

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

vive du pharynx, soit des enduits blanchâtres d'apparence variable, soit enfin de véritables fausses membranes. Examinons successivement ces diverses modalités.

La *rougeur de la gorge* n'a pour le diagnostic aucune signification et n'a pas même une valeur négative; en effet, dans l'angine diphtérique au début, avant l'apparition de tout exsudat, la muqueuse est simplement rouge et légèrement boursoufflée, comme elle l'est aussi dans une angine quelconque; peut-être même dans quelques cas rares (*diphtérie catarrhale*) conserve-t-elle ce caractère pendant toute la durée de la maladie. L'examen bactériologique seul permet alors de faire le diagnostic. Il faut reconnaître cependant que ces cas sont un peu exceptionnels, et si, après un ou deux jours d'observation, la rougeur de la gorge existe seule, sans exsudat, l'hypothèse d'une diphtérie n'est guère acceptable.

D'autres fois l'examen fait constater sur les amygdales ou sur d'autres parties du pharynx l'existence de *dépôts blancs* ou *grisâtres* plus ou moins étendus, n'offrant pas l'apparence de fausses membranes, et qui, en effet, sont souvent indépendants de la diphtérie. Néanmoins, dans tous ces cas, même lorsqu'ils paraissent nettement caractérisés, il est toujours plus prudent de faire l'examen bactériologique: ces réserves nous paraissent commandées par certains faits que nous signalerons tout à l'heure, spécialement à propos de l'amygdalite cryptique et de l'angine herpétique.

Avec l'*angine pullacée*, le diagnostic est ordinairement facile: elle produit sur les amygdales des plaques assez larges, d'un blanc crémeux, qui ne ressemblent guère aux fausses membranes de la diphtérie; ces plaques se détachent facilement de la muqueuse, qui est absolument saine; elles sont molles et se dissocient dans l'eau. Il n'y a pas d'adénopathie.

L'*angine du muquet* se distingue facilement aussi de la diphtérie, alors même que les amygdales et le voile du palais sont recouverts d'une nappe plus ou moins étendue; le dépôt est d'un blanc de lait, disposé au moins sur les bords sous forme de petits points ayant les dimensions d'un grain de millet; il est grumeleux, friable et se détache facilement. Les ganglions ne sont pas tuméfiés.

Dans l'*angine phlegmoneuse*, surtout lorsqu'elle aboutit à la suppuration, l'amygdale est souvent recouverte d'une sorte d'enduit pulpeux qui rappelle parfois d'assez près la fausse membrane diphtérique; mais la dysphagie est beaucoup plus marquée, la douleur est vive, la voix nasonnée et l'examen montre que l'une des amygdales est très développée, fait saillie dans l'arrière-gorge et dans la bouche en refoulant et abaissant le voile du palais. Une fois l'abcès ouvert, cette sorte de fausse membrane disparaît en général assez vite, mais les bords de l'incision se recouvrent d'une couche grisâtre assez adhérente qui peut aussi prêter à confusion; dans ces cas, l'exsudat est strictement limité à la plaie.

L'*angine ulcéro-membraneuse* est peu commune, mais a cependant quelquefois été observée; on trouve alors sur le voile du palais et sur la luette, quelquefois aussi sur les amygdales, des ulcérations recouvertes d'une couche grisâtre, offrant une certaine analogie avec les fausses membranes

de la diphtérie, mais seulement une analogie lointaine. Au fond, il s'agit ici d'un processus ulcéreux; toujours d'ailleurs l'angine coexiste avec une stomatite ulcéro-membraneuse et, comme celle-ci, est souvent limitée à un côté; elle s'accompagne d'une odeur horriblement fétide et vraiment spéciale; en outre, il n'y a pas d'adénopathie, pas de fièvre, pas de phénomènes généraux. Bien qu'elle ait été qualifiée de diphtéroïde, l'*angine de Vincent*¹ ne sera guère confondue avec la diphtérie; c'est, en effet, essentiellement une angine ulcéreuse, caractérisée par l'existence sur l'amygdale d'une plaque blanchâtre ou grisâtre, de consistance molle, reposant sur une surface érodée et saignant facilement; en outre, contrairement à ce qui se voit dans la diphtérie, elle reste localisée au point primitivement atteint et n'a pas de tendance à envahir les parties voisines.

