser* pour ainsi dire, et procéder avec beaucoup de patience et de douceur. S'il est indocile, il est préférable d'éviter des luttes inutiles, fatigantes, et pendant lesquelles on risque de blesser la bouche du petit malade lorsque celui-ci se débat. Aussi faut-il l'immobiliser, en l'enveloppant de la tête aux pieds dans une alèze ou un petit drap dans lequel on l'enroule et qu'on fixe avec quelques épingles de nourrice. Ainsi maintenu sur les genoux et entre les jambes d'un aide qui lui applique la tête contre sa poitrine, l'enfant cède bientôt, et au bout de peu de temps, voyant la résistance inutile, y renonce définitivement.

**Diagnostic de l'angine.** — Au début, alors qu'il n'existe encore qu'un peu de rougeur et que l'exsudat est à peine appréciable, le diagnostic de l'angine diphthérique est toujours incertain. Mais, fort heureusement, les formes dont il importe surtout de faire le diagnostic précoce sont celles qui se caractérisent le plus vite et dont l'évolution rapide ne laisse guère subsister le doute plus de quelques heures dans le plus grand nombre des cas. Ce sont la *diphthérie pure toxique grave*, et la *strepto-diphthérie septicémique*. Dans les cas normaux, l'aspect des lésions de la gorge, les caractères de l'adéno-pathie cervicale, les symptômes généraux d'intoxication et d'infection, la pâleur, la prostration, l'état du pouls, etc., font de chacune de ces deux formes un type qu'on ne peut méconnaître, pour peu qu'on l'ait observé un certain nombre de fois.

La *diphthérie pure commune*, dans la grande majorité des cas, peut être diagnostiquée avec sécurité à partir du 2<sup>e</sup> ou du 3<sup>e</sup> jour au plus tard. Tantôt c'est l'aspect objectif des lésions plutôt que les symptômes généraux, tantôt au contraire ce sont plutôt ces derniers, qui en assurent le diagnostic immédiat. La présence d'une fausse membrane (présentant les caractères décrits antérieurement) sur une amygdale et sur le pilier postérieur du même côté, et en même temps d'une autre plaque plus petite sur l'autre amygdale, avec légère adéno-pathie cervicale bilatérale, plus marquée du côté où les lésions de la gorge sont plus étendues, est déjà une présomption bien forte en faveur de la diphthérie. Si d'autres plaques existent sur la luette et le voile, ou sur le fond du pharynx, le doute ne sera guère possible. Si les lésions sont limitées aux amygdales, et que leur aspect soit quelque peu douteux, mais que la pâleur du malade, son abattement, son pouls trop rapide et trop petit pour que l'élévation modérée de la température en justifie les caractères, fassent reconnaître l'intoxication diphthérique, on pourra diagnostiquer la maladie sans hésitation.

Ces signes d'intoxication spécifique permettront souvent de reconnaître la *strepto-diphthérie*, et de la distinguer de certaines angines streptococciques infectieuses. Les difficultés sont grandes, et parfois insurmontables, chez les *scarlatineux*. Il en sera de même dans un très grand nombre de cas, lorsque l'angine sera primitive, et ne présentera pas une physionomie absolument caractéristique.

Les caractères différentiels de l'angine diphthérique n'ont en effet de valeur que par leur groupement, leur réunion : chacun d'eux, pris isolément, est toujours infidèle. Tous sont inconstants, incertains ; on peut les voir manquer en plus ou moins grand nombre dans la diphthérie, et au contraire les observer en plus ou moins grand nombre dans des angines non diphthériques. Le coccus Brisou, le streptocoque, le staphylocoque, etc., déterminent des angines membraneuses identiques, objectivement, à celles que fait naître le bacille de Loeffler. L'envahissement des fosses nasales et du larynx s'observe dans certaines de ces *pseudo-diphthéries* comme dans la diphthérie vraie. Le degré de la dysphagie est variable, chez elles, comme dans la diphthérie. L'adéno-pathie peut faire défaut dans cette dernière, et s'observer dans les angines à coccus. Inconstante dans la diphthérie, l'albuminurie n'est pas rare dans certaines pseudo-diphthéries. Enfin le mode de début, dans la diphthérie, est bien loin d'être toujours lent et insidieux : le début brusque s'observe dans toutes les formes cliniques de la maladie. Diagnostiquer une angine membraneuse n'équivaut donc pas à diagnostiquer la diphthérie : l'erreur peut être inévitable. En cas de diphthérie anormale, à forme pultacée, lacunaire, herpétique, elle est à peu près fatale.

