

de la localisation laryngée, et, dans certains cas même, il a pu la prévoir et la dépister, en constatant que les fausses membranes progressaient vers le bas de la gorge et tendaient à gagner le vestibule du larynx; c'est dans ces cas surtout qu'il est important de faire souvent l'examen de la région inférieure du pharynx et de l'épiglotte. La moindre modification dans le timbre de la voix et de la toux devient alors un signe positif, qui révèle l'envahissement du larynx, avant même qu'on n'observe les accès de suffocation. Le diagnostic est encore facile, lorsque le malade se présente avec les symptômes du croup à la seconde période, et que d'autre part l'examen de la gorge fait constater l'existence d'une angine diphtérique nettement caractérisée.

Il n'en est plus de même lorsque l'angine fait défaut, soit parce qu'elle a déjà pris fin, ce qui n'est pas absolument rare, soit parce qu'elle n'a jamais existé, la localisation laryngée étant la première en date (*croup d'emblée*). L'expectoration de fragments de fausses membranes est alors un signe positif, d'une valeur absolue; il doit toujours être recherché avec grand soin et, dans les cas douteux, tous les produits rendus par le malade devront être conservés pour être soumis à l'examen du médecin; mais ce signe manque souvent, et son absence ne suffit jamais à éloigner l'idée de diphtérie.

Plusieurs maladies peuvent, dans ces conditions, prêter à confusion. En tête se place la *laryngite striduleuse* ou *faux croup*, maladie fréquente chez les jeunes enfants et qui se manifeste, comme le croup, par une dyspnée intense, avec tirage, et des accès de suffocation; c'est tout d'un coup, généralement la nuit, entre 10 heures du soir et 2 heures du matin, que survient le premier accès, lequel d'ailleurs reste souvent unique; il dure quelques minutes, puis souvent disparaît en laissant l'enfant dans un état de calme complet et définitif. D'autres fois, on observe encore dans le courant de la nuit à une heure ou deux heures d'intervalle, un ou deux autres accès, mais qui sont ordinairement de moins en moins intenses. Au matin, l'enfant se réveille, sans conserver de l'alerte de la nuit autre chose qu'un peu de raucité de la voix; il est légèrement enrhumé.

Dans quelques cas cependant<sup>1</sup>, les accès se répètent et surtout l'oppression persiste dans leur intervalle, avec un tirage permanent et régulier si violent, que parfois la trachéotomie ou le tubage peuvent devenir nécessaires. C'est alors surtout que le diagnostic avec le croup peut être difficile; il est cependant possible dans la plupart des cas, par l'examen comparé des différents symptômes concomitants.

Dans la laryngite striduleuse, le début a lieu surtout la nuit, beaucoup plus rarement le jour, mais surtout il est absolument brusque; la maladie est même sous ce rapport beaucoup plus effrayante que le croup. En outre la toux est rauque, éclatante, aboyante, tandis que dans le croup elle est toujours plus ou moins enrrouée, sourde et de plus ordinairement moins fréquente. La voix dans la laryngite striduleuse est tout au plus un peu altérée; elle peut, il est vrai, rester claire dans le croup, même à une période

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

assez avancée; mais lorsqu'elle devient véritablement sourde, éteinte, l'idée de laryngite striduleuse doit être à peu près complètement écartée. Enfin, dans les cas où l'on conserverait quelques doutes, ils seront levés par l'examen bactériologique; ajoutons cependant que, s'il est négatif, cet examen devra être répété, les cultures faites avec le mucus de la gorge pouvant être négatives dans les cas de croup.

