

Le pronostic sera relativement bénin, si les *fausses membranes* occupent seulement les amygdales, si elles se présentent sous forme de plaques discrètes, peu saillantes, blanches ou à peine grisâtres, isolées ou bien limitées par des contours nets; il sera plus sévère, si elles tendent à se réunir par des traînées allant de l'une à l'autre, et surtout si elles débordent des amygdales pour envahir le reste de la gorge; il sera plus grave encore, si les fausses membranes présentent une teinte grise ou jaunâtre plus ou moins foncée; si elles sont épaisses, rugueuses, à contours mal définis et irréguliers; la tuméfaction de la muqueuse et des amygdales est un signe de mauvais augure. Un autre signe particulièrement grave consiste dans la tuméfaction des ganglions, surtout lorsqu'elle coexiste avec une infiltration diffuse périphérique (cou proconsulaire).

La *fièvre* au début n'a pas grande signification; plus tard sa persistance ou sa réapparition, surtout si la courbe thermique est irrégulière, indiqueront une forme grave. Les modifications du *pouls*, spécialement au point de vue du rythme et de la force des battements, fourniront sur l'état du cœur lui-même des indications importantes; aussi devra-t-on toujours surveiller avec le plus grand soin l'état du pouls, pendant tout le cours de la maladie. L'examen des *urines* ne doit pas être négligé. L'albuminurie, pour peu qu'elle soit importante, aggrave le pronostic, car elle se relie en général à l'intoxication de l'organisme; la diminution de quantité des urines n'est guère moins fâcheuse, et inversement une diurèse abondante est un signe favorable.

La conservation de l'appétit et des *fonctions digestives* est une circonstance heureuse; par contre les vomissements et la diarrhée indiquent un état grave. L'apparition des vomissements est un symptôme particulièrement fâcheux, lorsqu'ils coïncident avec des troubles cardiaques d'origine bulbaire. On tiendra grand compte aussi des modifications de l'état général, de la dépression plus ou moins grande des forces, des altérations du facies et même jusqu'à un certain point de l'expression de la physionomie, la tristesse étant presque toujours, chez un enfant malade, un signe de mauvais augure. La *paralysie* est une condition défavorable: en dehors de ce fait qu'elle dénote l'intoxication de l'organisme, elle peut être par elle-même une cause de mort, soit par suite de troubles de la déglutition, soit par le fait d'accidents cardio-pulmonaires. Enfin, les exanthèmes et surtout les hémorragies, les complications broncho-pulmonaires, les accidents septiques, aggravent toujours le pronostic.

L'extension et même la généralisation des fausses membranes à des organes plus ou moins éloignés n'indiquent pas forcément une forme toxique; cependant l'intoxication aura naturellement d'autant plus de chances de se produire que les foyers de culture seront plus nombreux.

L'*envahissement du larynx* offre en lui-même, et par suite de l'obstruction des voies aériennes, une cause de danger spécial: bien que la mort puisse survenir dans un accès de suffocation isolé, le pronostic est particulièrement grave lorsqu'on voit apparaître la dyspnée continue et l'asphyxie blanche avec anesthésie, faiblesse et irrégularité du pouls, etc. Même au début, il doit toujours être réservé, et cela surtout dans les cas où le croup

se complique de bronchite pseudo-membraneuse ou de broncho-pneumonie.

La *diphthérie nasale*, même dans sa forme la plus atténuée, est toujours d'un pronostic fâcheux; car, alors même qu'elle ne se révèle encore que par des signes incertains, elle a pu déterminer déjà une intoxication profonde.

Les résultats de l'*examen bactériologique* entreront aussi en ligne de compte; le pronostic varie notablement en effet, suivant que les cultures poussent plus ou moins vite et fournissent des colonies plus ou moins riches, suivant que les bacilles sont plus ou moins longs, suivant qu'il s'agit d'une diphthérie pure ou associée.

En dehors de ces renseignements fournis par l'examen du malade lui-même, on fera intervenir, dans l'appréciation du pronostic, l'*âge de la maladie* ou en d'autres termes la date probable de son début; car le traitement aura d'autant plus de chances de succès qu'il aura pu être commencé à une époque plus rapprochée de ce moment. On tiendra compte également de la marche plus ou moins rapide de la maladie, sans oublier pourtant que l'évolution de la diphthérie est fort irrégulière.