Dans tous ces cas douteux, incertains, plus ou moins frustes, l'élément de diagnostic le plus important et le plus sûr est l'étiologie de l'angine en cause. Si le malade a été récemment en contact avec une personne manifestement atteinte de diphthérie, ou même avec une ou plusieurs personnes de l'entourage d'un diphthérique, la simple constatation d'un petit exsudat blanchâtre et mal caractérisé dans la gorge du malade, prendra une importance très grande ; et pour peu que sa présence coïncide avec quelques autres signes de présomption, elle permettra le diagnostic alors qu'en l'absence de la notion étiologique la diphthérie fût restée très douteuse.

**Diagnostic de la diphthérie nasale.** — La diphthérie, et surtout, semble-t-il, la *strepto-diphthérie* ou la *staphylo-diphthérie*, peut débiter par le nez. Cette dernière envahit alors le plus souvent, primitivement, une seule narine : celle-ci s'obstrue, laisse suinter aussitôt un liquide séreux ou louche, irritant, qui détermine de la rougeur de la narine et de la lèvre supérieure, les ganglions sous-maxillaires se tuméfient du côté malade. Le spéculum nasi permet de reconnaître que la pituitaire est tapissée dans une assez grande étendue par une fausse membrane verdâtre et épaisse, dont l'ablation ne doit pas être tentée, sous peine d'abondantes épistaxis. Les lésions ne tardent pas à envahir le pharynx.

La *diphthérie nasale primitive bénigne* est peut-être plus fréquente : elle peut alors se localiser dans une narine, ou dans les deux, et ne pas donner lieu à d'autres symptômes qu'à un encliffement plus ou moins marqué. Elle passerait alors inaperçue si le malade ne mouchait pas de membranes, ce qui arrive d'ordinaire au bout de quelques jours. L'examen au spéculum lève les doutes.

On doit se garder de prendre pour des fausses membranes diphthériques des eschares résultant de récentes cautérisations au galvano-cautère; sans oublier toutefois que, dans quelques cas, des brûlures de ce genre ont été le point de départ de rhinites pseudo-membraneuses vraies; une cautérisation limitée peut, en effet, donner lieu à des fausses membranes à tendance envahissante: j'ai eu l'occasion de l'observer plusieurs fois. Dans un cas, l'examen a fait reconnaître des bacilles moyens et courts; le malade a guéri rapidement avec quelques irrigations antiseptiques, et je n'ai pu découvrir l'origine de la contagion. Il est probable que les bacilles n'étaient pas préexistants, car ils manquaient dans le mucus de la narine opposée.

**Diagnostic de la diphthérie buccale.** — Elle ne s'observe guère primitivement que sous la forme décrite par Sevestre et Martin, et chez les enfants impétigineux. La tendance à l'extension des membranes labiales à la muqueuse jugale, et leur point de départ au niveau des commissures, feront soupçonner la staphylo-diphthérie plutôt que la stomatite impétigineuse simple.

**Autres localisations.** — Les autres localisations extra-gutturales de la diphthérie ne s'observent primitivement que dans des cas tout à fait exceptionnels. Leurs caractères, soit à l'œil, soit aux parties génitales, soit sur la peau, ne les laissent pas méconnaître, si toutefois on pense à la diphthérie. On comprendra d'ailleurs que le diagnostic précoce présente en pareil cas un intérêt majeur, car il importe d'agir avant que le malade, en s'auto-inoculant avec ses doigts, n'ait déterminé des localisations secondaires plus redoutables que la première.

