

Du reste, dans tous les cas étudiés par Sourdille, et se rapportant à l'une ou l'autre des trois formes que nous venons d'étudier, les recherches bactériologiques ont toujours permis de constater la présence d'un bacille de Loeffler virulent. Ce bacille n'était jamais isolé, mais était associé soit au streptocoque, soit au staphylocoque, soit au gonocoque; en outre, bien que les observations soient peut-être encore un peu restreintes pour permettre une conclusion ferme, il a paru que le staphylocoque était seul associé au bacille dans la seconde et la troisième forme, tandis que la forme interstitielle, la plus grave, paraissait due à l'association du bacille avec le streptocoque seul ou avec le streptocoque et le staphylocoque; en somme, c'est au streptocoque qu'il faudrait attribuer les ulcérations cornéennes, et aussi l'état général si grave observé dans cette forme; cette constatation n'est pas pour nous déplaire, car elle cadre bien avec l'ensemble des conditions dans lesquelles on observe la conjonctivite interstitielle et justifie une fois de plus la séparation que nous avons cherché à établir entre la diphtérie pure et la strepto-diphtérie.

La diphtérie conjonctivale se voit surtout chez des enfants de un à dix ans, cependant elle peut être observée aussi chez les enfants de quelques mois, et d'autre part chez des adultes. Elle succède souvent à une diphtérie nasale, mais peut se développer primitivement sur la conjonctive, qu'il y ait ou non d'autres localisations de la maladie. Lorsqu'elle est primitive, le début peut être très insidieux, et la maladie revêt parfois l'apparence caractéristique. En tout cas, le début a lieu toujours sur la conjonctive palpébrale; la conjonctive bulbaire n'est prise que dans les formes graves et toujours secondairement; quant aux lésions de la cornée, elles ne se produisent qu'à une période déjà avancée de la maladie. Elle peut être d'abord unilatérale, mais en général l'autre œil est bientôt pris; il est d'ailleurs très difficile d'empêcher l'enfant de porter les mains à l'œil malade, et il a bientôt fait de contagionner le second ou de porter le bacille sur des parties de la peau déjà excoriées.

**Diphtérie de l'oreille.** — La diphtérie de l'oreille externe résulte, en général, d'une propagation de la maladie, déjà localisée sur le pavillon de l'oreille ou sur la peau de la face qui environne le tragus; d'autres fois, elle est transportée par l'enfant lui-même, qui excorie la peau du conduit auditif avec ses doigts chargés de sécrétions virulentes venant du nez ou de l'œil. Les malades, déjà assez âgés pour rendre compte de leurs sensations, accusent alors des démangeaisons et une douleur ordinairement légère, puis des bourdonnements et même de la surdité; mais souvent on ne s'aperçoit de l'envahissement du conduit auditif externe que par un écoulement sanieux, sanguinolent, plus ou moins fétide; l'examen pratiqué après le lavage du conduit révèle l'existence d'une fausse membrane. En général, cette fausse membrane tombe au bout de quelques jours et la guérison a lieu, à moins que la mort ne survienne par le fait d'autres localisations plus graves.

La diphtérie de l'oreille moyenne, notablement plus fréquente, comporte un pronostic beaucoup plus grave, en raison des lésions locales qu'elle

peut déterminer et aussi à cause de la forme de diphtérie à laquelle elle se rattache: quelquefois en rapport avec une diphtérie primitive, elle est, en effet, plus souvent liée à une diphtérie secondaire, survenant dans le cours de la rougeole ou de la scarlatine; c'est presque toujours une strepto-diphtérie. En tout cas, elle procède de la diphtérie des fosses nasales ou du pharynx qui, par la trompe d'Eustache, gagne la caisse du tympan. La maladie s'annonce par des bourdonnements, de la surdité et surtout par une douleur assez vive, exaspérée par la toux ou la mastication; mais cette douleur se confond souvent avec celle de l'angine, et d'ailleurs ces phénomènes ne peuvent être signalés que par des malades d'un certain âge; chez les tout jeunes enfants, le début passe souvent inaperçu et l'attention n'est appelée du côté de l'oreille que par un écoulement. En effet, au bout de quelques jours, survient la perforation du tympan; à ce moment, la douleur disparaît presque subitement et l'on remarque sur l'oreiller la présence de quelques taches; l'examen de l'oreille permet de constater l'écoulement d'un liquide séro-purulent ou sanguinolent, peu abondant et généralement fétide; le fond du conduit paraît souvent tapissé d'une fausse membrane blanche.