La question de l'*âge du malade* a son importance: chez les enfants, la diphthérie est d'autant plus meurtrière que le malade est plus jeune, et par contre, chez les adultes et les vieillards, elle est plus sévère que chez les adolescents. Dans un cas comme dans l'autre, la raison en est simple: la diphthérie, maladie déprimante par excellence, exige du malade une force de résistance qui ne se rencontre pas toujours chez les enfants trop jeunes ou chez les individus fatigués par l'âge.

Pour des raisons analogues, la diphthérie est toujours plus grave lorsqu'elle survient chez des individus débilités par une cause quelconque, fatigues physiques ou intellectuelles, influences morales, etc. Quant à la *diphthérie secondaire*, dont le pronostic est toujours grave, la question est complexe; car il faut tenir compte aussi dans ce cas des associations microbiennes.

Le pronostic de la diphthérie varie suivant les saisons et suivant les climats: plus grave en hiver et au printemps, elle devient moins sévère en été et surtout en automne; elle est particulièrement grave dans les climats froids et humides, dans les quartiers pauvres des grandes villes.

Enfin, certaines épidémies sont beaucoup plus meurtrières que d'autres. Les anciens, qui avaient observé ce fait, l'expliquaient par le *génie épidémique*; la bactériologie a montré que ces variations tenaient à des différences dans la nature et la virulence du bacille, modifiées d'ailleurs plus ou moins par les associations microbiennes. Dans une épidémie cependant, tous les malades ne sont pas atteints de même et certains auront une forme bénigne alors que, dans l'ensemble, l'épidémie présentera les caractères de la malignité: c'est que, en effet, le microbe n'est pas tout et à côté de lui, ou plutôt en face de lui, il faut tenir compte aussi de l'individu qui réagit d'une façon personnelle et qui fait, en quelque sorte, sa diphthérie. Il y a là une série de conditions dont l'étude serait fort intéressante, mais que nous devons nous borner à signaler.

Prophylaxie. — La prophylaxie de la diphthérie découle naturellement des données étiologiques de cette maladie. Nous avons vu que le microbe

était nécessaire pour produire la maladie, le premier soin doit être d'empêcher le microbe de se propager. Il faut en premier lieu isoler les malades qui ont la diphtérie, et désinfecter soigneusement les eaux de lavage, les fausses membranes, les linges, les pinceaux qui leur servent. Le bacille diphtérique ne résistant pas aux températures élevées, il suffira de faire bouillir tous les objets qui peuvent le contenir, mais il faut une ébullition prolongée qui devra durer au moins un quart d'heure¹.

Dans les milieux hospitaliers on commence à faire de l'antisepsie médicale, c'est-à-dire que les linges sont plongés dans des solutions antiseptiques, eau phéniquée à 2 pour 100, solution de crésyline à 2 pour 100; de même la cuiller, les abaisse-langue ne sortent plus des mains des infirmières et surtout n'y retournent plus après l'examen du malade; en ville il faut en faire autant. Voici le procédé que nous croyons le plus simple : chaque enfant doit avoir à la tête de son lit ou dans son voisinage une cuiller enveloppée dans une compresse stérilisée. Lorsqu'on veut faire l'examen, on prend la cuiller par la grosse extrémité sans toucher au manche qui sert à abaisser la langue, et sitôt après l'examen on la plonge dans une cuvette contenant de l'eau phéniquée à 5 pour 100; la visite terminée, on fait bouillir toutes les cuillers dans l'eau phéniquée; dès lors la désinfection est complète. Il ne suffit pas de désinfecter tout ce qui a touché au malade, il faut encore que les personnes qui approchent l'enfant évitent soigneusement le contact des objets souillés et surtout n'oublient pas de désinfecter leur personne et leurs vêtements; les lavages au sublimé au millième sont indiqués pour la désinfection des mains et du visage, et les blouses qui sont à l'entrée du pavillon protègent les effets; cette précaution devrait s'étendre en ville pour les gardes-malades comme pour les médecins.

