

la méthode intraveineuse. Tout en reconnaissant l'efficacité de la voie intraveineuse, je crois, surtout chez l'enfant, ses indications très limitées et je n'ai eu à la pratiquer qu'exceptionnellement jusqu'à présent dans mon service.

L'*injection intramusculaire*, par la simplicité de sa technique et la rapidité relative de son action, est précieuse dans la pratique de la sérothérapie. Voici longtemps que M. Netter l'associait aux injections sous-cutanées. En 1919, M. Weill-Hallé a préconisé son emploi systématique dans la diphtérie(1), estimant qu'une *injection massive et unique* pouvait juguler la plupart des cas d'angine diphtérique. Si cette méthode s'est montrée insuffisante à protéger l'enfant contre les accidents tardifs et notamment les paralysies, elle a conduit à une autre méthode, préconisée dès ce moment par M. L. Martin, et qui consiste à *associer les effets de l'injection intramusculaire et ceux des injections sous-cutanées*. C'est ce traitement combiné qui semble donner le maximum de résultats par la rapidité de son action et par la persistance de celle-ci.

L'injection intramusculaire est d'une *application pratique facile*. Faite dans la masse sacro-lombaire, ou, plus simplement, dans les muscles de la fesse ou de la face externe de la cuisse, elle est peu douloureuse et peut être aisément pratiquée par une infirmière. Pour éviter la sciatique, il faut se dispenser de piquer sur une ligne passant par la grande échancrure sciatique, c'est-à-dire allant de l'épine iliaque postéro-inférieure au grand trochanter. Il est bon d'enfoncer d'abord l'aiguille seule, afin de s'assurer que sa pointe n'est engagée dans aucun vaisseau sanguin. Si quelques gouttes de sang sortent par sa lumière, il faut retirer l'aiguille et piquer ailleurs. Si rien ne paraît, on peut adapter la seringue à l'aiguille et pousser doucement le piston. La quantité de sérum peut être de 20, 40 à 60 centimètres cubes, selon les cas. L'injection faite, on retire d'un seul coup seringue et aiguille; si la dose totale n'a pu être injectée d'un seul côté, on peut aussitôt recommencer sur la fesse opposée.

M. Weill-Hallé employait cette injection seule sous forme d'une dose massive d'emblée, calculée à raison de 250 unités antitoxiques (c'est-à-dire de 1 centimètre cube de sérum de l'Institut Pasteur) par kilogramme de poids. La clinique a montré que cette méthode était souvent insuffisante, l'élimination trop rapide de l'antitoxine laissant subsister le danger des paralysies et des autres complications tardives.

Aussi bien est-il sage d'adjoindre à l'injection intramusculaire une injection sous-cutanée simultanée; ainsi on unit la rapidité de l'action à sa durée prolongée et on a un vrai *traitement d'attaque* de la diphtérie.

L'injection intramusculaire, dans mon service, est faite d'emblée à tout entrant, mais associée à une injection sous-cutanée. D'autres injections sous-cutanées sont faites les jours suivants, associées ou non les premiers jours à de nouvelles injections intramusculaires. Rarement on se limite aux doses indiquées par la formule de M. Weill-Hallé. M'inspirant des idées émises par M. Comby, M. Bosc, MM. Perretière et Bouchet, j'ai toujours employé d'assez *fortes doses*, sans que j'aie jamais eu lieu de le regretter. Les résultats obtenus au pavillon de la diphtérie des Enfants-Malades par l'emploi systématique de l'injection intramusculaire associée à l'injection sous-cutanée, déjà mis en oeuvre par mon prédécesseur, M. Aviragnet, sont en effet de nature à prouver l'efficacité de cette méthode, que l'on envisage la statistique dans son ensemble, que l'on étudie les cas pris un à un.