

Un autre de mes malades, celui qui est encore dans mon service, a été atteint d'une paralysie tellement intense, qu'à l'heure actuelle, et depuis quatre mois que dure cette paralysie diphthérique, elle n'est pas encore guérie. La petite malade de Huchard meurt en quelques jours. La malade de Chantemesse succombe, elle aussi, très rapidement. Dans le cas de Le Gendre, la mort survient à la suite de la paralysie diphthérique. Trousseau avait donc singulièrement bien jugé la question quand il écrivait : « La diphthérie mortelle débute souvent sous la forme d'une éruption herpétique ».

*Conclusions* : L'angine diphthérique peut revêtir les allures trompeuses de l'angine herpétique. Il est impossible, cliniquement, d'affirmer qu'une angine, dite herpétique, est ou n'est pas de nature diphthérique. L'examen bactériologique peut seul nous permettre d'affirmer la nature de l'angine.

#### B. ANGINE DIPHTHÉRIQUE D'APPARENCE FOLLICULAIRE

Après avoir étudié l'angine diphthérique à forme herpétique, étudions les angines diphthériques qui simulent l'amygdalite dite lacunaire ou folliculaire. Ici encore le tableau de la maladie est trompeur ; cliniquement on croit avoir affaire à une amygdalite vulgaire et la bactériologie vient redresser l'erreur ; en voici les preuves :

Dès 1891, Jacobi démontrait, bactériologiquement, que l'amygdalite lacunaire, surtout chez les adultes, est souvent diphthérique. Lors d'une épidémie de diphthérie qui sévissait sur un pensionnat de jeunes filles, Mouillot, sur 18 malades qui furent atteintes, constata huit fois l'angine diphthérique membraneuse et dix fois l'amygdalite diphthérique à forme lacunaire ; une de ces dernières fut suivie de paralysie diphthérique. Escherich a constaté le bacille de la diphthérie dans bon nombre d'amygdalites dites folliculaires. Koplick, en 1892, a rapporté dans son Mémoire de nombreuses observations de cette angine diphthérique lacunaire.

Chaillou et Martin<sup>1</sup> ont cité 8 cas d'angine diphthérique se présentant sous forme de points blancs qui rappelaient l'amygdalite folliculaire. Gouguenheim<sup>2</sup> nous dit que sur 83 malades adultes atteints d'angine diphthérique et observés par lui dans son service à l'hôpital Lariboisière, il a constaté quarante fois la diphthérie amygdalienne, à forme folliculaire ou lacunaire.

L'angine diphthérique revêt donc fort souvent, surtout chez l'adulte, le masque de l'amygdalite folliculaire et l'examen bactériologique permet seul d'établir le diagnostic. Quoique généralement *bénignes*, ces angines diphthériques discrètes, lacunaires, « à points blancs », peuvent être par exception très toxiques et fort graves, témoin les observations de Chaillou et Martin<sup>3</sup> et l'observation CXII du Mémoire de Martin<sup>4</sup>.

#### C. ANGINE DIPHTHÉRIQUE A FORME PULTACÉE

Cette forme est de toutes la plus rare et la plus bénigne. Le malade présente une angine ayant toutes les apparences d'une angine catarrhale, érythémateuse, pultacée, et la bactériologie fait découvrir le bacille diphthérique.

Feer<sup>5</sup> en rapporte 3 cas ; un des trois petits malades présente d'abord une rougeur modérée de la gorge avec une température de 38° 8, le lendemain le thermomètre atteint 40° 8. Les amygdales étaient grosses, rouges, avec un léger dépôt pultacé, il y avait de plus un engorgement ganglionnaire d'un côté. L'enfant guérit en quelques jours. La culture décela la présence de bacilles diphthériques et de streptocoques. L'inoculation faite avec des cultures pures de diphthérie tua le cobaye en dix heures.

Concetti, en 1894, rapporte 2 cas d'angine diphthérique

1. *Annales de l'Institut Pasteur*, juillet 1894.

2. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, juillet 1895.