Enfin on devra après la maladie brûler tous les jouets ou livres qui ont servi à l'enfant, passer à l'étuve à vapeur à 115° toute la lingerie, toute la literie, toutes les tentures. La pièce entièrement dégarnie sera désinfectée au soufre ou à l'aldéhyde formique², mais au préalable, avant de faire cette désinfection, on devra, avec un linge imbibé d'une solution de sublimé au millième, enlever les poussières qui garnissent le dessus des meubles ou des plinthes, puis on passera le torchon très humide, toujours passé dans le sublimé, sur tout le parquet; le sublimé agira par lui-même, commencera la désinfection, mais en plus, dans cette atmosphère humide, la désinfection par le soufre sera plus efficace.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un cas de diphtérie, on doit toujours se demander quelle est l'origine de la contagion et, pour conduire à bien son enquête, il faut d'abord rechercher s'il existe des cas dans l'entourage ou s'il y en a eu. Cette enquête peut permettre d'éviter d'autres contagions. Il faut bien savoir aussi que les rhinites pseudo-membraneuses chroniques³ peuvent

⁽¹⁾ L'expérience a montré que dans les fausses membranes desséchées le bacille peut se conserver vivant pendant des années; il faut en conséquence prendre les plus grandes précautions pour éviter les projections de fausses membranes.

⁽²⁾ Voir les *Annales de l'Institut Pasteur*, août et septembre 1896.

⁽³⁾ GLATARD. *Thèse de Paris*, 1902.

produire la diphtérie, que les anciens malades gardent très longtemps le bacille dans la bouche.

Autre question qui ne peut du reste recevoir une solution unique. Un enfant tombe malade, il se trouve en rapport avec d'autres camarades; quelle conduite doit-on tenir? 1° Il faut isoler le malade; 2° Il faut surveiller les *enfants suspects*, c'est-à-dire tous les enfants qui de près ou de loin ont approché le malade. Pour les enfants qui savent montrer la gorge⁴, nous pensons qu'un examen de la gorge matin et soir permettra toujours de prévenir une diphtérie; au moindre point blanc, si on ne peut pas faire une culture, on inoculera du sérum antidiphtérique. Pour les tout jeunes enfants l'examen de la gorge est difficile, mais il faut essayer de le pratiquer et aussi surveiller les ganglions cervicaux, au moindre engorgement faire malgré toutes les difficultés un examen de la gorge, injecter le sérum s'il y a un point blanc, pratiquer une surveillance attentive s'il existe de la simple rougeur.

Dans les cas où le médecin pourra faire l'examen bactériologique avec ensemencement sur sérum, la prophylaxie sera des plus simples. A l'hôpital, le plus simple est d'imiter ce que fait M. Hutinel aux Enfants-Assistés⁵. Dans les collèges, si le médecin peut se procurer du sérum coagulé, il regardera tous les enfants qui auront été en rapport avec le malade comme suspects, examinera la gorge de tous ces enfants tous les matins tant que durera l'épidémie et fera l'examen bactériologique de tous ceux qui auront la gorge rouge ou les amygdales tuméfiées. A la campagne où les enfants doivent tous venir à l'école, un examen fait tous les matins permettra, par le même procédé, d'éteindre rapidement une épidémie. Après cet examen, pendant la durée de l'épidémie, on pourra renvoyer les enfants dans leur famille. Dans les familles, l'examen bactériologique lèvera rapidement tous les doutes. Prenons maintenant le cas où un premier examen permet de reconnaître que certains enfants ont des bacilles diphtériques dans la gorge. Le premier soin est de les isoler. Pour les grands enfants, le sérum est inutile s'il n'y a pas d'angine, il suffit de prescrire des lavages de la bouche matin et soir à l'eau bouillie. Pour les plus jeunes, le sérum est indiqué rapidement, s'ils sont malades et surtout s'ils ont de l'angine. A plus forte raison s'ils ont un début de laryngite.

Il y a quelquefois des épidémies où la diphtérie se présente avec une marche foudroyante; nous n'avons jamais vu ces cas, nous les croyons très rares; mais, lorsqu'ils existent, que faudrait-il faire? Nous pensons qu'il faudrait inoculer tous les enfants suspects au-dessous de trois ans. De même à la campagne ou dans les familles qui ne peuvent pas voir le médecin fréquemment, nous pensons qu'il faut faire les injections préventives, qu'elles sont indiquées. Les complications du sérum ne sont pas fréquentes chez les tout jeunes enfants; le jeune enfant supporte le sérum bien mieux que l'enfant de trois ans et que l'adulte; au contraire la diphtérie a chez lui une

⁽⁴⁾ Les parents doivent eux-mêmes apprendre à leurs enfants à montrer la gorge; cette bonne habitude est facile à prendre quand l'enfant se porte bien, elle rend aux médecins et aux familles les plus grands services quand l'enfant tombe malade.

