

membranes fibrineuses, épaisses et adhérentes resteront la *caractéristique clinique la plus habituelle* de l'angine diphthérique, mais dans bon nombre de cas, *plus fréquents qu'on ne pense*, l'angine diphthérique n'est pas membraneuse, elle ressemble à une angine catarrhale, érythémateuse, pultacée, lacunaire, folliculaire. Dans d'autres cas, l'angine diphthérique revêt le masque de l'angine herpétique. Ces formes herpétique, érythémateuse, pultacée, lacunaire, sont plus fréquentes chez l'adulte que chez l'enfant. Sur 137 cas d'angine diphthérique observés chez l'adulte, M. Roché n'a constaté que dans un tiers des cas la forme franchement membraneuse de l'angine¹. Je vais donc passer en revue ces différentes modalités de l'angine diphthérique, qui, on va le voir, est essentiellement *polymorphe*, et je commence par la description de l'angine diphthérique à forme herpétique, telle que je l'ai présentée, dans mes leçons à la Faculté de médecine, en décembre 1894.

A. ANGINE DIPHTHÉRIQUE A FORME HERPÉTIQUE

Je rappelle d'abord en quelques mots la description classique de l'angine dite herpétique simple : qu'on la désigne sous le nom d'angine herpétique, avec Gubler; qu'on l'appelle angine couenneuse commune, avec Bretonneau et Trousseau; qu'on lui réserve la dénomination d'herpès du pharynx avec d'autres auteurs, il n'en est pas moins acquis que la caractéristique de l'angine herpétique, sa signature anatomique et clinique, c'est la présence de vésicules d'herpès sur la muqueuse de la gorge.

Un malade, enfant ou adulte, est pris de symptômes fébriles parfois violents. Les frissons et la fièvre sont accompagnés de courbature et de céphalalgie. La dysphagie se déclare. A l'examen de la gorge on constate une rougeur diffuse; les amygdales sont volumineuses, et bientôt quelques petites saillies qu'on a comparées à des sudamina appa-

1. Roché. *Diphthérie de l'adulte*. Thèse de Paris, 1895.

raissent en différents points de l'isthme ou du pharynx. L'angine herpétique est constituée.

Dans quelques cas, l'angine herpétique a les apparences d'une angine érythémateuse et l'exsudat est insignifiant. Dans d'autres circonstances, aux vésicules développées sur la muqueuse de la gorge s'associe un exsudat blanchâtre, *pultacé*; parfois enfin, il ne s'agit plus seulement d'un enduit pultacé, mais il s'agit de véritables membranes fibrineuses, épaisses, étalées, et simulant si bien la diphthérie, la couenne diphthérique, que Trousseau, dans un de ses plus remarquables chapitres, avait décrit cette forme d'angine herpétique sous le nom d'angine couenneuse commune, l'épithète de *commune* éloignant ici toute idée de diphthérie.

Il n'est pas de médecin qui n'ait eu l'occasion d'observer plus ou moins souvent ces angines herpétiques à formes érythémateuse, pultacée ou membraneuse. Quand on a la chance de saisir sur le fait l'évolution parfois si fugace des vésicules herpétiques de la gorge, la constatation de ces vésicules supprime toute hésitation et on porte le diagnostic d'angine herpétique. Souvent même le diagnostic reçoit un appoint considérable, lorsque l'herpès, au lieu de rester limité à la gorge, envahit d'autres régions telles que la commissure labiale, les lèvres, l'orifice nasal, le menton, les joues, la conjonctive, etc.

Il est certain qu'en pareille circonstance, et en face d'un malade qui présente une angine aiguë véhémement, fébrile, douloureuse, accompagnée de fausses membranes, alors même que ces membranes simuleraient la diphthérie, il est certain, dis-je, que si le malade en question présente en même temps des poussées d'herpès aux amygdales, au voile du palais, au pharynx, au visage, on se croit suffisamment renseigné sur la nature du mal, on fait le diagnostic d'angine herpétique, ou d'angine couenneuse commune, et on éloigne toute idée de diphthérie. Telles sont, du moins, les notions généralement admises, celles que l'expérience semblait avoir consacrées.

