

contre le croup associé à la rougeole. Plusieurs médecins ont déconseillé le tubage qui serait la cause habituelle des ulcérations et qui est d'ailleurs inutile dans les accidents laryngés prééruptifs : spasme, œdème laryngé morbilleux, ces accidents cédant à la médication antispasmodique. Quant au croup vrai post-rubéolique, il guérit sous l'influence du sérum comme le croup non associé (Netter), à la condition que l'on pratique l'inoculation précoce, sans attendre les résultats de l'examen bactériologique; la trachéotomie est préférable au tubage, si malgré l'injection de sérum, une intervention devient nécessaire. M. Netter n'admet le tubage qu'à la période prééruptive ou dans les croups tardifs quand la rougeole est tout à fait guérie.

Les médecins qui pratiquent le tubage laissent le tube peu longtemps en place pour éviter les ulcérations, dans la mesure du possible (Sevestre). Les laryngites suffocantes du début de la rougeole que Rilliet et Barthez, Coyne, Touchard, Sevestre et Bonnus ont étudiées et qui se traduisent soit par des accès de laryngite striduleuse, soit par une dyspnée paroxystique avec tirage persistant plus ou moins intense dans l'intervalle des accès, peuvent nécessiter par leur intensité une intervention immédiate et M. Sevestre préfère, dans ces cas, le tubage à la trachéotomie. Il est à remarquer que les résultats du tubage, quand il n'y a pas de fausses membranes, sont moins favorables, les fausses membranes constituant une protection pour la muqueuse.

En somme, l'opinion généralement admise aujourd'hui est que la laryngite suffocante au cours de la rougeole est le plus souvent de nature diphtérique, que le bacille court peut la déterminer sans donner lieu à la production de fausses membranes, que les bacilles moyens ou longs produisent au contraire les exsudats pseudo-membraneux; que, dans tous les cas, l'isolement rigoureux dans les milieux hospitaliers et la sérothérapie doivent rendre de plus en plus rares les croups rubéoliques; que le tubage bien fait et employé avec prudence (24 à 48 heures au plus) n'expose pas particulièrement aux ulcérations qui peuvent d'ailleurs survenir spontanément ainsi que dans la diphtérie non associée; que la trachéotomie s'imposera seulement en cas d'échec d'un second tubage.

Diphtérie et scarlatine. — Les angines tardives de la scarlatine sont bien d'origine diphtérique, mais dues à une diphtérie surajoutée, due à la contagion. Il est donc possible de les éviter par l'isolement et aussi par la sérothérapie préventive. Quant à leur traitement, il ne diffère pas de celui des angines diphtériques primitives.

Diphtérie et streptococcie. — Il a déjà été question des infections secondaires streptococciques donnant lieu à des accidents locaux : adénites suppurées, ulcérations pharyngées, etc. Mais, d'autre part, la streptococcie s'associe intimement à la diphtérie, dès le début, pour donner lieu à des accidents généraux de la plus grande gravité, qui modifient notablement l'aspect clinique habituel.

On distingue une forme septicémique suraiguë caractérisée par l'évolution rapide, le début brusque avec élévation considérable de température, prostration extrême, petitesse du pouls.... Dans d'autres cas la diphtérie apparaît avec ses caractères habituels et ne revêt la forme hypertoxique qu'au bout de deux

ou trois jours; c'est dans ces cas que l'on observe le cou proconsulaire, la tendance à la gangrène, aux hémorragies, la pâleur extrême du visage, le refroidissement des extrémités, le collapsus. La mort subite en est la terminaison fréquente.

Ce sont ces formes associées de la diphtérie qui contribuent pour une large part à maintenir à un taux relativement élevé la mortalité de la diphtérie. En effet le sérum, même à doses intensives, est le plus souvent impuissant; cependant il ne faut pas hésiter à l'employer *larga manu*. D'autre part on aura recours aux injections de sérum artificiel à hautes doses, de caféine, d'huile camphrée.

VI. — Traitement préventif et prophylaxie.

La diphtérie est une maladie dont la contagion est démontrée par de trop nombreux exemples, dont quelques-uns tristement célèbres, mais qui fort heureusement est évitable, lorsqu'on utilise toutes les ressources prophylactiques.

La contagion peut être immédiate et directe; elle peut se produire, dans ces conditions, par le baiser, le contact, l'expulsion de fausses membranes ou de salive projetées dans la bouche, au niveau des conjonctives. Les malades atteints d'angine légère et dont la nature est fréquemment méconnue (angines ambulatoires) sont des agents actifs de transmission. Le plus souvent la contagion est médiate et indirecte; elle se fait par les objets (vêtements, jouets, cuillères, etc.), qui ont été en contact avec le malade. Elle se fait encore dans les appartements mal désinfectés, dans les voitures publiques (qui ont transporté des malades dans un hôpital, par exemple). Le médecin ou toute autre personne, ayant approché un diphtérique, peuvent transmettre la maladie à une autre personne, par le moyen des vêtements, sans être atteints eux-mêmes de la maladie.

Les ressources prophylactiques consistent dans :

L'isolement;

La désinfection (du médecin, de l'entourage, des objets et des locaux);

La sérothérapie préventive.

Isolement. — L'isolement est surtout facile à réaliser dans les milieux aisés où l'on dispose de plusieurs pièces et où l'une d'elles peut être réservée au malade, sans que l'on soit obligé d'y passer sans cesse pour se rendre dans le reste de l'appartement. Dans cette pièce il est nécessaire d'enlever, dès le début, les rideaux, les tentures, les tapis.

Dans les collectivités, c'est-à-dire principalement dans les hôpitaux, l'isolement n'a pu être réalisé qu'après de longs efforts et n'est pas toujours parfait. On isole d'une part, les suspects ou douteux; d'autre part, les malades atteints de diphtérie confirmée. Parmi ceux-ci on établit encore des catégories; ceux qui sont atteints de broncho-pneumonie doivent être rigoureusement séparés des autres. L'utilité de ces mesures est surabondamment prouvée par les statistiques hospitalières.

Une question des plus importantes est celle de la durée de l'isolement. Combien de temps après la disparition des phénomènes généraux et la chute des fausses membranes doit-on prolonger l'isolement? On sait aujourd'hui que le