Urotropine : diurétique, diathèse urique.
0,10 centigrammes par année.

Valériane : antispasmodique, névropathie, polyurie nerveuse.
Infusion de racines : 10 p. 1000 ; une ou deux tasses par jour.
Extrait hydro-alcoolique : 0,10 centigrammes par année dans du sirop.
Sirop de valériane : 2 grammes par année.

Valérianate d'ammoniaque : mêmes indications.
0,05 centigrammes par année.

Vaseline : excipient pour pommades.

Vaseline liquide : huile de vaseline; sert de véhicule pour les injections sous-cutanées et pour les pulvérisations intra-nasales.

Zinc (oxyde de) : usité à l'extérieur : ulcérations, dermatoses, plaies; s'emploie sous forme de poudre ou incorporé à une pommade, à une pâte, à de l'huile, à une colle, dans une proportion qui varie de 1 à 10 à 1 pour 2.

Zinc (sulfate de) : cathérétique, conjonctivites, vulvites; en solution à 0,20 à 1 p. 100.

LIVRE II

MALADIES INFECTIEUSES

Il y a peu d'affections en pathologie dans lesquelles on ne puisse admettre la participation d'un ou de plusieurs agents infectieux. La plupart des inflammations locales spontanées, bronchite, broncho-pneumonie, pneumonie, entérite, dermite ne sont autre chose qu'une sorte de réaction défensive de l'organisme, contre des germes pathogènes. Tout en reconnaissant le rôle que joue l'infection dans leur développement, on ne les range pas dans le cadre des maladies infectieuses. Tout au plus, peuvent-elles devenir dans certaines conditions infectantes. Le nom des maladies infectieuses est réservé aux affections dans lesquelles les manifestations générales se montrent d'emblée ou rapidement et l'emportent sur les phénomènes locaux. La plupart sont spécifiques, relèvent d'un germe très différencié, ou au moins, si leur agent pathogène est encore inconnu comme dans la rougeole, la scarlatine, ont-elles une grande fixité dans leurs manifestations cliniques, sans tendance à la transformation du type. La plupart sont contagieuses.

La contagion a lieu soit du sujet malade au sujet sain, par contact, inoculation ou d'une façon médiate, par l'air ambiant : c'est la *contagion proprement dite*. Elle peut se produire indirectement, par la création en dehors de l'organisme malade d'un foyer, qui cède à l'organisme sain, placé à portée, les agents infectants, figurés ou non, qu'y aura abandonnés le sujet malade. C'est là l'*infection proprement dite*. Le corollaire thérapeutique de la contagion est l'*isolement* du sujet malade, celui de la transmissibilité par infection est la *désinfection* du foyer contaminé. Parmi les maladies infectieuses, les unes récidivent, les autres confèrent l'immunité par une première atteinte. Nous les divi-

serons en deux groupes suivant qu'elles présentent ou non des manifestations cutanées. Dans un premier chapitre, nous décrirons les *fièvres éruptives*, variole, vaccine, etc., dans un second chapitre les maladies infectieuses non éruptives. Nous ajouterons la syphilis, malgré les différences profondes qui la séparent des fièvres éruptives, en raison de son caractère infectieux et de ses manifestations cutanées.

CHAPITRE PREMIER

FIÈVRES ÉRUPTIVES

Les fièvres éruptives sont caractérisées par l'apparition dans le cours de l'affection, de manifestations cutanées. Nous décrirons successivement la variole, la vaccine, la varicelle, la scarlatine, la rougeole, la rubéole, l'érysipèle, les purpuras.

ARTICLE PREMIER

VARIOLE

La variole est une maladie générale, spécifique, éruptive, inoculable, contagieuse et infectieuse. Parmi les fièvres exanthématiques, c'est celle qui se transmet le plus facilement, le plus longtemps, c'est la plus grave par l'énorme mortalité qu'elle entraîne, la plus répugnante d'aspect, et cependant, c'est l'affection contre laquelle on est le mieux armé depuis la découverte de la vaccine jennérienne, à tel point qu'elle tend à disparaître dans les pays civilisés, où elle fait cependant encore des apparitions de temps à autre sous forme d'épidémies.

1° Étiologie. — Nous bornerons son étude aux questions d'âge, d'immunité et de contagion.

α) L'*âge* nous intéresse surtout pour ce qui concerne le fœtus.

Le fœtus meurt le plus souvent dans l'utérus d'une femme atteinte de variole. L'avortement a lieu à partir du troisième mois de la grossesse (Lothar-Meyer). Il survient d'autant plus facilement que l'âge de la grossesse est plus avancé. La vaccination antérieure de la mère ne prévient l'avortement qu'autant qu'elle atténue la variole. La varioloïde en effet, exerce une influence moins grave que les autres formes de la variole sur la grossesse. Des enfants nés d'une femme en état de variole, les uns ne sont pas viables, les autres, quoique venus à sept mois ou à terme, sont mort-nés. Dans les deux catégories d'enfants, on peut observer une éruption pustuleuse plus ou moins ancienne. D'autres enfants sont nés en vie. Les uns meurent au bout de quelques jours sans avoir présenté d'éruption, les autres sont atteints de variole de quatre à seize jours après la naissance. On a signalé des cas de variole congénitale, la mère n'étant pas varioleuse.

β) L'*immunité variolique et vaccinale* est acquise aux enfants nés sains de mère varioleuse. Elle n'est pas constante chez les enfants nés de femmes vaccinées avec succès pendant la grossesse. Lop[1] a vacciné 103 femmes enceintes et 98 enfants, nés d'elles. 57 femmes vaccinées avec succès ont eu un enfant réfractaire au vaccin ; 14 femmes vaccinées avec succès ont eu un enfant apte au vaccin.

La durée de l'immunité vaccinale chez les enfants nés de mères vaccinées avec succès pendant la grossesse n'est pas connue.

La vaccination antérieure à la grossesse confère à l'enfant une immunité douteuse (Hervieux).