⁽⁵⁾ Voir la note qui se trouve à la fin de la prophylaxie.

marche plus rapide. Cette question du sérum préventif s'est surtout posée en Russie et plusieurs médecins s'en sont montrés absolument partisans. En France, M. L. Martin s'en est servi lors de l'épidémie de Privas¹; MM. Guinon et Voisin, lors d'une épidémie de la Salpêtrière, ont pu arrêter l'épidémie par des injections préventives², et M. Netter, dans une communication très documentée, a montré qu'il était de la plus haute importance d'en user largement³. Après un rapport de M. Sevestre⁴ et après discussion, l'Académie de médecine émit l'avis ci-après⁵ :

« 1° Les injections préventives de sérum (à la dose de 5 ou au plus de 10 centimètres cubes) ont une action manifeste; elles produisent l'immunisation chez les enfants exposés à contracter la diphtérie. Elles n'ont jamais donné lieu à des accidents sérieux et produisent tout au plus dans un certain nombre de cas, quelques éruptions passagères, plus rarement encore quelques douleurs articulaires. Malheureusement, la période d'immunisation n'a qu'une durée peu prolongée, trois ou quatre semaines au plus. Dans les cas rares où, malgré l'injection, la diphtérie est survenue, elle était particulièrement bénigne.

« 2° Les injections de sérum sont spécialement indiquées dans les familles où s'est développé un cas de diphtérie, pour préserver de la contagion les autres enfants.

« 3° Les injections préventives sont également indiquées pour les enfants appartenant à une agglomération (école, crèche, salle d'hôpital), dans laquelle a été signalé un cas de diphtérie.

« 4° Même en l'absence d'un cas de diphtérie constatée, elles peuvent être indiquées dans certaines conditions spéciales (services de rougeole, de scarlatine); toutefois pour la rougeole l'action préventive paraît moins certaine; les doses de sérum doivent être plus fortes et plus souvent répétées.

« 5° La pratique des injections préventives ne dispense nullement des autres mesures prophylactiques (désinfection et isolement), mais elle les rend à la fois plus faciles et plus efficaces. »

Lorsque la maladie est terminée, tous les parents demandent si l'enfant peut être remis avec ses frères ou avec ses camarades. La question est des plus difficiles à résoudre; si par l'ensemencement du mucus des amygdales on ne décèle plus de bacilles diphtériques, la réponse doit être favorable, la contagion n'est plus possible; si au contraire les bacilles persistent 2 et 3 mois, faut-il isoler l'enfant tout ce temps? la chose n'est pas possible; il faut dans ce cas, lorsque l'enfant est guéri, mais qu'il porte des bacilles diphtériques dans le nez ou la bouche, prescrire matin et soir des lavages de la bouche à l'eau bouillie refroidie mais encore chaude, 55°, 40°. L'eau de ces lavages doit être soigneusement désinfectée ainsi que les vases dont on se sert. On prévient aussi la famille qu'il faut prendre quelques précautions

⁽¹⁾ *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1899, p. 118.

⁽²⁾ *Soc. méd. des hôp.*, 7 juin 1901.

⁽³⁾ Travail lu à la séance de l'Académie de médecine, le 28 janvier 1902.

⁽⁴⁾ Académie de médecine, séance du 18 mars 1902.

⁽⁵⁾ Académie de médecine, séance du 8 avril 1902.

pour éviter certains contacts trop rapprochés avec les frères ou les camarades; nous recommandons aussi de surveiller certaines manies rencontrées fréquemment chez des enfants atteints de diphtérie; quel que soit leur milieu social, ces enfants ont souvent l'habitude de porter à leur bouche tout ce qui leur tombe sous la main, monnaies, porte-plumes, etc. Nous pensons que souvent c'est à cela qu'ils doivent leur maladie et, lorsqu'ils sont convalescents, cette mauvaise habitude peut nuire à leur entourage.

Traitement. — La diphtérie était, il y a peu d'années encore, l'une des maladies à l'égard desquelles le médecin se trouvait le plus souvent désarmé; car, dans la foule des remèdes qui encombraient l'arsenal thérapeutique, il n'en était aucun sur l'efficacité duquel il pût compter sûrement, et sans aller jusqu'à dire, comme le faisait Cadet de Gassicourt en 1884, que les médicaments proposés contre cette maladie étaient tous impuissants, on devait cependant reconnaître que tous étaient plus ou moins infidèles. L'ignorance où l'on était encore de la nature intime de la diphtérie ne permettait guère d'ailleurs de chercher dans la pathogénie des indications positives: tandis que les uns considéraient la fausse membrane comme le point de départ de l'infection et s'efforçaient de la détruire et de l'empêcher de renaître, d'autres, pensant que la diphtérie est une maladie primitivement générale, se préoccupaient médiocrement des lésions locales et cherchaient avant tout à modifier l'état général.