Eh bien ! l'étude des angines avec herpès est à refaire et doit subir le sort de toutes les angines. Les travaux bactériologiques de ces dernières années nous ont démontré, et nous démontrent tous les jours, que la nature d'une angine, fût-elle érythémateuse, pultacée ou couenneuse, ne peut être diagnostiquée d'une façon certaine, indiscutable, que par l'examen bactériologique.

Or l'angine herpétique, pas plus que les autres angines, ne peut échapper au contrôle bactériologique.

Les études que j'ai entreprises à ce sujet, et dont j'ai communiqué les résultats à l'Académie de médecine¹, m'ont permis de placer la question sur son véritable terrain. J'ai pu démontrer que l'angine dite herpétique est assez fréquemment de nature diphthérique; il m'a été facile de vérifier l'inconstance et l'insuffisance des symptômes qui nous sont fournis par la clinique, et je ne saurais trop faire remarquer que l'éruption de l'herpès, qui semblait autrefois devoir être un gage d'angine non diphthérique, cette éruption ne sert qu'à nous donner le change, elle nous inspire une *sécurité trompeuse*. Les observations suivantes permettront de vérifier la vérité de ces assertions :

Observations. — *Obs. I.* — Le 3 avril 1895, entré dans mon service un homme de cinquante-deux ans, atteint d'une violente angine herpétique. L'angine a débuté brusquement le 30 mars au matin, avec frissons, fièvre, dysphagie, céphalalgie violente, courbature, coryza et légère épistaxis. La température axillaire atteint 39°,4. A l'inspection de la gorge, on constate une rougeur diffuse, et une tuméfaction notable des amygdales. De plus, on remarque sur le voile du palais quelques vésicules d'herpès très nettes, et irrégulièrement disposées. Un semis de vésicules d'herpès existe également sur les lèvres et sur la commissure labiale du côté droit. Les ganglions maxillaires sont modérément engorgés. On porte, tout naturellement, le diagnostic d'*angine herpétique*.

1. Dieulafoy. *Angine diphthérique à forme herpétique*. Académie de médecine, séances des 11 juin, 2 et 30 juillet 1895.

Le lendemain, un dépôt pultacé apparaît sur l'amygdale droite. Ce dépôt, ensemencé sur sérum et sur gélose, permet de reconnaître des staphylocoques, au milieu desquels apparaissent des bacilles *diphthériques*. Cette constatation bactériologique renverse le diagnostic préalablement porté, et la diphthérie nasale, cliniquement ébauchée quelques jours avant, par une légère épistaxis et par du coryza, cette diphthérie nasale entre franchement en scène : le malade est pris de jetage, d'épistaxis, et il rend par le nez quelques fausses membranes. De plus, les piliers du voile du palais et la luette se recouvrent de quelques plaques membraneuses diphthériques. Malgré les injections de sérum, faites trop tardivement, l'angine et le coryza diphthériques aboutissent quelques jours plus tard à une violente paralysie du voile du palais. La paralysie diphthérique envahit progressivement les membres inférieurs, les membres supérieurs et la vessie.

Voilà donc une angine qui présentait, cliniquement, au début, tous les attributs de l'angine herpétique, et ce n'est que l'examen bactériologique qui a pu déceler la diphthérie, confirmée du reste quelques jours plus tard par une paralysie tenace et généralisée.

Obs. II. — Une jeune fille de dix-huit ans entre dans le service de Gouguenheim pour un mal de gorge violent avec céphalalgie, courbature et fièvre à 40 degrés. On constate une rougeur généralisée au pharynx et aux amygdales. Sur les deux amygdales existent quelques groupes de vésicules herpétiques avec fausses membranes blanchâtres peu adhérentes. On aperçoit également sur les lèvres et aux commissures plusieurs vésicules d'herpès. Aucun engorgement ganglionnaire. Au premier aspect et au point de vue purement clinique, le diagnostic d'*angine herpétique* s'imposait. Un tube de sérum est ensemencé avec des parcelles prises sur les fausses membranes amygdaliennes, et mis à l'étuve le soir même de l'entrée de la malade. Le lendemain, on constatait une culture pure de bacilles diphthériques, sans association microbienne. On

fait aussitôt une injection de 10 centimètres cubes de sérum.