γ) La *contagion* s'exerce suivant tous les modes possibles. La variole est inoculable, contagieuse et infectieuse. La transmission se fait surtout pendant la période de suppuration et de dessiccation. Les produits de celle-ci renferment le virus variolique et le disséminent partout où ils se déposent et provoquent la variole hors de la présence du malade. Le virus variolique n'est pas connu. On a trouvé dans la variole les microbes ordinaires de la suppuration. Roger et Weil de Paris ont décrit

[1] Lop, *Variole et vaccine dans la grossesse*, Thèse de Paris, 1893.

récemment un hématozoaire de la variole, dont la valeur n'a pas été confirmée. L'identité de la variole et de la vaccine affirmée par FISCHER, ETERNOD, HACCIUS et LOP est contestée par CHAUVEAU.

2° Symptômes. — Les symptômes comprennent quatre périodes : l'incubation, l'invasion, l'éruption et la dessiccation.

a. *Incubation.* — L'incubation est de dix à quinze jours pour la variole spontanée, de six à huit jours pour la variole inoculée.

b. *Invasion.* — L'invasion se traduit par un frisson unique ou multiple avec malaise général, courbature, de la céphalée,

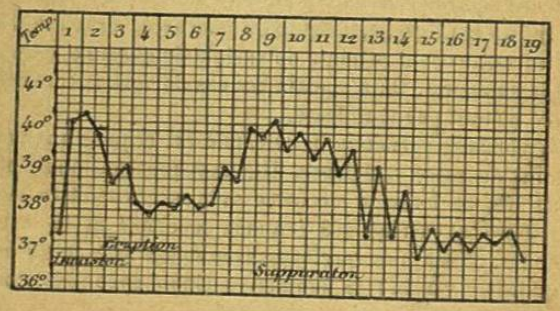

Fig. 5.
Marche de la température dans la variole (d'après COLLET).

des sueurs abondantes, de la *rachialgie* et de l'*épigastralgie*. L'enfant a quelques symptômes spéciaux, des vomissements constants, de la diarrhée au lieu de constipation, une tendance au sommeil ou au délire, des convulsions peu graves si elles ne se répètent pas. La température atteint rapidement 40°, 40°5, se maintient à ce degré pendant trois à quatre jours, puis subit une rémission dont l'intensité et la durée varient avec la forme de la variole : considérable et définitive dans la varioloïde, moins accusée dans les autres cas. Le pouls est accéléré à 110 à 150 ou 160, mou, dépressible. Vers le deuxième jour, apparaissent 10 à 30 fois sur 100 les *rashs*, poussées érythémateuses plus ou moins localisées au pli de l'aine, à l'abdomen, aux cuisses, suivant une disposition métamérique, rappelant le dessin de la scarlatine, de la rougeole, de l'érysipèle. La durée de la période d'invasion est de deux à quatre jours, brève dans les formes graves, prolongée dans les formes bénignes.

c. *Éruption*[1]. — L'éruption se montre d'abord à la face, puis se généralise en trente-six heures au cou, au tronc, aux membres. Parfois l'extension est plus lente et se fait en trois à quatre jours. Le premier jour l'exanthème se traduit par une *macule*, le second par une *papule*, le troisième par une *vésicule*, le quatrième par une *pustule* entourée d'une aréole rouge. La marche de l'éruption considérée à partir de l'apparition de la pustule n'est plus la même, à la face, au tronc, aux extrémités. A *la face*, la pustule grandit pendant un à deux jours, s'entoure d'une zone œdémateuse qui, dans les régions riches en tissu cellulaire, produit une tuméfaction considérable (paupières); l'œdème dure trois à quatre jours, et disparaît vers le dixième ou le onzième jour de la maladie. *Au tronc*, la pustule s'ombilique, ne produit pas d'œdème. *Aux mains* et *aux pieds*, *aux avant-bras* et *aux jambes* les pustules continuent à grandir et prennent l'apparence phlycténoïde. Elles durent quelques jours de plus que dans les autres régions. En outre, elles déterminent un œdème douloureux des mains, des pieds, s'étendant jusqu'aux coudes. Cet œdème survient trois à quatre jours plus tard que celui de la face.

La variole comme toutes les autres maladies éruptives s'accompagne d'un *énanthème*. L'*énanthème bucco-pharyngé* précède même l'exanthème (COSTE, CHASSY[2]). Dès la fin du troisième jour, on observe sur la muqueuse du voile, du pharynx, des amygdales, de petites taches rouges, arrondies, disséminées, qui font rapidement saillie, blanchissent, se déchirent, et forment une petite ulcération visible dès le cinquième ou le sixième jour. L'éruption muqueuse s'accompagne de salivation, de dysphagie, qui redoublent au moment de l'ulcération.

[1] Voy. planche I, fig. 1.
[2] CHASSY, *De l'angine variolique*, Th. de Paris, 1896.

Toute trace d'enanthème a disparu vers le dixième jour de la maladie.

L'énanthème a une grande valeur diagnostique et pronostique. Il permet de reconnaître la variole de bonne heure et même de présumer sa forme confluente ou hémorragique, d'après son abondance ou sa nature. Les pustules peuvent paraître sur la *conjonctive*, elles accompagnent alors l'éruption faciale.

La période éruptive est le signal de la défervescence. La température initiale tombe graduellement à la normale en trente-six heures. L'apyrexie persiste jusqu'à la période de suppuration. A ce moment il y a une nouvelle poussée fébrile moins élevée que la première et qui ne dure que trois à quatre jours, dans les varioles discrètes.

d. *Dessiccation*[1]. — A la face, les pustules ne se rompent pas, mais exsudent une matière jaunâtre, mélicérique. La dessiccation est complète le onzième jour. Sur le tronc et les membres, les pustules se rompent, laissent échapper le pus qu'elles contiennent et qui souille le linge du malade; elles se recouvrent d'une croûte au bout de deux à trois jours. A la face dorsale des mains et des pieds, aux genoux et aux coudes, elles se dessèchent comme dans la varicelle. Pour la dessiccation, comme pour la pustulation, la durée est plus longue aux extrémités qu'à la face et au tronc. Les croûtes tombent du quinzième au vingtième jour pour la face, plus tard pour le tronc et les membres, laissant à leur place une saillie rougeâtre qui se recouvre d'une lamelle épidermique, desquame, se rétracte peu à peu, faisant place à une petite dépression rouge; celle-ci met plusieurs mois à pâlir pour revêtir enfin l'aspect de la petite cicatrice gaufrée caractéristique d'une ancienne variole.