**Diagnostic du croup.** — Le diagnostic du croup n'offre pas de difficultés lorsque l'affection se développe secondairement à une angine diphthérique ou à un coryza de même nature dont l'existence a été reconnue. Mais lorsque ces derniers ont passé inaperçus et qu'il n'en existe plus d'autres traces qu'un léger état catarrhal, ou quand il s'agit d'un croup d'emblée véritable, il n'en est plus de même. Chez les adultes, c'est en particulier la laryngite phlegmoneuse aiguë, l'érysipèle primitif du larynx, les infiltrations œdémateuses de causes diverses, l'urticaire, qui risquent d'en imposer pour un croup. Les femmes et les jeunes filles nerveuses atteintes d'ozène ou de catarrhe de l'amygdale pharyngée sont quelquefois atteintes de laryngites sèches aiguës qui exposent aussi à pareille erreur. Chez les enfants, on ne risque guère, avec un peu d'attention, de confondre avec le croup les corps étrangers, les papillomes, et l'hérédosyphilis du larynx (Sevestre); tandis que la différenciation du croup avec certains spasmes glottiques symptomatiques, et surtout avec les diverses laryngites sous-glottiques aiguës, présente au contraire bien souvent d'extrêmes difficultés. Nous nous arrêterons sur quelques-unes des causes d'erreur les plus communes.

On ne saurait trop répéter que la laryngite diphthérique et les laryngites spasmodiques simples ne présentent pas de caractères différentiels dont la valeur soit absolue. Les signes décrits par Trouseau sont loin d'être caractéristiques, et en dehors des cas typiques ils ne sauraient en aucune façon suffire à établir un diagnostic certain. On ne doit pas oublier que la constatation de la fièvre est inconstante et possible dans tous les cas, que l'on peut observer des croups évoluant sans que la toux ni la voix passent de la raucité à l'aphonie, et qu'on

peut en voir aussi dont la marche est si rapide que les accès de suffocation semblent ouvrir la scène et apparaissent dès le début avant que la toux ni la voix ne soient éteintes. Dès lors, on comprend que la marche ordinairement progressive du croup (souvent interrompue d'ailleurs par des rémissions de durée variable) et les caractères successifs de la voix et de la toux pendant la première période et le commencement de la seconde ne puissent constituer des éléments d'appréciation assez importants pour permettre au médecin de rejeter le diagnostic de croup parce qu'ils font défaut. D'autre part, on ne doit pas ignorer que sous la dénomination de *faux croup* (Guersent) ou de *laryngite striduleuse* (Bretonneau), les auteurs classiques confondent des affections absolument différentes les unes des autres, aussi bien par leur nature que par leurs causes, et dont la symptomatologie n'est pas non plus identique.

Tout d'abord, les auteurs mettent au compte de la laryngite striduleuse les accès de spasme glottique, le plus souvent nocturnes, auxquels sont exposés les enfants nerveux, et souvent à la fois nerveux et lymphatiques, atteints d'hypertrophie du tissu adénoïde rétro-nasal, au moment des poussées aiguës ou subaiguës de rhino-pharyngite, assez fréquentes chez beaucoup d'entre eux. Ces accès spasmodiques ne sont que des accidents réflexes à point de départ nasal et non laryngien, alternant parfois avec des parésies des muscles phonateurs donnant lieu à une légère dysphonie, coïncidant parfois aussi avec de la toux également réflexe et de même origine. Le larynx est le plus souvent exempt de toute inflammation, du moins au début: s'il présente de légers signes de catarrhe, ce n'est que plus tard, lorsque le processus inflammatoire s'est étendu du nez aux voies respiratoires plus profondes. La laryngite, si laryngite il y a, est donc étrangère à la genèse de la toux, de la dysphonie, et des accidents dyspnéiques, qui sont d'ordre purement nerveux. Une insufflation d'une poudre légèrement cocaïnée, ou même d'une poudre inerte, dans les fosses nasales, ou bien l'application d'un sinapisme, ou bien encore un bain de pieds très chaud, arrêtent ces accidents; il en est de même d'une épistaxis, soit spontanée, soit provoquée à l'aide du doigt introduit dans le pharynx nasal. Si les accès dyspnéiques sont le plus souvent nocturnes, cela tient surtout à ce que le décubitus exagère la turgescence de la muqueuse nasale, point de départ du réflexe. Comme d'ailleurs cette turgescence, et l'irritation des terminaisons nerveuses qui en résulte, peuvent s'exagérer aussi sous l'influence de causes variées sans que le malade soit couché, il n'est pas rare non plus de voir des accès se produire pendant le jour et même plusieurs fois dans la même journée. Enfin, dans quelques cas, la dyspnée peut survivre dans une certaine mesure aux accès paroxystiques, le larynx restant congestionné et légèrement contracté dans leur intervalle au lieu d'être parésié, ce qui n'exclut pas la dysphonie (alors spasmodique et non parétique).