L'importance de la laryngite striduleuse a été très réduite dans ces dernières années et certains auteurs, en particulier des laryngologistes, ont dit que souvent on rattachait sans raison à cette origine des accès de *spasme glottique* survenant chez des enfants nerveux et lymphatiques atteints de végétations adénoïdes du naso-pharynx, ou encore des accès spasmodiques dus à une adénopathie trachéo-bronchique passagère. Bien que la laryngite striduleuse, telle que l'ont décrite Home, Trousseau et, après lui, tous les auteurs classiques, nous paraisse jouer le rôle le plus important dans les accès de suffocation simulant le croup, nous ne faisons aucune difficulté d'admettre l'existence de cette variété de spasme glottique; nous croyons même qu'elle n'est pas très rare, mais nous pensons qu'en raison de leur caractère fuyace, et en tenant compte aussi de l'absence de tout autre symptôme, ces accès seront rarement confondus avec ceux du croup.

Le spasme glottique d'origine *hystérique*, les congestions laryngées survenant à l'occasion d'une poussée d'*urticaire* peuvent donner lieu à des symptômes plus ou moins analogues à ceux du croup; ce sont des cas absolument exceptionnels.

La *laryngite aiguë sous-glottique* peut être, dans sa forme grave, confondue avec le croup; elle en sera différenciée par sa marche, qui est ordinairement moins rapide, et aussi par l'examen bactériologique.

L'*œdème de la glotte* est généralement en rapport avec une anasarque ou avec une affection chronique du larynx. En dehors de ces conditions étiologiques, on pourra avoir quelque peine à faire le diagnostic avec le croup, autrement que par l'examen bactériologique.

Les *abcès rétro-pharyngiens* produisent une dyspnée surtout continue, et donnent lieu à une respiration bruyante avec un cornage spécial comparé par Labric au cri du canard; le doigt, porté dans le pharynx, permet généralement de constater l'existence de l'abcès.

La *syphilis héréditaire* produit quelquefois des manifestations laryngées qui peuvent se traduire par des symptômes assez analogues à ceux du croup; nous avons publié autrefois plusieurs observations relatives à des enfants qui avaient été envoyés à l'hôpital avec ce diagnostic de diphtérie. L'âge des petits malades, l'existence de signes de syphilis sont pour le diagnostic des éléments importants, auxquels s'ajoutent les renseignements fournis par l'examen bactériologique.

Les *polypes du larynx* se développent plus ou moins lentement, mais peuvent ne donner lieu d'abord à aucun symptôme, puis se révèlent quelquefois subitement par un accès de suffocation. Touchard rapporte l'observation d'un enfant qui, à deux reprises différentes, fut conduit à l'hôpital Trousseau et admis au pavillon de la diphtérie, où il subit les deux fois la



trachéotomie; après la mort, causée plus tard par une broncho-pneumonie, on constata sur les cordes vocales l'existence de végétations polypiformes.

Pour les *corps étrangers du larynx*, on s'en rapporte habituellement aux commémoratifs; mais ils peuvent faire défaut. En dehors de l'examen bactériologique, il est alors très difficile de faire le diagnostic avec le croup. Nous en avons eu un exemple il y a quelques années chez une petite fille qui entra à l'hôpital après avoir subi trois injections de sérum antidiphthérique; elle paraissait atteinte de croup primitif; mais le tubage n'ayant pas calmé la dyspnée, on fit la trachéotomie qui amena l'expulsion d'un fragment de coquille de noisette. Nous eûmes alors l'explication d'un bruit particulier que nous avions, avant l'opération, perçu à l'auscultation de la poitrine: c'était une sorte de bruit strident, véritablement serratique, dont nous n'avions jamais trouvé l'analogue dans les cas de croup. L'existence de ce signe, produit évidemment par le passage de l'air sur le corps étranger, pourrait peut-être fournir quelques indices dans un autre cas semblable.

Nous laissons de côté le diagnostic du croup avec la *bronchite capillaire* et la *broncho-pneumonie* qui pourraient, dit-on, être la source d'erreurs de diagnostic. Les caractères de la dyspnée sont différents, et les symptômes laryngés font défaut.