3° Formes de la variole. — Nous distinguerons la variole discrète, en corymbes, cohérente, confluente, les varioles hémorragiques, la varioloïde, la variole des nouveau-nés. Suivant l'abondance de l'éruption, la variole est dite *discrète*, en *corymbes* (les pustules forment un certain nombre de petits groupes); *cohérente* (les pustules sont rapprochées); *confluente*

[1] Voy. planche I, fig. 2.

(les pustules empiètent les unes sur les autres). La description que nous avons donnée s'applique surtout aux trois premières qui ne diffèrent les unes des autres que par l'intensité des symptômes. Dans *la forme confluente*, l'invasion est courte (deux jours) la fièvre est continue du commencement à la fin avec une courte rémission à l'éruption, les symptômes initiaux sont formidables, la diarrhée intense, l'éruption du visage rappelle au début la rougeole et l'érysipèle, puis la face se recouvre d'une immense phlyctène purulente, en même temps qu'elle présente un gonflement hideux. Le malade répand autour de lui une odeur fétide. L'énanthème est intense, s'étend au larynx où il détermine parfois de *l'œdème de la glotte*, et jusqu'aux bronches. Il s'accompagne d'une salivation notable, le malade laissant écouler jusqu'à un à deux litres de salive par jour. Le gonflement du visage, la salivation diminuent du dixième au douzième jour. A ce moment apparaît le gonflement des mains et des pieds. La température est très élevée. La mort survient à la fin du second septenaire. La convalescence est interrompue par une série d'infections pyogènes (furoncles, abcès, pleurésie purulente, infection purulente).

La *variole hémorragique* comprend deux catégories de cas : 1° *la forme hémorragique d'emblée* qui se caractérise par l'intensité de la fièvre, des symptômes généraux ataxo-adynamiques, l'angoisse, l'apparition d'un rash hémorragique lie de vin, qui contrairement aux autres rashs atteint la face et y produit une tuméfaction violette, les hémorragies et les ecchymoses multiples, le peu de développement de l'éruption qui fait défaut ou apparaît dans les derniers moments de la vie. La muqueuse bucco-pharyngée montre de bonne heure des exsudats ou de petites ecchymoses en grains de tabac (Coste); la mort arrive avant la fin du premier septenaire, parfois au bout de vingt-quatre heures, précédée de dyspnée. Les symptômes nerveux sont peu marqués; 2° *la forme hémorragique secondaire*, très grave quand elle est associée à la variole confluente, moins redoutable si elle se combine à une variole discrète. La pustule est envahie par l'hémorragie après sa formation; dans ce cas il y a aussi des ecchymoses et des hémorragies des muqueuses.

La *varioloïde* est une variole atténuée par une vaccination, une inoculation variolique, une variole spontanée antérieures, parfois sans cause appréciable. La période d'invasion est de trois à quatre jours, le second jour il y a un rash scarlatiniforme, l'éruption se fait en vingt-quatre heures; il n'y a pas ici de suppuration, ni de fièvre secondaire, la dessiccation transforme les pustules en petites saillies cornées (variola cornea ou verrucosa de VAN SWIETEN). La varioloïde peut se compliquer de délire au début, on a cité des cas où elle était hémorragique et confluente (LOUIS XV); même dans ces cas graves, elle ne s'accompagne pas de suppuration, mais en général elle constitue une affection bénigne.

La *variole des nouveau-nés*, se caractérise d'après ROGER par l'hypothermie 36°, 33°, 30° et même 28°, l'ictère. La mort arrive parfois sans éruption (le diagnostic se fait parce que l'enfant est issu d'une mère en état de variole). Si l'éruption se fait elle est discrète, avortée. La suppuration est exceptionnelle, la mort se produisant toujours assez rapidement.

4° Complications. — Au début, on note l'*hyperpyrexie* avec ses troubles nerveux ou la *tendance hémorragique*; plus tard, on peut redouter certains accidents locaux, *œdème du larynx*, *panophtalmie*, ou des *processus pyogènes* atteignant la peau, (furoncle, abcès), les muqueuses, et pouvant aboutir à l'*infection purulente*.

Parmi les viscères touchés, signalons le cœur qui peut présenter de la *péricardite*, de l'*endocardite*, mais surtout de la *myocardite* (DESNOS et HUCHARD); les poumons qui sont souvent le siège de *lésions broncho-pneumoniques* (JOFFROY et BREYNAERT, AUCHÉ[1]); le *système nerveux* dont les lésions donnent lieu à des paralysies diverses.

5° Diagnostic. — Le diagnostic de la variole peut être affirmé dès le début d'après l'examen du sang. COURMONT et MONTAGARD (1900) ont montré que dès la période des rashs et des macules, il existe une *mononucléose* (augmentation du nombre

[1] AUCHÉ, *Arch. clin. de Bordeaux*, 1893 et 1894.

des leucocytes mononucléaires), que cette mononucléose persiste à la période de pustulation qui est bien le fait du virus variolique et ne doit pas être attribuée à l'intervention des germes pyogènes ordinaires. Quand il y a des suppurations secondaires, abcès, furoncles, la mononucléose fait place à de la polynucléose : WEIL, de Paris, a montré de son côté que la mononucléose variolique était due à des myélocites, en particulier à des mononucléaires granuleux neutrophiles.

La variole à son début peut être confondue avec une maladie infectieuse quelconque : *grippe*, *pneumonie*, etc.

Les rashs établissent la similitude avec la *scarlatine* et la *rougeole*. Le *purpura hémorragique* ne diffère pas dans les premiers temps de la variole hémorragique.

La période d'éruption est caractéristique. Cependant, on peut croire à une *rougeole boutonneuse* ou à un *varicelle*.

