

S'il existe de sérieuses présomptions en faveur de l'existence d'une angine diphtérique (contagion reconnue, aspect des fausses membranes, exsudats d'emblée multiples ou très extensifs, température peu élevée, engorgement ganglionnaire prononcé), on ne doit pas hésiter à pratiquer de suite une première injection de sérum.

Au début d'une scarlatine on sera plus réservé, les angines du début de la scarlatine étant habituellement streptococciques; on sait d'ailleurs que la scarlatine augmente la fréquence des accidents du sérum (Apert et Marfan).

L'angine, la scarlatine étant mise à part, peut avoir les apparences de la diphtérie et cependant être de nature streptococcique. Mais l'erreur que l'on commet en injectant le sérum ne peut avoir de conséquences fâcheuses, tandis que l'abstention pourrait être funeste, si l'angine, au lieu d'être streptococcique, était réellement diphtérique. En résumé donc, *injecter immédiatement le sérum dans tous les cas d'angine d'apparence sérieuse, sans attendre les résultats de l'examen bactériologique.*

Si les difficultés du diagnostic sont relativement faciles à surmonter dans les cas d'angine, il n'en est pas de même dans ceux d'accidents laryngés, surtout quand il s'agit de laryngite primitive; lorsque angine et laryngite sont associées, il s'agit de diphtérie dans l'immense majorité des cas, et l'on doit pratiquer d'emblée l'injection du sérum (ce n'est qu'exceptionnellement que l'on peut observer des angines compliquées de phénomènes laryngés graves dues au streptocoque).

Les accidents laryngés sont-ils primitifs? Le diagnostic avec la laryngite striduleuse est souvent malaisé, quoi qu'on ait dit. Il est des laryngites ayant débuté, comme la laryngite striduleuse, c'est-à-dire brusquement, au milieu de la nuit et accompagnées de toux rauque plutôt qu'éteinte, qui sont néanmoins de nature diphtérique. Il n'est donc pas inutile, en pareil cas, de pratiquer un ensemencement avec les sécrétions laryngées.

Supposons qu'il s'agisse bien d'un croup membraneux, reconnu tel. Il peut s'agir d'un croup diphtérique ou de l'un de ces croups pseudo-diphtériques dont Martin a montré la fréquence (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1892). Dans ce cas il ne faut pas attendre le résultat de l'examen bactériologique en raison de l'intérêt qui s'attache à l'intervention hâtive, si le croup est de nature diphtérique.

D'après ce qui précède, on voit que l'on a de plus en plus tendance, aussi bien dans les angines que dans les laryngites, à pratiquer une injection de sérum, avant tout examen bactériologique, dès qu'il peut y avoir le moindre doute sur la nature de l'accident. Les inconvénients de l'injection, même faite à faux, sont nuls; quant à ses avantages, ils sont trop évidents pour qu'il y ait lieu d'insister.

Les travaux récents nous permettent d'ajouter quelques considérations pratiques à celles qui précèdent. L'angine est, on le sait, la localisation la plus fréquente de la diphtérie, mais il ne faut pas la considérer comme le miroir fidèle de la maladie dans tous les cas, et l'étendue des fausses membranes ne doit pas être le seul élément d'appréciation du médecin en faveur d'une intervention sérothérapique plus ou moins active (Barbier, *Société de thérapeutique*, 25 mai 1898). En effet, le bacille ne siège pas exclusivement dans les fausses

membranes; contrairement à ce que l'on a enseigné jusqu'ici, les bacilles peuvent exister dans les muqueuses et jusqu'aux extrémités de l'arbre bronchique, dans les organes viscéraux et dans les centres nerveux; aussi, dans les angines en apparence peu extensives, faut-il rechercher avec soin les stigmates de l'intoxication, pour proportionner les doses de sérum à employer à l'intensité réelle de cette intoxication. Celle-ci peut faire son apparition tardivement, à une époque où l'angine paraît s'amender et guérir; elle nécessite une nouvelle inoculation que l'angine ne semble plus réclamer. Les stigmates de l'intoxication dont il faut surtout tenir compte, d'après Barbier, sont la faiblesse du pouls, l'augmentation du nombre des pulsations sans élévation parallèle de la température, la faiblesse de la contraction cardiaque avec affaiblissement des bruits; l'abattement, le refroidissement des extrémités; la pâleur et le teint plus ou moins plombé, les vomissements. Ces différents signes constituent une indication à une intervention sérothérapique active, non seulement quand on les observe dès le début, mais encore dans le cours des diphtéries avec angines prolongées, où l'on peut les voir survenir plus ou moins tardivement, souvent comme précurseurs d'une paralysie plus ou moins grave (Barbier).

Nous devons maintenant indiquer les modifications qu'il convient d'apporter au traitement sérothérapique dans le cas de diphtérie associée :

Ainsi que Roux l'a démontré expérimentalement, ainsi que la clinique l'a confirmé, il est nécessaire d'augmenter dans une très grande proportion les doses de sérum antidiphtérique, quand il y a association microbienne. Au début donc le sérum doit être donné à plus fortes doses que dans les cas de diphtérie pure; mais il arrive un moment où le sérum n'a plus son action habituelle sur les fausses membranes; celles-ci ne se détachent plus ou se produisent au fur et à mesure qu'elles se détachent, de plus elles prennent l'aspect grisâtre, molle, des fausses membranes streptococciques. A ce moment le sérum ne peut plus rien sur les fausses membranes dans lesquelles le bacille diphtérique ne joue plus aucun rôle. Il faut alors abandonner le sérum pour lutter contre l'infection streptococcique qui se manifeste par les accidents généraux que nous avons énumérés. Il faut de plus insister sur le traitement local antiseptique dont, suivant Barbier, on a exagéré les inconvénients. Outre les lavages du nez et de la gorge, Barbier préconise surtout les *badigeonnages avec le phénol sulfuriciné phéniqué* (de 20 à 40 pour 100) sans écouvillonnage.

On sait qu'après disparition des fausses membranes, le bacille de Löffler peut persister, parfois pendant un temps fort long, dans la bouche, ce qui explique les contagions tardives observées fréquemment et oblige à prolonger l'isolement. Les lavages de la bouche n'ont qu'une action douteuse; aussi pourra-t-on utiliser avec avantage l'action locale du sérum antidiphtérique, sérum desséché antimicrobien, incorporé dans de la gomme et administré sous forme de pastille (une pastille à prendre d'heure en heure, à raison de 12 par jour). D'après M. Dopter (*Société médicale des hôpitaux*, 51 mars 1905), dans la grande majorité des cas, les pastilles de sérum desséché de Martin assurent la disparition du bacille diphtérique au plus tard en cinq jours.