Il n'en est plus de même aujourd'hui. La découverte du bacille par Klebs et Loeffler, l'étude des propriétés de ce bacille par Roux et Yersin, sont venues, en effet, démontrer tout d'abord un fait capital, qui se résume dans les deux propositions suivantes: 1° la diphtérie est une maladie primitivement locale, causée par la pullulation d'un bacille, qui reste lui-même localisé dans la fausse membrane; 2° ce bacille produit des toxines qui, absorbées à la surface de la muqueuse, diffusent dans tout l'organisme et y déterminent des accidents généraux d'intoxication. De là résulte cette indication formelle: empêcher le développement du bacille et neutraliser les toxines à mesure qu'elles se produisent. Les pratiques de la méthode antiseptique semblaient répondre à cette indication et, en effet, le traitement local bien dirigé, et dont la *méthode de Gaucher* constitue l'application la plus énergique, donna, dans certains cas tout au moins, des résultats très appréciables, mais trop souvent encore ce traitement était suivi d'un échec plus ou moins complet; il faut ajouter d'ailleurs qu'il n'était applicable qu'aux cas de diphtéries facilement accessibles (amygdales, voile du palais), et qu'il était forcément sans action sur le croup et même sur les localisations profondes de l'angine.

C'est alors que la découverte, par Behring, du sérum antidiphtérique, et l'application qui en fut faite par Roux vinrent modifier complètement le traitement de la diphtérie. Dès la première application de la méthode, on put constater des résultats tout différents de ceux que l'on avait jusqu'alors obtenus par les autres médications. Aujourd'hui, après neuf années d'application, la sérumthérapie a fait ses preuves; elle a, comme nous le verrons plus loin, abaissé dans des proportions considérables la mortalité de la

diphthérie : c'est par excellence la méthode de traitement de la diphthérie, qui doit primer toutes les autres; aussi devons-nous lui consacrer une étude complète.

Dans la première édition de cet ouvrage, nous avons exposé en détail la méthode du traitement local; aujourd'hui cette exposition n'aurait plus de raison d'être; aussi croyons-nous devoir la restreindre à certaines pratiques spéciales, susceptibles de contribuer accessoirement à l'action du sérum. A plus forte raison, nous pensons qu'il est inutile de refaire une fois de plus l'examen de toutes les médications proposées contre la diphthérie, et de discuter l'action plus ou moins hypothétique des innombrables médicaments préconisés jusqu'ici.

A. — **Sérumthérapie de la diphthérie. — Fabrication de la toxine et du sérum antidiphthérique.** — Dans ce chapitre, nous étudierons rapidement la fabrication de la toxine, nous verrons comment on immunise les chevaux et comment on prépare le sérum. La question de la sérumthérapie de la diphthérie, mise à l'ordre du jour de la médecine par Behring et Kitasato en 1890¹, appliquée à l'homme par Behring, Boër et Kossel en 1892², est définitivement entrée dans la pratique après le Congrès de Budapest³. Pour montrer l'importance de ce Congrès, nous ne pouvons mieux faire que de citer le rapport officiel de M. Chantemesse⁴.

« Les résultats annoncés par M. Roux qui ont excité à juste titre l'admiration et la reconnaissance, touchent à une question scientifique qui a vu le jour dans notre pays. En 1877, Vulpian a présenté à l'Institut, au nom de M. Maurice Raynaud, une note sur le rôle du sang dans la transmission de l'immunité vaccinale (Comptes rendus, p. 453). Le médecin de Lariboisière ne s'était pas mépris sur l'importance de sa découverte. Je suis, dit-il, tombé du premier coup « sur un résultat dont l'importance me paraît considérable ». Au septième jour d'une vaccination jennérienne pratiquée à une génisse, il retira 250 grammes de sang de l'animal qu'il inocula à une génisse saine. Celle-ci ne présenta après cette opération aucun trouble de santé appréciable, mais quatorze jours plus tard elle se montra absolument réfractaire à la vaccination jennérienne qu'on lui pratiqua tandis que toutes les autres génisses saines servant de témoins prirent la vaccine. Maurice Raynaud appréciait ainsi les résultats de ses expériences : « Ce sang transfusé pouvant seul avoir produit cette modification, il en résulte que ce liquide, contrairement à une opinion plusieurs fois émise par M. Chauveau, peut, dans certaines conditions données, être considéré comme un très puissant véhicule de virus vaccinal, ou, tout au moins, d'un principe capable de transmettre l'immunité. »

