

On injecte d'abord 1 c.c. sous la peau. Une heure après, 1 c.c. dans le muscle. On peut alors commencer les injections intra-veineuses, mais par petites quantité, et que l'on répète d'heure en heure, en augmentant graduellement la dose. 3<sup>o</sup> Enfin l'injection intra-veineuse peut être suivie d'une élévation rapide de température, de frisson, de convulsions, de troubles circulatoires et respiratoires, de cyanose et de mort.

Quand on fait une injection intra-veineuse, l'observation des 3 petites règles suivantes nous évitera bien des désagréments.

1<sup>o</sup> Administrer l'anti-toxine à la température de 37°. 2<sup>o</sup> Injecter lentement, guère plus d'un c.c. à la minute. 3<sup>o</sup> Se servir d'une préparation absolument limpide.

\* \* \*

*Diagnostic* :—Le diagnostic de la diptérie n'est pas toujours facile à faire. Les meilleurs cliniciens s'y trompent. C'est pourquoi le laboratoire a été institué. Cependant le praticien doit toujours donner le pas à la clinique sur le laboratoire. Car la condition essentielle du succès, dans le traitement de cette maladie, est d'agir vite et fort. Si l'on attend le rapport du bactériologiste pour agir, la toxémie diptérique a le temps d'empoisonner notre sujet et irrémédiablement.

“*Prima facie*”, l'angine peut être rouge ou blanche. En cas d'*angine rouge*, i-e. avec simple hypérémie des amygdales, de la luette, des piliers, avec ou sans oedème, y a-t-il diptérie? Autrement dit, existe-t-il des angines diptériques sans fausses membranes? Avec la grande majorité des auteurs, on peut répondre: non.

Les cas d'*angine blanche* peuvent être: 1<sup>o</sup> une angine pseudo-membraneuse; 2<sup>o</sup> une angine pultacée; 3<sup>o</sup> une angine lacunaire; 4<sup>o</sup> une angine ulcéro-membraneuse; 5<sup>o</sup> une angine à enduit blanc indéterminé.

Quand on constate des *fausses membranes* en taches diffuses ou en îlots, sur les amygdales, sur la paroi postérieure du pharynx, si l'on assiste en quelques heures à leur extension progressive, à l'engainement de la luette, si ces fausses membranes que l'on arrache difficilement ne se dissoient pas dans l'eau, on a les plus grandes chances de se trouver en présence d'une angine diptérique.

Les angines scarlatineuses, aussi bien celles du début que celles du déclin, sont rarement dues au bacille de Löffler. En pareil cas, si cette angine grave s'accompagne d'adénopathie, de coryza et de laryngite, le praticien est justifiable d'injecter le sérum en attendant le rapport du bactériologue.

Dans l'*angine herpétique*, l'invasion est brutale, avec frisson intense et unique, une grosse fièvre et une chéplalgie très prononcée.