Rappelons comme signes caractéristiques la rachialgie, les vomissements et l'énanthème pharyngé précédant l'exanthème. Le diagnostic des formes peut se déduire de la formule leucocytaire. Ainsi dans la variole hémorragique les mononucléaires granuleux neutrophiles peuvent atteindre la proportion de 25 p. 100. Dans les cas mortels, les polynucléaires tombent à 15 p. 100 (WEIL, de Paris). Le pus des pustules montre des formes leucocytaires analogues à celles du sang tant qu'il n'y a pas de complications. L'accroissement brusque des polynucléaires dans le sang doit faire craindre une suppuration additionnelle.

6° Pronostic. — Le pronostic est bénin dans la forme discrète. La variole confluente ou hémorragique est presque toujours mortelle. — Chez les nourrissons non vaccinés, la mort est fatale. La vaccination préserve de la variole ou l'atténue (varioloïde). Les revaccinations méthodiques confèrent une immunité presque absolue qui peut cependant fléchir en temps d'épidémie.

7° Traitement. — Le traitement comprend la prophylaxie et le traitement proprement dit.

a. *Prophylaxie*. — La prophylaxie est contenue tout entière

dans la vaccination, dans la revaccination en temps d'épidémie, et qui doit surtout être appliquée dans l'entourage du varioleux. De même, en temps d'épidémie, on doit revacciner les femmes grosses et vacciner les enfants dès leur naissance, et non pas attendre trois mois suivant le préjugé du public. L'isolement du varioleux, la désinfection de tous les objets susceptibles d'être souillés par ses sécrétions ou ses produits de desquamation sont des mesures rationnelles, mais qui ne doivent passer qu'après la vaccination.

b. *Traitement proprement dit.* — Le traitement proprement dit est *général, symptomatique* et *local*. Le *traitement général* a été abordé par Beclère, Chambard et Ménard[1] qui ont injecté à seize varioleux du sérum de génisse vaccinée à une dose variant de un cinquantième à un vingtième du poids du corps et ont obtenu des résultats encourageants. Cette méthode demande à être confirmée.

Du Castel a préconisé la médication éthéro-opiacée : injections sous-cutanées d'éther deux fois par jour à la dose de 1/5 à 1/2 seringue chez les enfants; extrait thébaïque : 2 à 5 centigrammes par jour. Il ajoute du perchlorure de fer : V à X gouttes par jour. Cette médication a pour effet, d'après son auteur, de prévenir la suppuration.

Le *traitement symptomatique* varie. Au début, s'il y a hyperthermie avec accidents nerveux, c'est le bain froid qui est indiqué. On s'adresse à l'alcool, aux injections de caféine, en cas d'adynamie ou de faiblesse cardiaque. A la période de suppuration, la thérapeutique comporte l'antisepsie des muqueuses et de la peau : lavage de la bouche et des yeux avec une solution boriquée, badigeonnages du pharynx, bains tièdes au sublimé. A la période de dessiccation, on hâte la chute des croûtes avec des cataplasmes de fécule, des onctions à la vaseline, des bains savonneux.

Le *traitement local* consiste à faire avorter les pustules, en particulier celles de la face. On se sert à cet effet de pommades mercurielles, de l'emplâtre de *Vigo cum mercurio*, de pulvérisations au sublimé dissous dans l'éther (Talamon), de badigeonnages au glycérolé de sublimé.

[1] Ménard, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1896.

ARTICLE II

VACCINE

La vaccine est une maladie éruptive née spontanément chez la vache et le cheval, transmise par inoculation à l'espèce humaine qu'elle immunise contre la variole. Cette grande découverte est l'œuvre de Jenner, 1796.

1° Étiologie. — La vaccine ne se développe chez l'homme ni par contagion, ni par infection. Il est douteux qu'elle se transmette de la mère au fœtus ou du moins que ses propriétés immunisantes durent longtemps chez ce dernier.

La seule façon dont elle pénètre chez l'homme, c'est l'inoculation, parfois accidentelle comme chez les filles de ferme observées par Jenner qui trayaient des vaches atteintes de cowpox, fait à rappeler puisqu'il fut l'origine de la découverte, le plus souvent intentionnelle, ainsi qu'on la pratique journellement.

Le cheval, qui paraît être le meilleur terrain pour le développement de la vaccine spontanée, n'est pas mis à contribution, car ses produits sont trop actifs. Le vaccin est fourni par la *vache*, spécialement le *veau* ou l'*homme*. Le vaccin humain a pris le nom de *vaccin jennérien*.

a. *Vaccin animal.* — On l'emprunte aux veaux ou aux jeunes génisses dans des conditions variées : 1° en cas de *cowpox spontané;* 2° en cas de *cowpox inoculé* par le vaccin d'une autre vache; 3° en cas de *rétro-vaccination* (transport du vaccin de l'homme à la vache); 4° en *cas de variolisation* (transport de la variole sur la vache). En fait, vu la rareté et le caractère aléatoire du cowpox spontané, on en est arrivé dans la plupart des pays à créer des instituts vaccinaux où on entretient constamment la vaccine sur des veaux dont l'âge varie de un à quel-

ques mois, et chez lesquels on fait des inoculations nombreuses. Le veau est préféré à la vache, car il est rarement tuberculeux.

Les pustules sont développées au cinquième ou sixième jour. On ne se sert pas de la lymphe pure qui est peu active. Les deux procédés utilisés sont le broiement de la pustule excisée ou son produit de raclage. On conserve la pulpe obtenue dans de la glycérine. On renferme le mélange dans des tubes fermés ou entre deux plaques de verre pendant environ deux mois, avant de l'utiliser, et on le conserve au frais. La pulpe vaccinale, en effet, peut renfermer des microbes étrangers au vaccin (staphylocoques). Ceux-ci disparaissent spontanément au bout de deux mois (Chambon et Saint-Yves Ménard). — Le virus vaccinal lui-même s'affaiblit ou disparaît au bout de six mois (Hervieux, Dauchez). Il résiste mal à la chaleur, beaucoup mieux au froid.