Quant à la *distinction entre le croup diphthérique et les autres laryngites pseudo-membraneuses dues à des microbes différents* et analogues aux angines pseudo-diphthériques, elle est cliniquement impossible, les symptômes étant absolument identiques dans les deux cas; là, plus que jamais, l'examen bactériologique est de rigueur.

**Diagnostic de la diphthérie nasale.** — Lorsqu'elle accompagne l'angine, elle se reconnaît facilement à l'obstruction des narines et, dans la forme infectieuse, au jetage si caractéristique; mais, dans les cas où elle est primitive, elle reste souvent méconnue. Cependant, comme l'a fait remarquer Bretonneau, on pourra éviter l'erreur si, en présence d'un enclignement insignifiant en apparence, on prend la peine de rechercher l'état des ganglions; lorsque l'examen révèle une tuméfaction ganglionnaire et que l'on constate du même côté une rougeur de la lèvre supérieure au-dessous de la narine, on peut affirmer l'existence d'une diphthérie; car, dans le coryza simple, les ganglions ne sont pas tuméfiés, et la peau est rougie sous chaque narine également. L'examen bactériologique vient ensuite confirmer le diagnostic.

**Diagnostic de la diphthérie buccale.** — On ne confondra la diphthérie buccale ni avec le *muguet*, qui forme des concrétions grumeleuses, d'un blanc de lait, peu adhérentes à la muqueuse, ni avec les *aphtes isolés* qui consistent dans un exsudat reposant sur une petite ulcération arrondie, taillée à pic et très douloureuse. D'autre part, on a décrit sous le nom de *stomatite aphteuse* une maladie qui paraît surtout fréquente en Hollande, et qui se caractérise par une fièvre intense et par l'apparition dans la bouche de plaques semblant formées par l'agglomération d'aphtes confluents. Le diagnostic en est facile. La *gangrène de la bouche* offre aussi des caractères très particuliers qui ne permettent pas de la confondre avec la diphthérie.

Quant à la *stomatite ulcéro-membraneuse*, elle se distingue par l'existence d'ulcérations recouvertes d'une bouillie grisâtre, comme plâtreuse, d'une fétidité toute spéciale et qui occupent spécialement les gencives et les joues, ordinairement d'un seul côté.

La *stomatite staphylococcique* ou *impétigineuse* ressemble plus à la diphthérie; elle s'en distingue cependant en ce que les plaques membraneuses débutent en général sur les lèvres et spécialement sur la lèvre inférieure à droite et à gauche de la ligne médiane; elles se cantonnent souvent en ce point ou à la face postérieure de la lèvre inférieure, tandis que les fausses membranes de la diphthérie occupent plutôt les commissures des lèvres, et s'étendent plus souvent vers la muqueuse buccale. Les plaques impétigineuses sont plus adhérentes, font corps avec la muqueuse, qui saigne dès qu'on cherche à les enlever. Dans tous ces cas d'ailleurs, l'examen bactériologique vient confirmer le diagnostic.

**Diagnostic de la diphthérie ano-génitale.** — Il est facile; on a cependant signalé la confusion possible avec l'herpès ulcéré ou la gangrène. Avec un peu d'attention on évitera l'erreur.

Si l'on résume les propositions qui viennent d'être formulées soit à propos de l'angine, soit à propos du croup et plus généralement d'une localisation quelconque de la diphthérie, on arrive à cette conclusion que, si l'examen clinique permet souvent d'affirmer la nature de la maladie, dans d'autres cas, il ne donne que des probabilités; ces probabilités peuvent être très grandes, approcher presque de la certitude, mais le plus ordinairement elles doivent être contrôlées par l'examen bactériologique.