Quelques jours après, la fausse membrane se détache en général et l'écoulement devient alors plus abondant et plus franchement purulent. Puis cet écoulement devient de nouveau modérément abondant, mais sans disparaître complètement. L'otorrhée cesse parfois quelques jours pour revenir ensuite, mais en général persiste longtemps. L'ouïe reste toujours plus ou moins émoussée, suivant que les lésions profondes ont été plus ou moins intenses. Il peut en résulter aussi quelques accidents cérébraux propres à l'otite, vertiges, etc. En dehors de ces conditions, le pronostic de la diphtérie auriculaire est subordonné à l'évolution générale de la diphtérie elle-même.

**Diphtérie buccale.** — La diphtérie buccale est relativement peu commune, et n'a pas, à beaucoup près, l'importance que lui attribuait Bretonneau. Il n'est pas douteux, en effet, qu'il ait, à tort, rattaché à la diphtérie certaines affections de la muqueuse buccale qui en sont réellement indépendantes: telle est, en particulier, la maladie individualisée par J. Bergeron sous le nom de stomatite ulcéreuse ou ulcéro-membraneuse.

La propagation de l'angine diphtérique à la muqueuse buccale est, en somme, assez rare et ne s'observe guère que dans les formes extensives de la strepto-diphtérie; on voit alors les fausses membranes s'étendre des piliers du voile jusque sur les joues sous forme de plaques ordinairement assez discrètes, mais épaisses, très adhérentes à la muqueuse qui est elle-même tuméfiée, rouge et saignante; ces plaques sont surtout marquées au niveau de l'intervalle des dents, comme si leur production avait été favorisée par le mordillement de la muqueuse; on retrouve d'autres plaques allongées sur la langue, au niveau des bords latéraux ou vers la pointe, quelquefois au voisinage du frein ou sur la surface dorsale. Les fausses membranes peuvent occuper aussi les lèvres, et spécialement la lèvre inférieure à sa face profonde, ou encore et surtout les commissures qui semblent se creuser ou se prolonger en dehors. Les plaques sont mollasses, saignent facilement et la muqueuse est boursoufflée, comme œdémateuse; la langue, dont les mouve-

ments sont très douloureux, est gonflée et fait saillie entre les arcades dentaires; la bouche entr'ouverte laisse écouler en abondance une salive très fétide, presque toujours striée de sang. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et les symptômes généraux sont très caractérisés.

Le plus souvent la maladie débute autrement : à la suite ou dans le cours d'une rougeole, et plus rarement dans une autre maladie ou d'une façon primitive, on voit les lèvres se fendiller; puis, sur ces surfaces saignantes, se produisent des plaques allongées très adhérentes à la muqueuse et qui ressemblent singulièrement à celles de la stomatite impétigineuse (due aux staphylocoques); de fait, on constate souvent, en pareil cas, que les staphylocoques sont associés à la diphtérie, ou, en d'autres termes, qu'il s'agit d'une *staphylo-diphtérie*; puis la lésion gagne les commissures qui se déchirent et atteint la face interne des joues. La muqueuse buccale se parseme alors de taches arrondies, plates, ordinairement peu étendues et peu nombreuses, mais qui sont en général beaucoup plus adhérentes que celles de la diphtérie vulgaire; elles se détachent rarement, même si la guérison doit survenir, et plus souvent alors disparaissent lentement par une sorte d'usure.