b. *Variolo-vaccin.* — C'est un vaccin fourni par des vaches à qui on a inoculé la variole humaine. Pour animaliser la variole, on la fait passer à travers plusieurs générations de bêtes. On obtiendrait ainsi un véritable vaccin pour l'homme. Thiélé de Kazan, dès 1836, avait vacciné sans accidents plus de 3000 individus avec le variolo-vaccin, précédé dans cette voie par Ceely. Depuis, Voigt, Fischer, Eternod et Haccius ont eu recours au variolo-vaccin. Ce procédé de vaccination soulève la question de l'origine de la vaccine. Les auteurs que nous venons de citer sont unicistes et admettent l'identité de la vaccine et de la variole. Chauveau a fait à plusieurs reprises la critique de cette opinion[1] et déclare que, actuellement, cette identité n'est pas établie. Les récentes recherches de J. Courmont et Montagard sur la formule leucocytaire de la variole ont confirmé cette opinion. La mononucléose variolique n'existe pas dans la vaccine. Si théoriquement le variolo-vaccin doit être tenu pour suspect, pratiquement il a fait ses preuves dans plusieurs contrées.

c. *Vaccin jennérien.* — Le vaccinifère doit être sain, sans tare syphilitique ni scrofuleuse. Il doit être âgé de plus de deux mois, pour qu'on soit garanti contre la possibilité d'une

[1] Voy. Thèse de Berthet, Lyon, 1884.

syphilis héréditaire. Le vaccin est recueilli du 6e au 8e jour de l'éruption. On scarifie légèrement une pustule et on voit s'écouler une lymphe claire, un peu visqueuse, qu'on peut inoculer immédiatement ou recueillir dans un tube de verre ou entre deux lames de verre, le tout pratiqué aseptiquement.

d. *Vaccination.* — En temps d'épidémie, on doit vacciner tout sujet, quels que soient son âge et l'état de sa santé. La réceptivité pour la vaccine existe dès la naissance. On se contentera chez les nouveau-nés de faire une ou deux piqûres. En temps ordinaire, on laisse passer la période dite *du nouveau-né* qui correspond à la formation de la cicatrice ombilicale et de la circulation porte en même temps qu'aux infections que Marfan désigne sous le nom d'*obstétricales*. Cette période varie suivant les auteurs de vingt jours à trois mois. Cependant Fabre (thèse de Pierrot, Lyon 1904) recommande la vaccination chez le nouveau-né. Elle évolue avec une bénignité toute particulière ; elle exige l'emploi d'une lymphe très active. Si l'enfant présente des manifestations cutanées, érythèmes, intertrigo, eczéma, il convient d'attendre leur disparition, pour des raisons que nous développerons plus loin.

Le *procédé opératoire* a varié au point de vue expérimental. On a fait pénétrer le vaccin par *inhalation*, par *ingestion*, par *injection* dans la voie sanguine. En clinique on n'a recours qu'à l'*insertion intra-dermique*. Le point choisi est la face externe du bras au-dessous de l'insertion deltoïdienne. Chez les filles, on pratique parfois la vaccination sur la jambe ou la cuisse. Si l'enfant est atteint de nœvus, on portera le vaccin à ce niveau, c'est un excellent procédé de guérison pour cette lésion. Le vaccin humain est inséré par piqûre sous-épidermique à 2 ou 3 millimètres de profondeur, avec la lancette cannelée en fer de lance, le vaccin animal par scarifications superficielles de 1 centimètre de longueur, avec la lancette ordinaire qui est chargée de vaccin ; on laisse déposer pendant la scarification une goutte sur chaque entaille. La partie opérée est préalablement aseptisée par un lavage au savon, à l'éther et au sublimé ; après la vaccination, on attend quelques minutes et on panse avec un peu de coton aseptique.

On doit observer dans la vaccination certaines précautions. Le vaccin humain ne doit pas être mélangé de sang, ni d'aucun produit étranger à la lymphe proprement dite. Le vaccin animal ne doit pas avoir moins de deux mois ni plus de six.

2° Nature du vaccin. — On ne connaît pas exactement l'élément actif du vaccin. La lymphe vaccinale se coagule au bout de quelques jours et renferme à côté de la fibrine des globules blancs et des corpuscules brillants. Ces derniers paraissent conférer au vaccin toute son activité (Chauveau). Ce ne sont pas des microbes : ils ne se multiplient pas et résistent à une pression de vingt-trois atmosphères (P. Bert).

La plupart des microorganismes décrits (Klebs, Strauss, Pincus, Ruist) ont une action discutable. Ruist est le seul qui ait réussi à cultiver le vaccin, ses expériences n'ont pas été confirmées. Arloing (1896) déclare que l'agent virulent de la vaccine reste à découvrir. Funk de Bruxelles, Roger et Weil ont décrit récemment un nouvel organisme de la vaccine qu'ils n'ont pu cultiver (1901).

3° Symptômes. — Les symptômes diffèrent suivant que la vaccine est *régulière* ou *irrégulière* :

A. Vaccine régulière[1]. — La vacine régulière a une évolution à peu près constante. Le 3e jour, survient une *macule*, le 4e jour une *papule* avec un petit point noirâtre : le 5e jour, une *vésicule*, le 6e, une *vésico-pustule* large, aplatie, nacrée, entourée d'une aréole à base indurée ; les 7e et 8e jour la vésico-pustule s'*ombilique*. A ce moment il existe un peu de tension, de prurit et parfois de l'adénopathie temporaire. Du 9e au 12e jour, la pustule se flétrit, se sèche, forme une *croûte* qui tombe au bout de huit à quinze jours, laissant à découvert une surface déprimée, ronde, gaufrée, d'abord rouge, puis blanche, parsemée de petits points noirs ; c'est la *cicatrice vaccinale*.

La fièvre ne se montre guère avant la fin du premier septenaire : elle est modérée et dure peu. Il convient à ce moment de garder l'enfant à la maison un ou deux jours. Nous reproduisons ci-dessus le tracé d'une vaccine relativement très fébrile.

[1] Voy. planche II, fig. 1.