Quelques médecins ont cru devoir protester contre l'importance que tendrait à prendre la bactériologie dans la médecine. Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu de s'en préoccuper et nous estimons que la clinique ne perd jamais ses droits, aussi bien pour ce qui concerne le diagnostic que pour le traitement. Dans l'espèce, la bactériologie nous fournit un nouvel élément de diagnostic; nous devons l'utiliser, comme nous tirons parti des renseignements que nous donne la chimie par l'analyse des urines. Lorsqu'un médecin croit trouver chez un malade les signes d'un diabète ou d'une albuminurie, il a besoin, pour affirmer son diagnostic, de savoir si les urines contiennent du sucre ou de l'albumine, et de même lorsqu'il supposera une diphthérie, il sera heureux de pouvoir s'appuyer sur la preuve matérielle de la présence ou de l'absence du bacille de Lœffler. Mais cela ne veut pas dire, encore une fois, que l'examen bactériologique doive supplanter la clinique: pour que l'on soit autorisé à prononcer le mot de *diphthérie*, il ne suffit pas que l'on ait rencontré dans la gorge d'un individu quelconque des bacilles de Lœffler; il faut aussi que cet individu soit malade et présente des symptômes pouvant être rapportés à la diphthérie.

**Diagnostic bactériologique.** — Le diagnostic bactériologique de la diphthérie peut se faire instantanément si on se contente d'examiner les fausses membranes; mais cette méthode très rapide n'est pas toujours sûre, le plus souvent on demande le diagnostic à l'ensemencement sur sérum. Nous allons étudier séparément les deux procédés.



**Examen des fausses membranes.** — Supposons, tout d'abord, le cas où une fausse membrane a été détachée ou s'est détachée d'elle-même. Dès qu'on est en possession de cette fausse membrane, il faut l'envelopper dans du taffetas gommé. Assurément, il serait préférable de l'enfermer dans un tube de verre préalablement flambé, mais, dans l'immense majorité des cas, le praticien n'a pas un tube stérilisé à sa disposition immédiate et il peut toujours avoir sous la main un morceau de taffetas gommé. Cela suffit; pour plus de sûreté on peut passer ce taffetas à l'eau bouillante avant d'y enfermer la fausse membrane, bien que cette précaution ne soit pas indispensable. Il ne faut donc pas, comme cela arrive très souvent, plonger la fausse membrane dans des liquides (eau, alcool, glycérine). Il faut également éviter de l'introduire dans des flacons ayant contenu des essences. Les essences, en effet, sont souvent antiseptiques, elles pourraient donc empêcher ou, tout au moins, gêner le développement des cultures des bacilles diphtériques, cultures indispensables pour la sûreté du diagnostic bactériologique.

Si l'on ne doit pas faire personnellement cet examen bactériologique, il faut enrouler sur lui-même le taffetas contenant la fausse membrane pour le placer ensuite dans un tube de verre à essai, bouché avec du coton, tube qu'on expédie ensuite au laboratoire où doit se faire l'examen. Dans ces conditions, bien faciles à réaliser, l'expédition et le transport des fausses membranes ne présentent aucun danger de diffusion et de contagion.

Mais voyons comment on peut faire soi-même l'examen. Avec une pince à dissection saisissons une parcelle de la fausse membrane, essuyons-la soigneusement sur du papier buvard, en tamponnant, de façon à lui enlever de son humidité. Pendant cette manœuvre, la parcelle de fausse membrane ne doit pas quitter les mors de la pince. La tenant toujours ainsi, promenons-la à la surface d'une lamelle de verre bien propre. On fait un « frottis » peu épais, qu'on laisse bien sécher, ce qui ne demande pas plus de quelques minutes. Ce dessèchement une fois obtenu, il faut fixer sur la lamelle de verre ce détrit, ce « frottis » de fausse membrane. Divers procédés sont mis en usage dans les laboratoires pour opérer cette fixation. Indiquons le plus simple. Il consiste tout uniment à passer rapidement la lamelle trois fois sur la flamme d'une lampe à alcool.

La préparation peut maintenant être colorée. Deux procédés sont employés : la coloration simple, et la méthode de Gram<sup>1</sup>.