Considérée en elle-même, cette forme de diphtérie buccale n'est pas grave; car elle a peu de tendance à s'étendre et ne se propage que très rarement vers le pharynx; mais, en raison des conditions dans lesquelles elle se développe, elle est souvent accompagnée de phénomènes généraux plus ou moins graves, auxquels le malade ne résiste pas.

Enfin, dans quelques cas, d'ailleurs peu fréquents, la diphtérie buccale est en rapport avec une diphtérie pure, bénigne; on trouve alors seulement quelques plaques rares et discrètes, développées à la face postérieure de la lèvre inférieure, ou sur le bord des lèvres, en général au niveau d'une lésion de la muqueuse (déchirure, aphtes, etc.); elles sont aussi presque toujours très adhérentes et très tenaces, mais finissent cependant par guérir.

**Diphtérie ano-génitale.** — La diphtérie ano-génitale ne se voit guère que chez les petites filles, où elle occupe la *vulve* et quelquefois le *vagin*. La maladie débute par de petits points membraneux qui se développent à la face interne des grandes lèvres et ne tardent pas à constituer de véritables plaques diphtériques; de là elles peuvent gagner les petites lèvres et le vagin, ou bien d'autres fois s'étendent sur la peau jusqu'à la région de l'*anus*. A ce niveau les fausses membranes se produisent d'abord dans les plis radiés, puis envahissent la moitié ou même la totalité du pourtour de l'orifice anal, en pénétrant même quelquefois dans cet orifice, sur la muqueuse rectale.

Ces fausses membranes s'accompagnent d'une tuméfaction de la muqueuse qui est boursoufflée, d'un rouge violacé et souvent saignante; un écoulement abondant se fait à la surface. La douleur est vive; aussi arrive-t-il souvent que les enfants portent la main dans ces régions, excoriant la peau ou la muqueuse et font de nouvelles inoculations. Les ganglions inguinaux sont plus ou moins tuméfiés. Les fausses membranes sont généralement assez persistantes, ou bien, lorsqu'elles sont tombées au bout de quelques jours, ne tardent pas à se reproduire; assez souvent elles se compliquent de gan-

grène superficielle, et peuvent laisser des ulcérations à leur suite, parfois même de véritables pertes de substance.

Chez les garçons, la diphtérie ano-génitale est beaucoup plus rare, et même exceptionnelle; quelquefois cependant elle peut affecter le *gland* ou le *prépuce* et peut même pénétrer dans le canal de l'urètre.

Dans les deux sexes d'ailleurs, la diphtérie anale peut se montrer isolément. A titre de curiosité, signalons aussi un fait rapporté par Variot<sup>1</sup> et observé chez une petite fille qui, atteinte de procidence du rectum et d'extrophie de la vessie, présenta sur la muqueuse de ces deux organes des plaques de diphtérie, quelques semaines après une atteinte de croup.

La diphtérie ano-génitale n'est presque jamais primitive, et le fait cité par Trousseau et relatif à une femme en couches se rapporte bien vraisemblablement à une streptococcie pure. Presque toujours elle coïncide avec une diphtérie de la gorge, du larynx ou du nez, et a été inoculée directement par les doigts de l'enfant. Elle est souvent aussi d'origine secondaire et se relie à la scarlatine ou à la rougeole. Le pronostic de la diphtérie ano-génitale est grave en raison même de ces conditions étiologiques; en elle-même, la lésion n'a que peu d'importance et guérit facilement, mais avec une certaine lenteur.

**Diphtérie cutanée.** — Signalée par Chomel l'ancien, dès 1749, et plus spécialement par S. Bard, la diphtérie cutanée a été surtout étudiée par Trousseau, qui a bien fait voir le rôle que jouent dans sa production les excoriations de la peau et les vésicatoires. Pour que la diphtérie se développe sur la peau, il faut en effet que celle-ci soit d'abord dépouillée de son épithélium. Les plaies (en particulier celles de la trachéotomie), les moindres excoriations, les érosions résultant d'herpès, d'eczéma, d'impétigo, d'intertrigo, les dénudations résultant de vésicatoires, etc., peuvent être le siège de productions diphtériques; celles-ci peuvent occuper tous les points de la surface du corps, mais spécialement ceux où la peau est fine et mince, ou sur lesquels se font surtout des éruptions (voisinage des orifices naturels, plis de la peau, mamelon, pavillon de l'oreille, cuir chevelu, etc.).