B. Vaccine irrégulière. — La vaccine irrégulière, à son tour, se traduit par différentes modalités :

a. *Variations dans la marche.* — La vaccine peut être en *avance*, la pustule se montrant au 3e ou 4e jour ; plus souvent elle est en *retard* de quelques jours. Elle peut être *interrompue* par une

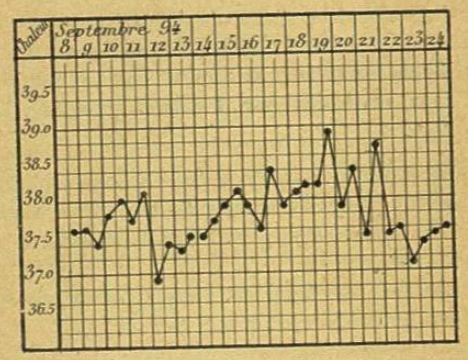

Fig. 6
Vaccine.

maladie intercurrente (rougeole, coqueluche), puis reprendre. Elle se présente parfois sous la forme de *poussées successives*, les différentes pustules n'étant pas contemporaines dans leur évolution. A cette forme se rattachent les éruptions par *auto-inoculation*, l'enfant s'inoculant par grattage en des lieux plus ou moins variés. L'auto-inoculation s'explique par ce fait que l'immunité vaccinale n'est conférée qu'au 7e jour et qu'avant ce délai toute inoculation peut être positive.

b. *Vaccinelle.* — La vaccinelle n'arrive pas à la suppuration. L'évolution commence dès le premier jour et se termine en trois ou quatre jours. Ce n'est pas une fausse vaccine, comme on l'a cru, c'est, d'après Chauveau, une vaccine atténuée par le défaut de réceptivité et qu'on peut faire revivre.

c. *Vaccine généralisée.* — La vaccine généralisée est caractérisée par l'apparition simultanée de lésions vaccinales en différents points du corps et par l'intensité des phénomènes généraux[1].

d. *Éruptions secondaires.* — La vaccine peut provoquer un certain nombre d'éruptions dont les principales sont :

la *roséole*, exanthème bénin, passager, paraissant du 4e au 11e jour ;

les *éruptions vésiculeuses*, eczéma, impétigo ;

le *pemphigus* spécial aux enfants cachectiques.

Ces éruptions sont le fait d'infections secondaires ou de prédispositions réveillées par l'excitation cutanée due à la vaccine.

4° Complications[1]. — Les complications sont provoquées par des contaminations vaccinales ou des infections associées. Les principales sont : l'érysipèle, l'ulcère vaccinal, la gangrène, la syphilis, la tuberculose.

a. *Érysipèle.* — L'érysipèle est *précoce*, *tardif*, ou survient à la fin du premier septenaire. Il est *fixe* ou *migrateur*, et dans ce dernier cas constitue une affection grave. Parfois il s'accompagne d'*infection générale* ou d'*ictère* et entraîne la mort.

b. *Ulcère vaccinal.* — Plus spécial au cowpox, il survient surtout chez les enfants cachectiques. La pustule, au lieu de se dessécher, cède la place à une ulcération qui s'accompagne d'adénopathie axillaire.

c. *La gangrène* est rare, de même que la *pyémie*.

d. *La syphilis vaccinale* n'est pas à redouter avec le vaccin animal. Viennois prétendait que la lymphe pure recueillie sur un syphilitique vaccinifère ne pouvait transmettre la syphilis, qu'il fallait en plus, du sang mélangé à la lymphe. Cette opinion qui a longtemps prévalu est aujourd'hui abandonnée. Rinekcker (cité par Josserand) a établi après Diday et Gamberini que la vaccination peut éveiller la syphilis latente, que celle-ci

[1] Voir Dauchez. Th. de Paris, 1883.

[1] Voir Josserand, *Contribution à l'étude des contaminations vaccinales*, Th. de Lyon, 1884.

se manifeste sous forme d'un exanthème généralisé ou d'un ulcère sous-jacent à la pustule ; cet ulcère ne paraît qu'après le 7e ou le 8e jour. Le vaccin recueilli avant le 7e jour ne confère pas la syphilis. Après le 7e jour, la lymphe vaccinale peut être mêlée aux produits de sécrétion de l'ulcère.

e. *Tuberculose vaccinale.* — La question, née avec le travail de Toussaint, a perdu de son importance. Bollinger nie la transmissibilité de la tuberculose par la vaccination. Chauveau et Josserand inoculant à des cobayes la lymphe vaccinale recueillie sur des tuberculeux à différentes périodes ont eu des résultats négatifs. Au surplus, les veaux qui servent de vaccinifères sont exceptionnellement tuberculeux.

5° Diagnostic. — Bien que la vaccine soit une maladie provoquée, elle peut prêter dans certains cas à des confusions. La *vaccine généralisée* simule la variole dont elle se distingue par sa marche rapide, sa bénignité, la transmissibilité au veau, la marche irrégulière de l'éruption qui procède par poussées, un peu à la façon de la varicelle, l'absence de mononucléose dans le sang ; la *vaccine ulcéreuse* rappelle la *syphilis*.

6° Pronostic. — La vaccine n'a d'inconvénients que lorsqu'elle est pratiquée sans précautions : on ne doit emprunter la lymphe qu'à des sujets sains, ne présentant ni syphilis, ni scrofule, ni suppurations, ni cachexie. L'opération doit être faite aseptiquement. Les parties inoculées doivent être mises, par un pansement occlusif, à l'abri de toute infection secondaire, particulièrement dans les salles d'hôpital. Enfin, hors les cas d'épidémie, on ne doit vacciner que des enfants bien portants ; il faut se méfier de ceux qui ont des éruptions cutanées. Dans ces cas, on se borne à une ou deux scarifications et on pratique une asepsie et une occlusion de la région inoculée particulièrement minutieuses.

Nous ne nous arrêterons pas à défendre la vaccine contre les méfaits dont on l'a chargée. On lui a attribué le développement de la diphtérie et de la fièvre typhoïde, on l'a considérée comme une chose contraire à la religion ; on a prétendu que la variole était un émonctoire social.

Les bienfaits de la vaccine ne sont plus à démontrer : diminution de la mortalité générale, augmentation de la vie moyenne (Martin). La mortalité par variole s'est réduite de près de 90 p. 100. Avant la vaccination, 50 aveugles sur 100 tenaient leur cécité de la variole. Les gens défigurés étaient nombreux.