(<sup>1</sup>) Parlons d'abord de la coloration simple. Pour colorer de la sorte une préparation, il faut laisser tomber sur la lamelle, à l'aide d'un compte-gouttes, deux à trois gouttes d'une solution appelée bleu composé ou encore bleu de Roux et dont voici la formule :

SOLUTION A		SOLUTION B	
Violet de dahlia . . . . .	1 gramme.	Vert de méthyle . . . . .	1 gramme.
Alcool à 90° . . . . .	10 grammes.	Alcool à 90° . . . . .	10 grammes.
Eau distillée . . . . .	90 —	Eau distillée . . . . .	90 —

Le bleu composé s'obtient par le mélange d'un tiers de la solution A et des deux tiers de la solution B. Deux ou trois gouttes de ce bleu composé, laissées en contact pendant une minute avec la fausse membrane étalée sur la lamelle, suffisent pour colorer les microbes. Il faut maintenant enlever l'excès de matière colorante qui se trouve sur la lamelle. On le fait en plongeant pendant quelques secondes cette lamelle dans un verre rempli d'eau ordinaire. On la place ensuite sur une lame de verre, lame porte-objet. On enlève l'excès d'eau résultant de la manœuvre ci-dessus avec du papier buvard, ou avec un linge fin, et tout est prêt pour l'examen de la préparation au microscope. Pour cet examen, il faut, autant que possible, employer un objectif à immersion.

Dans la moitié des cas environ les bacilles diphtériques sont tellement nombreux que le diagnostic s'impose. Dans d'autres cas, au contraire, ils sont peu nombreux, mais ils se groupent d'une façon tellement caractéristique que, lorsqu'on a pratiqué un certain nombre de fois cette sorte d'examen, il est vraiment impossible de se tromper. Voici quelles sont les formes et les dispositions caractéristiques les plus fréquentes de ces bacilles diphtériques. Les bacilles diphtériques se présentent dans les fausses membranes sous formes de bâtonnets plus longs que larges, légèrement renflés à leurs extrémités et posés par groupes de trois ou quatre. Ils sont ordinairement rangés parallèlement les uns à côté des autres; parfois, au contraire, ils sont placés bout à bout, mais alors les corps de deux bacilles ne se trouvent pas ordinairement dans le prolongement l'un de l'autre; en d'autres termes, ils figurent des accents circonflexes plus ou moins ouverts.

Non seulement la méthode de coloration simple décèle le bacille de la diphtérie, elle permet encore, chose extrêmement importante pour le pronostic, de voir si ce bacille est seul ou associé à d'autres microbes, et, dans cette dernière hypothèse, quelles sont la nature et les quantités de ces microbes associés. En revanche, cette méthode rapide de la coloration simple a souvent besoin d'être contrôlée par les cultures. En effet, dans certains cas, elle ne montre pas de bacilles diphtériques dans la préparation alors qu'il y en a, cependant, comme le prouveront les cultures. Un autre inconvénient plus sérieux de la méthode de coloration simple est le suivant : Pour elle, tous les bacilles, quels qu'ils soient, sont colorés, bien que, cependant, le bleu composé se fixe plus spécialement sur les bacilles diphtériques.

Pour ces motifs, il est bon d'employer la coloration par la méthode de Gram<sup>1</sup> qui tranche la difficulté en partie, mais il est indispensable de recourir aux cultures si on veut avoir un diagnostic certain. Ajoutons à cela que les cultures s'imposent, en dehors de toute autre considération, dans le cas où on n'a pas de fausses membranes à sa disposition, cas dont nous dirons un mot ultérieurement.

**Cultures du bacille de la diphtérie.** — Il faut que tout médecin sache cultiver le bacille de la diphtérie. A la rigueur, on peut se limiter à cela, surtout si on n'a ni le temps ni les moyens de faire l'examen microscopique de la fausse membrane. Pour cultiver le bacille de la diphtérie, il suffit d'avoir deux tubes de sérum coagulé et un fil de fer aplati en forme de spatule à l'une de ses extrémités (fil-spatule).

