

MM. Roques et V. Cordier observent chez un boucher de 15 ans une paralysie du voile et de l'accommodation, apparue à la suite d'une angine ignorée. L'examen du voile fait voir un rideau complètement flasque et flottant, que l'expiration projette en avant, que l'aspiration happe et que ne fait pas contracter la prononciation de certaines voyelles. La déglutition ne peut se faire qu'en position renversée, la tête rejetée en arrière et les liquides seuls sont admis. En plus, il existe des troubles très nets de l'accommodation. La culture des frottis des choanes du malade permet d'isoler du bacille de Loeffler. Le traitement fut ainsi institué :

1er jour, 20 cc. de sérum antidiphthérique; 2e jour, 25 cc.; 3e jour, 20 cc.; 4e jour, 30 cc.; 5e jour, 20 cc.; 6e jour, 15 cc.; 7e jour, 10 cc., soit 140 cc. de sérum antidiphthérique. Aucun accident sérieux, sauf pour la dernière injection qui a été suivie de l'apparition d'un placard érythémateux au niveau de la face interne de la cuisse. Toutes les autres injections avaient été faites au niveau du tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen.

**Résultats thérapeutiques :** Au 2e jour, déglutition plus facile; au 3e jour, la parole est plus nette; au quatrième jour, déglutition possible des objets volumineux (pain); au 5e jour, disparition de tous les symptômes. Guérison complète des troubles du voile et de l'accommodation.

Cette observation vient bien à l'appui de la véritable campagne menée par Comby à la Société de pédiatrie en faveur du traitement intensif dans les paralysies diphthériques.

L'observation rapportée dans la même séance par MM. Lesieur, J. Froment et Colombet fait la contre-partie de la précédente. Il s'agit d'une paralysie diphthérique tardive généralisée, longtemps rebelle malgré la sérothérapie intensive. Un malade âgé de 41 ans présente 8 jours après la guérison d'une angine pseudo-membraneuse non traitée par la sérothérapie.

Quatre semaines environ après le début des troubles de la déglutition: les liquides ressortaient par les narines. En même temps la voix était nasonnée.

Enfin il commença à éprouver des fourmillements et des crampes dans les membres et surtout dans les mains. Les crampes s'étaient beaucoup accentuées, et l'apparition de symptômes de parésie obligeait le malade à s'aliter.

On constatait alors tous les signes d'une paralysie diphthérique généralisée. En plus de la paralysie du voile du palais, de la parésie et de l'ataxie des membres supérieurs, d'une démarche pseudo-tabétique avec talonnement, du signe de Romberg et de l'abolition du réflexe rotulien, ce malade présentait encore des troubles sphinctériens, de la paralysie laryngée et de légers troubles de l'accommodation. La miction était lente et difficile, la constipation habituelle. L'examen laryngoscopique montra la corde vocale gauche absolument immobile, la droite présentant seulement des mouvements très limités. Les pupilles réagissaient bien à la lumière, mais mal à l'accommodation. On constatait en même temps un léger degré de parésie de l'accommodation, mais aucune lésion du fond de l'œil.

*La culture du mucus nasal décèle la présence de bacilles diphthériques courts.*

On institua dès lors une sérothérapie intensive: en trois mois, on fit 37 injections sous-cutanées ou intramusculaires de 10 à 20 centimètres cubes, 2 injections intraveineuses de 10 centimètres cubes, 16 injections rectales de 20 à 40 centimètres cubes, 28 pulvérisation du nez et de la gorge avec 10 à 20 centimètres cubes de sérum; au total, en 90 jours, 82 interventions de sérum, soit plus de 500 centimètres cubes, même en ne comptant pas les pulvérisations, ni surtout les 500 centimètres cubes de sérum employés en injections rectales, dont l'efficacité est plus que douteuse (Nicolas et F. Arloing).

L'amélioration, en dépit de ce traitement intensif, fut très lente et malgré la sérothérapie la guérison se fit attendre six mois.

Cette observation ne permet cependant ni de confirmer, ni d'infirmer les résultats précédemment rapportés par Comby, Sicard et Barbé, Gandy, etc.: malgré un traitement intensif, la guérison complète s'est fait attendre six mois, l'évolution normale n'a donc pas été accélérée. Sans donner raison aux abstentionnistes, on ne peut pas, tout ou moins dans ce cas particulier, vanter l'efficacité du sérum. La cause de cet échec vient peut-être de l'administration tardive du sérum, soit un mois au moins après le début de la paralysie.

A la suite de ces deux communications, M. Lesieur rapporte un fait qui tend à démontrer que la paralysie diphthérique peut être en partie expliquée par la persistance dans le pharynx du bacille de Loeffler. Ce serait du pharynx que partirait les toxines diphthériques pour se fixer sur les nerfs et les centres bulbaires, comme permettent de l'affirmer les récentes expériences de MM. Guillain et Laroche (*Soc. méd. des hôpitaux* 15 octobre 1909). Cependant, comme M. Lesieur n'a pas réussi à reproduire les expériences de ces auteurs, il tend à admettre que certains accidents paralytiques de la diphthérie rentrent dans un cadre de paralysies asthéniques et relèvent peut-être d'une insuffisance surrénale aigue.