L'immunité, conférée par la vaccine, s'éteint peu à peu. Cette notion, inconnue au début de la vaccine, avait servi d'argument aux antivaccinateurs. Le correctif est depuis longtemps connu ; c'est la *revaccination* qui devrait être obligatoire comme la vaccination elle-même. La première revaccination doit être pratiquée à sept ans (Hervieux) et en cas d'insuccès être renouvelée tous les ans. En fait, l'obligation de la revaccination dans les écoles et à l'armée satisfait à peu près aux conditions essentielles de l'hygiène. Toutefois, les succès obtenus par la revaccination chez les vieillards (Lannois)[1] indiquent la nécessité de revaccinations générales en cas d'épidémie. Il faut savoir qu'en temps d'épidémie, ce sont les sujets vaccinés depuis le plus longtemps, adultes et surtout vieillards, qui sont exposés aux formes les plus graves. Une vaccination antérieure même assez récente, ne confère, en temps d'épidémie qu'une immunité relative. Même une vaccination actuelle sans succès n'empêche pas une variole atténuée (Roger). Cet auteur conseille en temps d'épidémie de se faire vacciner 2 et 3 fois de suite à 8 jours d'intervalle. Si la dernière vaccination prend, les premières scarifications donnent des pustules.

L'importance de la revaccination ressort bien de la comparaison faite, en 1870, à Langres, entre soldats allemands revaccinés et les soldats français non revaccinés. Les premiers eurent sur 10.000 hommes 6,8 décès par variole, les autres 222 décès.

7° Traitement. — Le traitement est surtout prophylactique. On doit laver la région qu'on veut inoculer au savon, à l'éther et au sublimé; flamber la lancette et après l'inoculation, faire au bout de cinq minutes, un pansement occlusif avec de la

[1] Lannois, *Lyon médical*, 1897.

gaze aseptique, du coton. Ce pansement doit être maintenu pendant toute la durée de l'affection : il préservera l'enfant de grattages ou de fusées sur les parties voisines. Il est spécialement indiqué chez les enfants atteints de dermatose. On peut sortir un enfant vacciné sauf pendant la courte période où il présente de la fièvre.

ARTICLE III

VARICELLE

La varicelle est une maladie spécifique, contagieuse, distincte de la variole dont on a prétendu qu'elle était une forme atténuée, en se basant sur les analogies qui existent entre la varicelle grave et la variole, et sur quelques apparences de contagion. La variole ni la vaccine ne préservent de la varicelle, celle-ci ne confère aucune immunité vis-à-vis des précédentes.

1° Étiologie. — La varicelle se montre, sans distinction de sexe, chez les enfants à partir de deux ans jusqu'à huit et dix ans. Elle est plus rare chez le nourrisson et exceptionnelle après la puberté. Elle ne récidive pas.

Elle est contagieuse. La contagion se fait à courte distance par l'air ou des intermédiaires établissant le contact indirect, mais *immédiat*. La varicelle ne crée pas de foyers d'infection. La contagion s'exerce surtout au début. La durée de la transmissibilité est mal établie.

L'inoculabilité est douteuse.

2° Symptômes. — Nous distinguerons une période d'incubation, d'invasion et d'éruption. Nous rattacherons à cette dernière la dessiccation qui est d'une importance clinique très relative.

a. *Incubation.* — L'incubation a été fixée par Talamon[1] à treize jours.

b. *Invasion.* — L'invasion passe souvent inaperçue. Parfois elle se traduit par un malaise léger qu'on attribue à un refroidissement ou à une indigestion et qui ne dure qu'un ou deux jours.

[1] Talamon, *Méd. mod.*, 1891.

Exceptionnellement elle s'annonce par un appareil fébrile plus marqué, la température s'élève à 39°,5-40°; on voit paraître de l'agitation, des vomissements, parfois même du délire ou des convulsions. Tous ces symptômes disparaissent rapidement en même temps que se montre l'éruption.

c. *Éruption* [1]. — L'éruption se compose de vésicules sphériques ou ovalaires, renfermant un liquide clair comme de l'eau de roche. Leurs dimensions varient depuis celles d'une tête d'épingle jusqu'à celles d'un petit pois. Elles sont précédées pendant quelques heures d'une macule plus ou moins saillante. Elles se troublent rapidement (vingt-quatre à quarante-huit heures), se dessèchent au bout de deux à trois jours et laissent à leur place une croûte noirâtre qui tombe au bout d'une semaine, découvrant une petite surface rouge violacée qui s'efface à son tour. Il est exceptionnel que la pustule varicellique détermine autour d'elle une zone inflammatoire. Régulièrement arrondie dans la plupart des cas, elle présente aussi de l'ombilication, dont on a voulu à tort faire un signe caractéristique de la pustule variolique. Elle laisse parfois à sa suite une cicatrice. On a décrit dans le varicelle à titre exceptionnel des rashs, le plus souvent scarlatiniformes siégeant sur le tronc, les membres inférieurs, d'une durée de quelques heures à 24, 36 heures, annoncés par une légère poussée fébrile éphémère. Le rash précède, accompagne ou suit l'éruption varicellique. Il peut se répéter avec chaque poussée (consulter Lorrain, *Ann. de méd.* 1895; Cerf, *Presse*

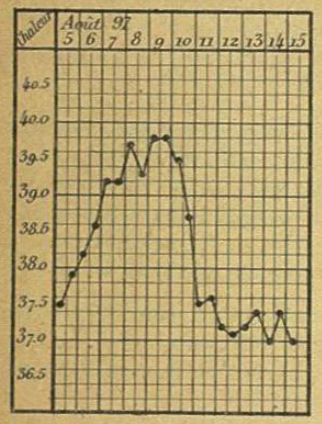

Fig. 3.
Varicelle.

[1] Voir planche II, fig. 2.

médicale. 1900). L'éruption varicellique a pour caractères : 1° d'être *discrète*, de ne former qu'un petit nombre de vésicules; 2° d'être *diffuse*, d'occuper d'un jet les parties diverses du corps, muqueuses, face, tronc, membres; 3° *de procéder par poussées successives*, séparées par des intervalles de deux à trois jours. Les poussées peuvent se répéter plusieurs fois de suite de façon à prolonger la maladie, généralement il n'y en a que deux ou trois. Chaque poussée s'accompagne d'un mouvement fébrile éphémère; 4° d'être *polymorphe*, cela résulte du défaut de synchronisme des éléments éruptifs. On trouve, en effet, après quelques jours, rassemblés dans la même région ou des régions voisines, des macules, des vésicules claires, des vésicules troubles, des croûtes.

