PROBLÈMES DE LA DIPHTÉRIE A TANANARIVE

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE de Tananarive

B. COUSIN

Nous nous proposons de rapporter notre expérience des problèmes que peut poser la diphtérie à Tananarive tels que nous les avons vécus dans le service de Pédiatrie de l'Hôpital Girard et Robic durant les deux années que nous y avons passées.

Précisons d'emblée que nous nous plaçons au point de vue du clinicien, la compétence nous manquant pour discuter des subtilités bactériologiques d'identification du bacille de Klebs-Loeffler.

Rappelons cependant que cette identification est un diagnostic d'urgence, défini par le fait que le corynébactérium diphtériae est un bacille renflé aux deux extrémités, prenant le Gram, facilement décoloré par l'alcool.

La coloration de Neisser met en évidence des granulations métachromatiques bi-polaires. Ceci est un diagnostic d'approche.

Le diagnostic de certitude est fourni par l'étude du pouvoir pathogène : l'injection au cobaye entraînant une surrénalité hémorragique avec nécrose.

Mais un tel test est tardif, demandant de trois à sept jours, et donc difficilement utilisable en pratique.

⁂

L'incidence de la diphtérie ou de sa suspicion est loin d'être négligeable. En effet, pour l'année 1963, il y eut dans le service, 47 enfants entrant avec ce diagnostic, sans compter les laryngites, chiffre considérable si l'on considère que la clientèle de l'hôpital Girard et Robic se recrute dans les couches relativement aisées de la population tananarivienne.

Par ailleurs cette affection est bien connue des familles malgaches, et la crainte qu'elle inspire est révélée par la mention portée sur le billet d'admission.

Cette crainte s'augmente d'ailleurs du fait qu'un certain nombre de ces enfants ne sont pas vaccinés.

⁂

Nous étudierons séparément et rapidement les deux circonstances cliniques les plus fréquentes : les amygdalites et les laryngites.

Examinons tout d'abord le cas des amygdalites.

Le praticien arrivant de France vit sur deux notions : la première est que toute angine d'aspect banal érythémateuse ou érythémato-pultacée dont l'ensemencement montre la présence de bacilles de Loeffler doit être traitée comme une diphtérie commune.

La deuxième que la vaccination peut ne pas prémunir contre la maladie, soit qu'elle ait été incomplète, soit qu'elle date de plus de cinq ans, soit enfin que le sujet s'immunise difficilement.

L'on voit à Tananarive des amygdalites diphtériques classiques, avec fausses membranes adhérentes, cohérentes, extensives, engorgement ganglionnaire, signes d'intoxication et, bien entendu, prélèvement positif.

Ann. Univ. Mad (Médecine) T2 1964 - V3 pages 169 à 171.

Mais à côté deux cas fréquemment rencontrés sont à considérer.

Dans une première éventualité un enfant s'est présenté à une consultation en ville pour une dysphagie. Le médecin aperçoit une gorge plus ou moins érythémateuse et une coulée de pus dans le rhino-pharynx. L'enfant n'est pas vacciné, nous sommes en pays d'endémie : un prélèvement est demandé et se revèle positif.

L'hospitalisation s'en suit.

A l'entrée, le petit malade est apyrétique ou discrètement fébrile, il est manifestement non toxique, il n'existe aucun engorgement ganglionnaire. Longtemps, nous avons hésité à ne pas instituer la sérothérapie chez de tels malades. Nous nous y sommes résolus, à la longue, et avons gardé ces enfants sous étroite surveillance.

Nous nous en sommes bien trouvés et n'avons jamais noté, dans l'évolution, de paralysie, de myocardite, de syndromes malins précoces ou tardifs, voir d'amygdalites ou de croup secondaire.

Il s'agit donc, vraisemblablement, de porteurs sains ayant présenté un épisode rhino-pharyngé aigü banal.

***

Dans une deuxième éventualité, existe une angine érythémato-pultacée franchement fébrile, dont le prélèvement a montré l'existence du bacille de Loeffler.