Au début, les parties qui vont être atteintes deviennent douloureuses, rouges, parfois saignantes; puis elles se recouvrent d'une couenne grisâtre, molle, d'épaisseur variable, plus ou moins adhérente; les bords de la plaie se gonflent, prennent une coloration d'un rouge violacé et se recouvrent de petites ampoules remplies d'une sérosité laiteuse; puis ces ampoules se crevant, le derme apparaît, recouvert d'une couenne blanche. Ainsi, de proche en proche, s'étend la lésion qui envahit progressivement et souvent très rapidement une étendue plus ou moins considérable de la peau.

Les fausses membranes, d'abord minces, deviennent de plus en plus épaisses et se forment de couches stratifiées, dont les plus profondes adhèrent au derme qui saigne facilement lorsqu'on cherche à les en détacher; les couches superficielles au contraire, imbibées d'une sérosité plus ou moins abondante ou d'un liquide sanieux, se ramollissent et se désagrègent, en

(<sup>1</sup>) Journ. de clin. et de théor. inf., avril 1896.

même temps qu'elles prennent une couleur grise ou noirâtre et exhalent une odeur horriblement fétide. Elles ressemblent assez souvent à des plaques de sphacèle et peuvent en effet se compliquer de gangrène, mais le plus souvent ce n'est là qu'une apparence. La physionomie de ces plaques de diphtérie cutanée peut d'ailleurs être modifiée complètement par des applications antiseptiques et surtout par les injections de sérum, et il est certain que le pronostic de cette lésion n'est plus aujourd'hui ce qu'il était du temps de Trousseau; la diphtérie cutanée est devenue en effet, depuis la sérothérapie, notablement moins fréquente et moins grave. Il n'est cependant pas absolument rare d'en observer encore une forme atténuée et qui consiste dans des plaques grisâtres, plutôt sèches qu'humides, discrètes et peu envahissantes; ces plaques se détachent au bout de 8 ou 10 jours ou quelquefois persistent plus longtemps, mais sans présenter d'apparence de gravité.

La diphtérie cutanée coïncide généralement avec d'autres manifestations de la maladie, à la suite desquelles elle s'est développée; quelquefois cependant elle constitue la localisation primitive, et peut être alors facilement méconnue, ainsi que nous en avons vu plusieurs exemples; même lorsqu'on y pense, le diagnostic précis est souvent fort difficile et ne peut guère être affirmé que par l'examen bactériologique.

La diphtérie cutanée primitive peut être suivie d'angine ou de croup, mais d'autres fois elle reste isolée; elle peut d'ailleurs, même dans ce dernier cas, s'accompagner de tous les phénomènes généraux résultant de l'intoxication diphtérique. Trousseau a même fait remarquer que la paralysie survenant à la suite d'une localisation cutanée paraissait débiter plus spécialement par les membres. Convenablement traitée, la diphtérie cutanée guérit, en général, assez facilement; le pronostic de la lésion elle-même n'est pas très grave; mais il peut le devenir en raison des conditions, souvent mauvaises, dans lesquelles elle se développe (diphtérie secondaire, complications de broncho-pneumonie, etc.).