Obs. III. — En 1892, la surveillante de ma salle d'hommes, à l'hôpital Necker, eut son petit garçon atteint d'angine. L'examen de cet enfant révéla une telle rougeur de la gorge, que mes internes Charrier et Rénon songèrent à un début de scarlatine. Le lendemain, l'apparition de vésicules d'herpès sur les amygdales permettait de porter le diagnostic d'angine *herpétique*. Mais, au bout de deux ou trois jours, l'enfant étant toujours très souffrant, on conduisit le petit malade à l'hôpital et l'existence de la diphthérie à forme herpétique fut reconnue. En outre, je constatai l'existence d'un coryza diphthérique. Ce coryza avait débuté par des épistaxis. Une paralysie très grave comme intensité, comme durée et comme généralisation, frappa cet enfant. Le voile du palais fut pris tout d'abord, puis les muscles de la tête et du cou, puis les membres inférieurs, et enfin les membres supérieurs furent atteints à leur tour par cette paralysie diphthérique. L'enfant ne fut guéri que deux mois plus tard.

Obs. IV. — Kelsch m'a fait part d'une observation analogue aux précédentes. Appelé à pratiquer l'examen bactériologique d'une angine qui avait présenté tous les caractères cliniques d'une angine *herpétique*, la culture révéla la présence du bacille diphthérique auquel le pneumocoque était associé.

Obs. V. — Huchard m'a rapporté le fait suivant : ayant à se prononcer sur la nature d'une angine qui venait d'apparaître chez une jeune enfant, Huchard se basa sur l'intensité de la fièvre, sur la soudaineté de l'angine et sur l'apparition simultanée d'herpès, pour porter le diagnostic d'angine *herpétique*, diagnostic confirmé par Brocq. Mais, malheureusement, il fallut bientôt se rendre à l'évidence, et cette angine qui avait toutes les apparences de l'angine herpétique n'était, en somme, qu'une angine diphthérique qui, en quelques jours, enleva l'enfant.

Obs. VI. — Chantemesse, étant interne dans le service de

Fernet, reçut à l'hôpital une malade atteinte d'angine *herpétique*, dont les symptômes et les signes paraissaient tellement classiques à Fernet et à Chantemesse, que ni l'un ni l'autre ne songèrent même à un autre diagnostic. L'examen bactériologique ne se faisait pas alors, et l'erreur de diagnostic fut confirmée par l'évolution rapidement mortelle d'une diphthérie terrible qui emporta la malade.

Obs. VII et VIII. — Les deux observations suivantes font partie du dossier où ont été puisés les documents du Mémoire de Roux, Martin et Chaillou, mais elles ne figurent pas dans ce Mémoire :

Dans la première de ces observations, il est question d'un enfant de cinq ans, pris subitement de fièvre et de mal de gorge et entré à l'hôpital des Enfants avec des fausses membranes épaisses, blanc grisâtre, recouvrant les deux amygdales. Les ganglions étaient légèrement engorgés, les lèvres de l'enfant présentaient des vésicules d'herpès. C'était le tableau clinique de l'angine *herpétique*, mais la bactériologie démontra qu'il s'agissait là d'une angine diphthérique, avec nombreuses colonies du bacille diphthérique moyen.

L'autre observation, tirée du même dossier, est certainement la plus intéressante qu'on puisse rencontrer : une enfant de six ans entra à l'hôpital des Enfants-Malades le 21 juillet 1894. Cette enfant a été prise brusquement, la veille au matin, de fièvre et d'angine. A son entrée à l'hôpital, on constate une fièvre violente. L'enfant a du délire. A l'examen de la gorge, on trouve les amygdales volumineuses, rouges et recouvertes d'un enduit pultacé. Au coin des lèvres, on aperçoit un *début d'herpès*. Cet ensemble de symptômes, il faut le dire, imposait de tous points le diagnostic d'angine herpétique; il l'imposait si bien, que Roux et Martin, en voyant cette malade, firent la réflexion suivante : « Voilà une angine herpétique tellement classique

1. Ann. de l'Institut Pasteur, 25 septembre 1894.