Certains enfants peuvent aussi présenter des accès de spasme de la glotte d'une autre origine, après avoir été atteints depuis deux ou trois jours d'un rhume vulgaire avec trachéo-bronchite et léger état fébrile ayant donné lieu à un peu de toux et d'enrouement. Le larynx n'est que plus ou moins congestionné, avec quelques très légers signes de catarrhe quelquefois. Il s'agit encore là de troubles nerveux, qui dépendent d'une tuméfaction passagère des ganglions trachéo-bronchiques, d'une poussée congestive ganglionnaire (Baréty). Ces poussées atteignent de préférence les sujets lymphatiques, ceux qui ont été atteints de la rougeole, surtout peut-être ceux qui ont eu la coqueluche, non

seulement depuis peu, mais depuis plusieurs années déjà. Lorsqu'elles se produisent chez des enfants nerveux, la toux, le spasme glottique, l'asthme bronchique même peuvent en être la conséquence.

On peut encore, chez de jeunes enfants débiles, rachitiques, cachectiques, voir le spasme glottique et le tirage permanent compliquer la broncho-pneumonie, sans lésions laryngées concomitantes. Souvent ce spasme s'explique par des compressions nerveuses produites par les ganglions médiastinaux volumineux qu'on trouve à l'autopsie. Dans d'autres cas, ces ganglions sont peu augmentés de volume, et la cause du spasme glottique reste obscure. Variot et Richardière admettent qu'il s'agit alors d'un *spasme glottique réflexe d'origine pulmonaire*, dont les lésions du parenchyme respiratoire seraient le point de départ. Il me semble bien difficile, en pareil cas, d'établir un diagnostic pendant la vie du malade.

Enfin, en dehors de ces accidents où la laryngite fait défaut, dont le dernier est en général confondu avec un croup compliqué de broncho-pneumonie, et les deux autres considérés comme des laryngites striduleuses, on observe diverses laryngites aiguës qui, chez les enfants, peuvent se compliquer ou se compliquent toujours de spasme glottique, et qui sont bien des laryngites striduleuses vraies.

Certains enfants nerveux, impressionnables, atteints de rachitisme ou à mauvais état général, peuvent présenter des accès de spasme de la glotte avec une laryngite aiguë simple, et d'autant plus facilement qu'ils sont plus jeunes. Ce sont des accidents passagers, qui ne présentent pas de gravité, et ne risquent guère de donner lieu à des erreurs de longue durée. Mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit des cas dans lesquels il existe une autre laryngite, toute spéciale, ayant une place à part parmi les diverses laryngites aiguës, et dont les accès de spasme glottique sont un symptôme très fréquent chez l'adulte, et constant chez les enfants. Cette affection est désignée, d'après son siège anatomique, sous le nom de *laryngite aiguë sous-glottique*. Comme le croup, elle s'observe beaucoup plus souvent chez les enfants âgés de 3 ou 4 ans à 7 ou 8 ans, que chez les enfants plus âgés et surtout chez les adultes. Elle débute par un léger mouvement fébrile, par de la toux et de la raucité de la voix. La toux, forte et sonore, rauque et aboyante, ou quelquefois comme érucante, se fait par secousses isolées, fréquentes, et est plus rarement quinteuse; l'enrouement est constant et progressif, mais la voix reste rauque sans s'éteindre. Les accès de suffocation débutent la nuit, violemment, se reproduisent parfois le jour, et reparissent en se rapprochant pendant plusieurs jours. Dès qu'ils ont apparu, une certaine dyspnée persiste dans leur intervalle; mais l'intensité de cette dyspnée continue est très variable: légère dans les cas de moyenne intensité, elle peut, dans les cas graves, donner lieu à un tirage accentué, et s'aggraver au point de nécessiter une intervention chirurgicale (tubage ou trachéotomie). En général, après une courte période stationnaire, la dyspnée et ses paroxysmes diminuent d'intensité et de fréquence. La maladie dure rarement moins d'une semaine, et elle peut se prolonger pendant quinze jours et plus (Masséi). Lorsque l'examen laryngoscopique est possible, à la période d'état de la maladie, on voit que le vestibule laryngien est le siège d'une rougeur diffuse, et qu'il existe, au-dessous du niveau de la face supérieure des vraies cordes vocales, une tuméfaction de la muqueuse sous-glottique qui se présente comme deux bourrelets fusiformes, plus rouges, doublant les cordes vocales. Ils