Si l'enfant n'est pas vacciné, la sérothérapie s'impose évidemment. Elle semble également s'imposer dans le cas contraire, puisque, nous le savons, vaccination n'équivaut pas forcément à immunisation.

Mais il y a lieu alors, à mon avis, de tenir compte de deux faits particuliers à Tananarive ; le premier est la fréquence probable des porteurs sains, fréquence que nous laissent supposer les faits précédemment décrits, le deuxième est que, dans ce climat si changeant de Tananarive, un enfant fait fréquemment cinq ou six amygdalites annuelles. Si, à chaque fois il est porteur de bacilles diphtériques, l'on ne saurait évidemment lui administrer du sérum à tous coups.

Nous avons songé un moment à guider notre conduite sur la lecture de l'intradermo réaction de Schick. Nous y avons renoncé pour deux raisons : l'une, est que certains auteurs exigent six à sept jours de délai de lecture, l'autre, que cette réaction nous a paru surtout avoir été étudiée chez le sujet sain, et non, chez le sujet suspect de diphtérie.

Aussi, dans notre esprit, les notions cliniques ont-elles repris le dessus pour décider de l'institution de la sérothérapie : élévation de la température, engorgement ganglionnaire, aspect toxique, accélération du pouls.

Cela ne va pas, l'on s'en doute, sans anxiétés, sans arrière pensées, sans atermoiements. Mais il est bien certain qu'arrive un moment où l'injection systématique de sérum est la solution de facilité et que l'on ne saurait s'y soumettre aveuglement.

***

Si les problèmes posés par la possibilité d'une angine diphtérique sont parfois embarrassants, ils peuvent devenir dramatiques en cas de localisations laryngées.

Ceci est surtout vrai chez le nourrisson.

Très fréquente, est, en effet, la laryngite striduleuse à Tananarive :

Classiquement son début est nocturne, la toux rauque, aboyante, la voix à peine modifiée, la dyspnée d'emblée au paroxysme.

S'y oppose théoriquement, la laryngite sous-glottique.

Dans celle-ci, la voix et le cri sont également peu modifiés, mais le début est plus progressif, les signes généraux plus intenses. En fait, on le sait, existent des formes intermédiaires entre ces deux laryngites.

Le croup se présente, au début, comme une laryngite banale, puis la toux devient rauque et aboyante, la voix change de tonalité avant de se voiler et de s'éteindre.

Ainsi présenté le diagnostic différentiel entre laryngite sous-glottique et croup paraît facile. Il est loin d'en être ainsi en pratique, et, en région d'endémie diphtérique, le clinicien a toujours la hantise de « laisser-passer » une diphtérie laryngée. L'on doit alors s'efforcer de mettre en évidence un jetage nasal séreux ou séro-sanguinolent.

La rhinoscopie cherchera à montrer de petites fausses membranes, la laryngoscopie directe est aventureuse chez le nourrisson.

Un prélèvement positif au niveau de l'orifice supérieur du larynx a, évidemment, une très grande valeur.

Au moindre doute, la sérothérapie est instituée d'urgence. L'on y adjoindra, évidemment, l'antibiothérapie par la pénicilline et l'érythromycine, la corticothérapie, tant à titre anti-inflammatoire que pour prévenir les effets secondaires de la sérothérapie, les antispasmodiques, les compresses chaudes sur la région cervicale haute, l'humidification de l'atmosphère. Enfin, en dernier recours, envisagera-t-on l'intubation ou la trachéotomie.

Dans la pathologie infectieuse malgache la diphtérie occupe une place importante. La notion importée de France de l'application systématique de la sérothérapie à toute angine à ensemencement positif doit être, semble-t-il, appliquée ici avec une certaine souplesse.

Ceci sans méconnaître le principe que : **ne pas faire de sérum à une angine diphtérique est une faute grave, alors qu'en faire à une angine banale est une faute bénigne.**

Le vrai remède dans l'extension de la vaccination à toutes les couches de la population, faute de quoi ces problèmes se reposeront inchangés.

Service de Pédiatrie (Dr. COUSIN)
de l'Hôpital GIRARD et ROBIC