3. Page 459.

4. Page 354.

5. Thèse de Mme Bonnier, p. 70.

pultacée, provenant, par contagion, d'enfants atteints de diphthérie mortelle pharyngée et nasale très grave. Les amygdales étaient augmentées de volume et recouvertes d'un enduit ne ressemblant nullement à la diphthérie mais ayant les apparences grossières de l'enduit pultacé. Or il s'agissait de diphthérie.

DIAGNOSTIC. — ÉTILOGIE. — TRAITEMENT DE L'ANGINE  
DIPHTHÉRIQUE

Après avoir étudié les formes et les variétés de l'angine diphthérique, abordons la question du *diagnostic*.

**Diagnostic clinique.** — Étant donnée une angine aiguë, on peut commettre deux espèces d'erreur. Une première erreur consiste à prendre pour une angine diphthérique une angine qui ne l'est pas. L'erreur réciproque consiste à prendre pour une angine non diphthérique une angine qui l'est en réalité. Dans ce dernier cas, on méconnaît une diphthérie qui existe; la conséquence de cette erreur, c'est qu'on n'isole pas le malade qui sème la diphthérie dans son entourage, famille ou pensionnat; de plus, tel malade qui n'a pas été traité par le sérum, dès le début de son angine, parce qu'on a méconnu son mal, sera plus exposé aux conséquences immédiates ou éloignées de la diphthérie, au croup, à l'empoisonnement précoce ou tardif, aux paralysies.

Les faits de ce genre, et ils sont nombreux, *trop nombreux*, prouvent qu'il est absolument nécessaire de faire dès le début, et d'une façon irréfutable, le diagnostic de l'angine diphthérique sous peine de s'exposer aux plus graves mécomptes. Mais pour faire ce diagnostic, les ressources de la clinique sont bien souvent insuffisantes: quels signes en effet, quels symptômes invoquer; peut-on se baser sur le mode de début de l'angine? On dit bien, et avec raison, que l'angine diphthérique, à ses débuts, est plus insidieuse, moins bruyante, moins fébrile que d'autres angines plus

franchement inflammatoires; mais qu'on se reporte aux nombreux cas que je signalais au chapitre précédent et on verra que la diphthérie herpétique débute souvent avec les allures les plus brusques et au milieu du cortège ébrilé le plus accentué.

Peut-on se baser sur l'intensité de la dysphagie? On a dit, et on répète, non sans quelque raison, que la déglutition est relativement peu douloureuse au cas de diphthérie, tandis qu'elle est généralement très douloureuse au cas d'angine non diphthérique. Cela est souvent vrai, mais que d'exceptions nous pourrions enregistrer! Les observations de diphthérie herpétique que j'énumérais plus haut révèlent une dysphagie des plus précoces et des plus intenses.

Peut-on se baser sur les caractères et sur l'évolution des fausses membranes? Non. Ici encore les caractères cliniques de la membrane diphthérique qui avaient été donnés comme classiques avant les examens bactériologiques, coloration, épaisseur, adhérence, dissociation, élasticité, réaction des agents chimiques, tous ces caractères existent indifféremment sur les membranes diphthériques et sur celles qui ne le sont pas. La reproduction facile et rapide des fausses membranes n'est-elle pas du moins un caractère inhérent à la diphthérie? Non. On le croyait autrefois, mais on sait depuis les recherches bactériologiques que les membranes pseudo-diphthériques dues au coccus Brisou, au streptocoque, au staphylocoque, au pneumocoque, peuvent se reproduire avec la même facilité que la membrane diphthérique.

La tendance qu'ont les fausses membranes à gagner les cavités nasales et le larynx n'est-elle pas du moins en faveur de la diphthérie? Non. Dans un des prochains chapitres sur les angines pseudo-diphthériques, nous verrons que bon nombre de membranes pseudo-diphthériques, à streptocoques, et à coccus Brisou, peuvent également envahir les cavités nasales et le larynx.