L'*angine gangréneuse* est rare et ne s'observe guère que dans le cours d'une autre maladie (rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, etc.); elle pourrait être prise pour une diphtérie, mais alors que la fausse membrane diphtérique, d'abord blanche, ne devient grise ou brune que plus tard, l'escarre de la gangrène a d'emblée une teinte foncée; elle s'élimine lentement, et laisse à sa place une perte de substance plus ou moins profonde. Elle s'accompagne dès le début de l'odeur spéciale à la gangrène; enfin, l'adénopathie est ordinairement assez peu marquée.

L'*angine folliculeuse* ou *amygdalite cryptique* se caractérise par l'apparition sur l'amygdale, rouge et tuméfiée, de points blancs ayant le volume d'un grain de millet ou d'un petit pois et logés dans les cryptes de l'amygdale; lorsqu'on les détache, on trouve qu'ils sont formés par une matière blanchâtre, d'odeur fétide, offrant une apparence caséuse et s'écrasant sous le doigt. Ces faits sont communs et n'offrent, en général, aucune gravité; ils ne donnent en aucune façon l'idée de la diphtérie; pourtant, si l'on tient compte des cas décrits par Koplik sous le nom de *diphtérie lacunaire des amygdales* avec des apparences absolument analogues, ainsi que des faits signalés par Martin et Chaillou, et dans lesquels l'angine se présentait sous forme de points blancs rappelant l'amygdalite folliculeuse, on trouvera justifiées les réserves que nous formulions plus haut, et l'on accordera que, même pour ces cas, si simples en apparence, l'examen bactériologique s'impose. La même conclusion est applicable à l'*angine herpétique*. On a dit que, dans la plupart des cas, cette maladie se distinguait de la diphtérie par des caractères nettement tranchés: concrétions arrondies, développées sur une érosion consécutive à la déchirure d'une vésicule d'herpès; plus tard, plaques étalées, mais à contours festonnés polycycliques, d'un blanc éclatant; coexistence de vésicules d'herpès sur les amygdales ou sur les lèvres, etc. Il semble vraiment que la confusion soit impossible et pourtant combien de fois n'a-t-elle pas été faite! Sans parler des faits concernant Valleix et Gillette et des observations recueillies par Trouseau, Sanné, Cadet de Gassicourt, et tant d'autres, on sait aujourd'hui d'une façon positive, après les recherches de Dieulafoy, que le bacille de Loeffler peut être rencontré dans

(¹) VINCENT. Angine diphtéroïde à bacilles fusiformes. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1898, p. 244.

l'angine herpétique la plus franche en apparence. Est-ce une diphtérie qui se manifeste primitivement sous la physionomie d'une angine herpétique? Est-ce une angine herpétique primitive qui s'est diphtérisée d'une façon secondaire? La chose n'a pas été élucidée, mais en tout cas cela importe peu; le fait positif, capital, c'est que, dans certains cas, une angine ayant toutes les allures de l'herpès du pharynx est en rapport avec la diphtérie. Cette relation ne peut être établie par la clinique; seul, l'examen bactériologique permet de l'affirmer.

Si maintenant nous arrivons aux cas dans lesquels l'examen révèle non plus des concrétions banales, des dépôts blanchâtres irréguliers, mais des *fausses membranes bien constituées*, nous verrons que le diagnostic, tout en étant plus circonscrit, n'est pas pour cela beaucoup plus simple. Quelquefois cependant on aura pour s'éclairer des renseignements sur la marche et le développement des accidents. Ainsi les fausses membranes qui se développent souvent sur les *plaies de l'amygdale succédant à l'amygdalotomie* seront facilement rattachées à leur cause; la fausse membrane est d'ailleurs ici strictement limitée à la surface de section de l'amygdale; elle peut tomber et se reproduire sur place, mais jamais elle ne s'étend aux parties voisines. Enfin, il n'y a pas la moindre apparence de fièvre, et la guérison se produit spontanément au bout de quelques jours. Des caractères analogues se rencontrent pour les fausses membranes qu'on observe quelquefois sur les *ulcérations du frein de la langue*, chez les enfants atteints de coqueluche.

Dans la *syphilis*, on peut constater parfois à la surface d'un chancre infectant de l'amygdale, plus souvent sur des syphilides secondaires de la gorge, une fausse membrane épaisse, grisâtre, très analogue à l'exsudat diphtérique. Cependant, cette couche pseudo-membraneuse est dans la syphilis plus adhérente à la muqueuse, et celle-ci, souvent ulcérée, saigne facilement. En outre, tandis que la diphtérie s'étend souvent vers le pharynx postérieur et le larynx, la syphilide diphtéroïde ne dépasse guère les piliers du voile du palais ou bien se localise sur le palais osseux; enfin, les symptômes généraux, différents dans les deux cas, permettent en général de faire le diagnostic. Dans certains cas, cependant, il ne devient possible que par l'examen bactériologique.