Après avoir stérilisé à la flamme d'alcool l'extrémité aplatie en forme de spatule du fil de fer ou de platine dont nous avons parlé précédemment — fil-spatule — et l'avoir laissé refroidir, on touche la fausse membrane avec les bords de la spatule. Celle-ci ainsi chargée, on la promène à la surface d'un des tubes de sérum, de façon à couvrir cette surface de traînées parallèles d'ensemencement, faites toujours dans le même sens. En d'autres

(<sup>1</sup>) Dans la pratique on se sert simplement du violet de gentiane aniliné; on colore d'abord la préparation, on lave à l'eau; avec le microscope on voit alors tous les microbes colorés en violet; puis sur la même préparation on colore par la méthode de Gram, c'est-à-dire qu'après le violet de gentiane on ajoute la liqueur de Gram et finalement on passe la préparation à l'alcool absolu; de cette façon avec un seul frottis on fait les deux méthodes.



termes, on trace ces lignes d'ensemencement comme on règle une feuille de papier. La seule différence est qu'il faut serrer les lignes le plus possible pour bien couvrir la surface du sérum. Procédons de même pour le second tube, mais sans essuyer ni charger à nouveau le fil-spatule sur la fausse membrane. Ce second tube donnera ainsi des colonies moins serrées. Les deux tubes sont alors placés dans une étuve à 37° où ils devront séjourner vingt-quatre heures.

Si nous n'avons pas de fausse membrane à notre disposition et si, cependant, on craint la diphtérie, dans le cas de croup d'emblée par exemple, alors, avec le fil-spatule stérilisé préalablement à la lampe, puis refroidi à l'air, on touche la muqueuse du pilier postérieur, le plus près possible du larynx, et on ensemence ensuite deux tubes de sérum comme dans le cas précédent. Après vingt-quatre heures de séjour des tubes à l'étuve, si l'ensemencement a été fait convenablement et si le sérum employé était tel qu'il doit être, on a toujours un diagnostic certain<sup>1</sup>. En effet, s'il n'y a pas de colonies à la surface des tubes, on peut, sans avoir besoin de recourir au microscope, affirmer qu'il n'y a pas diphtérie. S'il y a diphtérie, alors on voit à l'œil nu, à la surface des tubes, des colonies d'un blanc grisâtre, arrondies, de contours réguliers. Si on les regarde par transparence, c'est-à-dire en interposant le tube entre les yeux et la lumière, elles sont plus opaques à leur centre. Ces colonies diphtériques se montrent parfois après quatorze ou quinze heures de séjour des tubes à l'étuve; il ne faut jamais les laisser plus de trente-six heures, car, passé ce délai, d'autres microbes commencent à pulluler et rendent le diagnostic bactériologique plus compliqué.

A la vérité, quelques autres cocci donnent, après vingt-quatre heures de séjour à l'étuve, des colonies qui ressemblent un peu à celles de la diphtérie. Signalons notamment les colonies formées par le petit coccus que nous avons (Roux, Yersin, L. Martin) appelé coccus Brisou, du nom de l'enfant chez lequel nous l'avons découvert. Entre parenthèses, cet enfant égara le diagnostic clinique à tel point que le petit malade fut amené sept fois au pavillon de la diphtérie pour une diphtérie qu'il n'avait pas. Bien qu'elles aient une certaine ressemblance avec les colonies du bacille diphtérique, les colonies du coccus Brisou s'en distinguent en ce que leur surface est plus humide. En outre, si nous les regardons par transparence, elles paraissent translucides, parce que leur centre n'est pas plus épais que leurs bords, à l'inverse des colonies diphtériques qui sont opaques. Avec un peu d'habitude on arrive facilement à distinguer, à l'œil nu, les colonies formées par ces cocci des vraies colonies diphtériques. Au surplus, l'examen microscopique, qu'il faut toujours faire, lève les doutes.