L'engorgement ganglionnaire, ce signe réputé si précieux,

peut-il du moins nous être de quelque secours ? Non. D'une part en effet, l'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire peut exister à peine, au cas de diphthérie pure, tandis que ce même engorgement ganglionnaire peut être très intense dans des angines pseudo-diphthériques. Baginski a constaté cinq fois l'adénopathie sous-maxillaire dans 6 cas d'angine à streptocoques. Tézenas a constaté quatre fois ce même engorgement sur quatre observations d'angines à streptocoques et à staphylocoques. Jaccoud a observé l'adénopathie au cas d'angines à pneumocoques. Martin a plusieurs fois signalé des adénopathies très prononcées dans des angines membraneuses à coccus Brison. J'ai souvent fait les mêmes remarques. L'adénopathie sous-maxillaire est donc un signe qui ne peut nous fournir aucun élément sérieux de diagnostic.

Que penser de l'albuminurie ; est-elle, comme on l'avait supposé, un signe d'angine diphthérique ? Non. Bon nombre d'angines pseudo-diphthériques à microbes divers, notamment les angines pseudo-diphthériques streptococciques, sont assez fréquemment accompagnées d'albuminurie.

Cette étude critique des signes et des symptômes de l'angine diphthérique nous prouve que la clinique, à elle seule, est insuffisante pour arriver au diagnostic. Bon nombre d'angines, considérées par le meilleur clinicien comme étant diphthériques, sont démontrées par la bactériologie comme ne l'étant pas ; témoin les angines pseudo-diphthériques, dues au streptocoque, au coccus Brison, au pneumocoque, au staphylocoque, que nous étudierons au chapitre suivant. Par contre, bon nombre d'angines, considérées par le meilleur clinicien comme n'étant pas diphthériques, sont démontrées diphthériques par la bactériologie ; témoin ces nombreuses observations concernant les diphthéries *polymorphes*, à formes herpétique, lacunaire, pultacée auxquelles je viens de consacrer un chapitre.

Je sais bien qu'il ne manque pas de médecins, même à l'heure actuelle, qui espèrent pouvoir arriver au diagnostic des angines par le secours seul de la clinique et qui vou-

draient réserver l'examen bactériologique aux cas réputés indécis et douteux. L'examen bactériologique *systématiquement* pratiqué leur paraît exagéré. Ils le rejettent. Cela leur paraît excessif. J'ai moi-même été pris à partie, très courtoisement, après ma communication à l'Académie de médecine, dans le Premier-Paris de l'un de nos journaux médicaux où je lis la phrase suivante : « Il ne serait plus permis, d'après M. Dieulafoy et tous les bactériologistes, de poser un diagnostic d'angine sans l'examen bactériologique. N'y a-t-il pas un peu d'exagération dans cette proposition?... » Voilà bien le mot ; *on nous taxe d'exagération*, on laisse entendre, on publie que l'examen bactériologique n'a d'utilité que dans le cas où l'examen clinique pourrait être en défaut. Contre ces assertions je ne saurais trop réagir.

On nous dit que les grands cliniciens qui nous ont précédés n'avaient pas attendu le secours de la bactériologie pour faire le diagnostic des angines. Eh bien, j'en demande pardon à ceux qui parlent ainsi, mais il est nécessaire de rétablir les faits dans toute leur vérité. Nul n'a plus que moi le respect de la tradition, et, certes, je place bien haut les études cliniques : ma vie médicale est là pour l'attester ; mais il faut se rendre à l'évidence. Je demanderai donc à nos contradicteurs ce qu'ils pensent du diagnostic que porta sur lui-même l'infortuné Gillette, médecin de l'hôpital des Enfants, et des plus habitués au diagnostic de la diphthérie : Gillette se croyait atteint d'angine herpétique, il se félicitait de l'intensité des symptômes inflammatoires, de la blancheur des membranes, de la rougeur éclatante de sa gorge, de la douleur qu'il éprouvait, et le malheureux Gillette était atteint d'angine diphthérique, à laquelle il succombait en quelques jours. Je leur demanderai ce qu'ils pensent du diagnostic de Gubler, si versé, lui aussi, dans l'étude des angines : Gubler enseignant et écrivant que l'angine herpétique engendre des paralysies généralisées à l'égal de la diphthérie, erreur que Gubler n'eût pas commise si la bactériologie était venue éclairer son diagnostic.