Cette découverte, publiée à une époque où M. Pasteur n'avait pas encore introduit dans la pathologie ses merveilleuses méthodes d'investigation, ne frappa pas les esprits comme elle eût dû le faire. On ne trouva plus ce

⁽¹⁾ *Deutsch. Med. Woch.*, n° 49, 1890.

⁽²⁾ *Deutsch. Med. Woch.*, n° 17, avril 1895.

⁽³⁾ Voir les Comptes rendus du Congrès de Budapest.

⁽⁴⁾ *Journal officiel de la République française*, 1894, 2 décembre, p. 5845.

qu'on ne cherchait pas. En 1888, MM. J. Héricourt et Ch. Richet refirent la découverte expérimentale de la sérothérapie préventive. Dans une note présentée à l'Institut par M. le professeur Verneuil, ces savants montrèrent que les lapins qui succombaient à l'inoculation d'un microbe, le staphylococcus pyosepticus, n'obtenaient aucune vaccination préventive par l'injection péritonéale de sang de chien bien portant, mais que cette vaccination ou immunisation préventive leur était conférée par l'inoculation préalable dans le péritoine du sang de chien vacciné contre le staphylococcus pyosepticus.

En 1889, MM. Roux et Yersin firent dans l'étude de la diphthérie une découverte capitale : ils trouvèrent la toxine diphthérique. Cette découverte légitimait le caractère spécifique de ce microbe sur lequel les savants et Loeffler lui-même avaient des doutes. Elle portait encore un autre éclaircissement. En effet, on savait déjà par les travaux de Salmon, de Beumer, de Charrin, de Chantemesse et Widal, de Roux et Chamberland, que les produits solubles ou toxines de certains microbes, celui de la fièvre typhoïde notamment, soumis à l'action de la chaleur et inoculés par petites doses à des animaux, étaient susceptibles de leur conférer l'immunité contre l'inoculation virulente du microbe lui-même. Il devait en être ainsi pour la diphthérie; l'année suivante la démonstration directe en fut donnée par Carl Frænkel. La question en était donc à ce point : on savait qu'on pouvait donner préventivement l'immunité contre certaines maladies par l'injection du sang vacciné; on savait aussi qu'avec la toxine diphthérique on pouvait vacciner un animal contre la diphthérie. C'est à ce moment, en 1890, que la thérapeutique de la diphthérie réalisa un progrès décisif avec les travaux de MM. Behring et Kitasato. Ces savants reconnurent que le sérum des animaux vaccinés contre la diphthérie renfermait une substance qu'ils nommèrent antitoxine, et qui, inoculée à des animaux avant et même après l'infection diphthérique, leur donnait le pouvoir de résister à cette infection et d'en triompher lorsqu'elle s'était développée. M. Behring eut l'honneur de comprendre dans toute leur étendue et de fixer les applications pratiques de ce traitement chez l'homme.

Cependant, tandis que M. Roux, à l'Institut Pasteur, étudiait le traitement antidiphthérique et se servait du cheval vacciné pour obtenir en grande quantité le sérum, la conviction n'était point faite en Allemagne, et les savants les plus experts dans l'étude de la diphthérie attendaient, pour se convaincre, la publication des résultats probants. Les communications de M. Roux au congrès de Budapest¹ établirent que l'injection du sérum de cheval vacciné contre la diphthérie avait abaissé la mortalité diphthérique, à l'hôpital des Enfants-Malades, de 50 pour 100 à 24 pour 100. Les recherches de M. Roux, faites pour quelques-unes avec la collaboration de ses préparateurs MM. Martin et Chaillou, et portant sur plusieurs centaines de cas, avaient un tel cachet de précision, elles projetaient une si grande lumière de certitude sur des faits de même ordre annoncés par Behring et ses élèves,

⁽¹⁾ Voir les *Annales de l'Institut Pasteur*, octobre 1894.