**Examen microscopique des colonies diphtériques.** — Entre les mors d'une pince de Cornet on saisit une lamelle de verre bien propre. Sur cette lamelle on dépose une gouttelette d'eau. Cette gouttelette d'eau est destinée à délayer une parcelle de la colonie microbienne à examiner. Avec le fil de platine ou le crochet de verre, enlevons cette parcelle à la surface du tube de

<sup>(1)</sup> Il est très important de faire l'ensemencement avant toute médication antiseptique; un lavage phéniqué par exemple peut empêcher ou retarder la culture et fausser le diagnostic.

sérum pour la porter au centre de la lamelle, au niveau de la particule de goutte d'eau dans laquelle on la délaye. On laisse ensuite sécher à l'air, ce qui ne demande que quelques secondes; après quoi on opère pour la fixation et la coloration exactement comme nous l'avons indiqué à propos de l'examen microscopique des fausses membranes. Voilà donc la préparation sous le champ du microscope. On aperçoit alors le bacille diphtérique, avec les caractères que nous avons indiqués plus haut.

**Des associations microbiennes dans la diphtérie.** — La question des associations a été considérée pendant un certain temps comme une curiosité de laboratoire. Mais depuis le congrès de Budapest, il en est désormais autrement. La connaissance de ces associations est, en effet, indispensable, non seulement pour émettre un bon pronostic, mais encore pour bien appliquer le nouveau traitement par le sérum et en tirer tout ce qu'il peut donner. Quels sont donc les microbes que l'on trouve le plus souvent associés au bacille de la diphtérie, quelles sont leurs formes (en colonies et au microscope)?

Ces microbes sont : le streptocoque, le staphylocoque, le petit coccus Brisou, les coliformes et le pneumocoque, comme nous l'avons déjà indiqué. Expliquons rapidement comment on les distingue les uns des autres et du bacille diphtérique. Le petit coccus Brisou forme des colonies ressemblant un peu à celles de la diphtérie; mais il se présente au microscope sous forme de petits points, isolés ou groupés deux par deux. Le streptocoque, après vingt-quatre heures, donne naissance à un fin pointillé de petites colonies, interposées entre les grosses colonies diphtériques. Au microscope, il apparaît sous forme de points réunis deux par deux ou en courtes chaînettes de quatre à six éléments. Le staphylocoque donne sur sérum des colonies aplaties, diffluentes, irrégulières; elles sont peu développées après vingt-quatre heures, mais se développent rapidement ensuite. Au microscope les staphylocoques sont ronds et présentent des groupements en grappes. Le pneumocoque donne des colonies translucides presque invisibles. Les coliformes se développent surtout après quarante-huit heures et donnent des colonies blanches, diffluentes.

En somme l'examen à l'œil nu permet souvent le diagnostic; celui-ci est d'une simplicité remarquable lorsqu'on regarde les colonies au microscope, si bien que nous voulons terminer ce chapitre en affirmant que, s'il n'est pas nécessaire d'être un chimiste pour rechercher l'albumine dans les urines, de même il n'est pas nécessaire d'être un bactériologiste de profession pour reconnaître le bacille de Klebs-Löffler. Un bon clinicien doit désormais se servir de ce moyen d'investigation qui permet de mieux connaître la maladie.

**Pronostic.** — La diphtérie est toujours une maladie grave, et même dans les cas où elle semble affecter des allures bénignes, le pronostic doit être réservé. En effet, l'angine la plus simple en apparence peut, d'un instant à l'autre et parfois sans qu'aucun symptôme ait permis de le prévoir, subir des modifications importantes qui en changent complètement le caractère et la gravité.

D'une façon générale cependant, l'observation minutieuse du malade fournira, à cet égard, des indications précieuses.