**Diagnostic.** — Le diagnostic de la diphtérie présente une importance capitale, sur laquelle il est inutile d'insister. Mais ce diagnostic est malheureusement fort difficile et souvent incertain, si l'on s'en tient exclusivement aux données fournies par l'examen clinique. La diphtérie, en effet, est fréquemment méconnue ou confondue avec d'autres maladies: elle reste méconnue et échappe même à l'attention du médecin, parce que, le plus souvent, les enfants n'accusent aucun symptôme du côté de la gorge, et, si l'examen de cette région n'est pas fait quand même et de parti pris, on laissera la maladie évoluer pendant plusieurs jours, sans même en soupçonner l'existence; on pourra encore passer à côté si, tout en y songeant, on se borne à un examen sommaire ou incomplet. D'autre part, il existe un certain nombre de maladies qui, tout en étant foncièrement très distinctes de la diphtérie, présentent cependant des caractères cliniques presque absolument identiques. Au total, le diagnostic de la diphtérie repose sur deux éléments d'appréciation, qui doivent intervenir concurremment: l'examen clinique et l'examen bactériologique.

**Examen clinique. Diagnostic de l'angine.** — Avant tout, nous le rap-

pelons à dessein, il faut bien savoir que, chez un enfant, la gorge doit toujours être suspectée: c'est peut-être, de tous les organes, celui dont l'examen systématique s'impose le plus généralement. On devra donc examiner la gorge de tout enfant qui présente un état morbide mal déterminé, alors même qu'aucun symptôme spécial n'attire l'attention de ce côté.

Cet examen de la gorge doit être fait aussi complètement que possible, et sans s'arrêter à la résistance opposée par l'enfant; avec de la patience et de la douceur on y arrive, en général, assez facilement; cependant, si l'on a affaire à un enfant tout jeune et surtout peu raisonnable, il sera préférable de le faire tenir par une grande personne qui, l'appuyant contre sa poitrine, immobilisera les membres et la tête, celle-ci étant naturellement placée en pleine lumière. Ayant abaissé la langue au moyen d'un instrument spécial ou du manche d'une cuiller, on fera tout d'abord et d'un coup d'œil rapide une inspection générale de toute la gorge; puis on examinera plus particulièrement tel ou tel point qui, dans cette première vue d'ensemble, aura paru suspect. Si l'enfant oppose de la résistance, au lieu de chercher à la vaincre et de prolonger l'examen, il sera préférable de retirer l'abaisse-langue et de recommencer la tentative, après quelques instants de repos. Il est nécessaire, pour cet examen, que l'œil s'habitue à *voir vite*. En tout cas, avec un peu de patience, on arrive à bien voir toutes les parties constituantes de la gorge; il faut, pour cela, déplacer l'instrument et le porter soit à droite ou à gauche, soit en arrière et un peu profondément sur la base de la langue, en exerçant sur ce point une certaine pression: on détermine ainsi des mouvements réflexes qui font basculer les amygdales en avant et portent en dedans les piliers postérieurs, en même temps que la luette se trouve projetée en avant et montre même sa face postérieure. On peut de la sorte constater l'existence de lésions sur des points qui paraissent d'abord inaccessibles à la vue, lésions qui auraient échappé à un examen sommaire. Par le même artifice, on arrive presque toujours aussi à découvrir l'épiglotte qui apparaît au-dessous de la base de la langue; mais, comme le mouvement par lequel elle se trouve projetée en haut est assez fugace, il est nécessaire, pour bien voir, de concentrer son attention spécialement sur ce point au moment où l'on exerce sur la base de la langue la pression indiquée.

Après l'examen de la gorge viendra tout naturellement aussi celui des fosses nasales: on recherchera s'il existe des signes d'obstruction ou un écoulement par les narines. Ce ne serait pas, évidemment, une raison absolue de conclure à la diphtérie, mais on devrait au moins en soupçonner l'existence.

Enfin l'examen clinique sera complété par l'examen des autres symptômes et en particulier la recherche des ganglions, et par les renseignements sur le début et la marche de la maladie. Conduit de la sorte, il fournira des éléments d'appréciation souvent très importants et qui pourront être par eux-mêmes suffisants pour affirmer la nature de la maladie; en cas de doute d'ailleurs, il sera toujours utile de les contrôler par l'examen bactériologique. En éliminant les cas dans lesquels l'examen de la gorge est absolument négatif et auxquels par conséquent il n'y a pas lieu de s'arrêter, on peut constater, au cours de cet examen, soit une rougeur plus ou moins