En dehors de ces cas, dont le diagnostic est relativement facile, il existe toute une classe de maladies qui présentent, comme manifestation principale, des fausses membranes identiques en apparence à celles de la diphtérie, tout en étant cependant indépendantes de cette affection; on n'y retrouve pas le bacille de Loeffler, mais d'autres microbes qui sont surtout le streptocoque pyogène, puis divers cocci, le pneumocoque, plus rarement le staphylocoque ou le coli-bacille. Ces maladies, confondues sous la dénomination générale de *pseudo-diphtéries*¹, pourront certainement un jour ou l'autre être différenciées cliniquement les unes des autres, mais jusqu'à présent

⁽¹⁾ VEILLON. Étiologie et pathogénie des angines aiguës non diphtériques. *Thèse de Paris*, 1894. — BOURGES. Les angines pseudo-diphtériques. *Revue générale*, in *La Semaine médicale*, juillet 1895. — BOULLOCHE. Les angines à fausses membranes. *Bibl. Charcot-Debove*.

elles n'ont pas été individualisées et même dans l'ensemble elles ne se distinguent de la diphtérie par aucun caractère bien net. On a dit que les fausses membranes seraient dans ces cas moins élastiques, plus friables et pourtant plus adhérentes à la muqueuse, plus blanches que celles de la diphtérie, que la muqueuse serait autour d'elles plus rouge et plus congestionnée, mais ces différences ne constituent guère que des nuances d'une appréciation assez délicate et elles sont si peu accentuées que l'on ne peut véritablement en tenir compte.

Nous attacherions peut-être plus d'importance au siège précis occupé par les concrétions; il semble, par exemple, que les fausses membranes affectant les piliers postérieurs et le fond du pharynx soient plus spécialement en rapport avec la diphtérie, tandis que celles des amygdales pourraient tout aussi bien appartenir aux pseudo-diphtéries. Mais ce caractère n'a lui-même rien d'absolu et l'on sait d'ailleurs que le larynx peut être pris dans les pseudo-diphtéries aussi bien que dans la diphtérie vraie. Enfin on a dit que les angines pseudo-diphtériques étaient de nature bénigne; cela est souvent exact, mais quelquefois cependant elles s'accompagnent de symptômes graves, analogues à ceux que nous avons étudiés dans la strepto-diphtérie infectieuse. Il en est ainsi en particulier dans les *pseudo-diphtéries secondaires*, c'est-à-dire celles qui se développent dans le cours d'une autre maladie: scarlatine, rougeole, etc.

L'*angine scarlatineuse* ressemble singulièrement à l'angine diphtérique; convaincu déjà, il y a quelques années, que l'angine blanche observée au début de la scarlatine est indépendante de la diphtérie, nous avons vainement cherché un signe qui permit de l'en distinguer: les fausses membranes ont la même apparence, elles peuvent occuper les mêmes points (la luette aussi bien que les amygdales); les ganglions sont pris dans les deux cas. En somme, le seul signe qui nous parût avoir quelque valeur était tiré de la fréquence de cette angine blanche au début de la scarlatine; mais cependant, bien que rare à cette période, la diphtérie peut s'y rencontrer. L'examen bactériologique, en montrant la nature de ces angines, est venu en même temps fournir le moyen de les distinguer de la diphtérie.

C'est encore l'examen bactériologique qui a fait distraire de la diphtérie certaines *affections de la bouche et de la gorge observées chez des nourrissons* et rappelant de très près, par leur aspect, des lésions diphtériques. Dans un cas type, Epstein¹ a trouvé seulement des streptocoques et des staphylocoques et a conclu qu'il s'agit là d'une septicémie ayant un point de départ variable, qui peut être tantôt le tube digestif, tantôt l'ombilic, tantôt un point quelconque de l'organisme.

Diagnostic du croup. — Le croup peut se présenter à l'observation dans des conditions très différentes et, suivant les cas, le diagnostic peut être très simple ou très difficile. Lorsque le croup survient dans le cours d'une angine diphtérique, reconnue déjà depuis un ou plusieurs jours, le diagnostic est singulièrement facile; car le médecin doit être déjà en quelque sorte à l'affût

⁽¹⁾ *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1895.