forment des saillies arrondies, plus ou moins marquées, au-dessous et en dedans des bords libres de ces dernières, imposant à l'orifice glottique un rétrécissement d'autant plus considérable qu'elles sont plus accentuées. Rauchfuss, Masséi, Landgraf, Ruault et d'autres ont eu l'occasion de suivre chez des enfants des cas de ce genre à l'aide du miroir laryngoscopique, et il ne paraît plus douteux aujourd'hui que la laryngite aiguë suffocante simple, grave, ne soit bien une laryngite sous-glottique.

Tous ces accidents spasmodiques, avec ou sans laryngite, ne présentent évidemment pas la physionomie classique du croup. Mais comme celui-ci peut, dans un assez bon nombre de cas, évoluer pendant plusieurs jours à la façon d'une laryngite spasmodique, il en résulte que l'on ne peut jamais être trop réservé sur le diagnostic basé sur les seuls symptômes. Aux renseignements qu'ils fournissent, on devra toujours, dans les cas douteux, chercher à adjoindre ceux que donne l'examen objectif. Celui du nez et du pharynx pourra faire penser à des accidents réflexes ayant le nez pour point de départ. L'auscultation, la percussion, l'examen des mouvements du thorax pendant la dyspnée (Grancher) aideront à reconnaître les accidents nerveux d'origine ganglionnaire. Chez l'adulte, et aussi chez l'enfant, lorsque son âge et sa docilité le rendent possible, l'examen laryngoscopique rendra bien souvent les plus grands services. Lorsqu'il fera constater dans le larynx des fausses membranes bien caractérisées, siégeant sur une muqueuse rouge, dépolie, et surtout plus ou moins tuméfiée, il ne laissera plus à résoudre que la question de nature de la laryngite membraneuse. Lorsque le larynx ne présentera que de la congestion plus ou moins vive, avec ou sans légers signes de catarrhe superficiel, le croup d'emblée ne sera pas à craindre. L'image caractéristique de la laryngite sous-glottique la fera reconnaître; mais lorsque la tuméfaction sera diffuse, la muqueuse rougeâtre, dépolie et comme veloutée, on devra faire des réserves sur la nature de l'affection, et ne pas se baser sur l'absence des exsudats, au moment de l'examen, pour rejeter le diagnostic de croup.

C'est surtout lorsque l'on aura affaire à une laryngite suffocante se développant dans le cours de la rougeole qu'on courra le risque d'en être réduit, bien souvent, à réserver le diagnostic clinique pendant un ou deux jours et plus, même si l'exploration laryngoscopique est possible. Ces laryngites rubéoliques, en effet, ressemblent parfois absolument au croup et obligent comme lui à l'intervention opératoire: ce sont, en somme, des laryngites intenses, dont les accidents spasmodiques dérivent de l'excitation de la muqueuse laryngée par l'irritation inflammatoire. Les laryngites ulcéreuses que l'on observe aussi chez les rougeoleux, mais seulement à la fin de leur maladie, peuvent, à l'examen laryngoscopique, donner une image très analogue à celle d'un croup; car la nécrose superficielle de la muqueuse, surtout lorsqu'elle est localisée à la région aryténoïdienne et à la face postérieure de l'épiglotte, simule, mieux encore que dans sa forme diffuse, des pseudo-membranes exsudatives<sup>(1)</sup>.

J'ai signalé plus haut, comme une cause d'erreur possible chez les adultes et surtout chez les jeunes filles ou les femmes nerveuses d'âge moyen, les *laryngites « sèches »* qui s'observent chez des personnes atteintes de *rhinite atrophiante* fétide ou non, ou de *catarrhe « sec » de l'amygdale pharyngée*. Elles peuvent donner lieu à des sécrétions plutôt épaisses que concrètes, et en pareil

<sup>(1)</sup> Consultez le travail de TOUCHARD: Laryngites aiguës de l'enfance simulant le croup. Thèse de doctorat, Paris, 1895.