Comme *localisations spéciales*, signalons : les vésicules du cuir chevelu qui attirent l'attention par la douleur qu'elles provoquent au moment où l'on peigne l'enfant; les vésicules de la bouche, occupant la langue, la face interne des joues, le palais, l'isthme du gosier et qui se présentent sous l'aspect d'érosions rappelant les aphthes et donnent parfois lieu à de la salivation et à de la douleur dans l'ingestion des aliments. C'est en somme un véritable énanthème. On a signalé aussi la production de vésicules sur la conjonctive, la vulve, l'orifice nasal, le conduit auditif.

La varicelle retentit peu sur l'organisme. Les *troubles fonctionnels* se réduisent à du prurit léger qui a l'inconvénient de provoquer des grattages. Les *troubles généraux* font défaut, à part le léger mouvement fébrile du début et celui qui accompagne chaque poussée. Beaucoup de varicelleux promènent leur éruption. Il existe cependant des varicelles à éruption très abondante, avec réaction fébrile, et qui sont très difficiles à distinguer de la variole.

d. *Dessiccation*. — Les croûtes formées aux dépens des vésicules peuvent durer deux à trois semaines. Cette période, à moins de complications, ne s'accompagne d'aucun trouble.

3° Marche. — Chaque poussée dure trois à quatre jours; la durée totale est de huit à dix jours, si on compte l'intervalle compris entre le début et la formation des croûtes, du double,

si on attend la chute des croûtes. Elle peut se prolonger, si le nombre des poussées est considérable.

4° Localisations anormales. — La varicelle peut envahir le larynx et donner lieu à un spasme de la glotte (Boucheron[1] Marfan et Hellé[2]) qui peut entraîner la mort (cas de Boucheron). On croit, dans ces cas, à l'existence du croup.

5° Complications. — La varicelle par elle-même, sauf dans ses formes très intenses qui sont rares, constitue une maladie insignifiante. Mais en faisant brèche à la barrière épithéliale des téguments et des muqueuses, elle permet à certaines infections secondaires de se développer. Cela est surtout vrai des nourrissons placés dans les crèches, qui par le fait de la varicelle sont exposés à nombre de pyodermies. Tantôt ce sont des furoncles, de l'impetigo, plus souvent des abcès multiples qui emboîtent le pas à la varicelle; parfois la varicelle devient secondairement ulcéreuse ; on a cité des cas où les vésicules se compliquent de gangrène, répartie comme l'éruption varicellique, en une série d'îlots disséminés. Toutes ces additions morbides sont tellement peu le fait de la varicelle elle-même, que j'ai pu les faire disparaître complètement de mon service par l'usage systématique des linges stérilisés. Quand on veut bien envisager sans parti pris les prétendues complications de la varicelle, on se rend compte qu'elles sont le fait du milieu septique où sont placés les enfants. De même les complications d'ordre plus général, l'arthrite varicellique signalée par Bokai et Perret[3], les septicémies avec suppurations des séreuses, broncho-pneumonie, etc., rappellent tout à fait les complications analogues des pyodermies chez des enfants non varicelliques. Même mécanisme pour les stomatites, les angines, les vulvites signalées par Comby.

Il n'en est pas de même de la néphrite qui a été observée par Henoch, Unger ; cet auteur l'a notée 7 fois sur 84 cas ; elle sur-

[1] Boucheron, *Th. de Paris*, 1893.

[2] Marfan et Hellé, *Rev. des mal. de l'enf.*, 1897.

[3] Perret, *Prov. méd.*, 1889.

vient généralement à la convalescence, chez des sujets non infectés, et guérit. On a cité des cas de néphrite mortelle, mais aucun cas qui aurait passé à l'état chronique.

6° Diagnostic. — Le diagnostic de la varicelle doit être surtout fait avec la variole. Lorsqu'on a affaire à une varicelle vieille de trois à quatre jours, la distinction est facile. A ce moment, en effet, on trouve dans la même région des éléments d'âge différent, vésicule commençante, vésicule mûre, vésicule desséchée, et ce polymorphisme tient à ce que la varicelle procède par poussées successives dont chacune sème des éléments sur toutes les régions du corps. Dans la variole, le polymorphisme peut à la rigueur exister, mais il est réparti par régions, les vésicules de la face sont plus anciennes que celles des extrémités, mais dans le même point, les différents éléments se ressemblent.

Si la varicelle ne donne qu'une poussée, ce qui est rare, ou si on l'observe au début, le diagnostic devient plus délicat. Dans les cas tranchés, la vésicule varicellique est en quelque sorte déposée à fleur de peau, tandis que la pustule variolique prend corps avec l'épiderme, est enchâssée dans sa substance. Il s'en faut que les choses se présentent toujours aussi simplement. J'ai vu des varicelles rapidement pustuleuses dont l'éruption ne pouvait se distinguer de la variole, à ne considérer que la lésion élémentaire. Et quand on voit de pareilles formes au début, aucun des signes proposés pour le diagnostic ne permet de se prononcer. Mes recherches avec Descos nous ont permis d'affirmer dans 25 cas de varicelle pris au hasard de l'entrée, l'absence constante de mononucléose et de myélocites dans le sang. Depuis de nouveaux examens n'ont fait que confirmer cette donnée. Les exceptions trouvées par Émile Weil, Enriquez et Sicard, Nobécourt et Merklen à cette règle, exceptions assez nombreuses pour que ces auteurs aient pu négliger la formule hématologique dans le diagnostic de la varicelle et de la variole, ne sont explicables que parce que leurs observations ont été

[4] Weill et Descos, *Formule hémo-leucocytaire de la varicelle*, J. de phys. et path. génér., 1902.

faites en temps d'épidémie variolique, et qu'il y a eu vraisemblablement confusion clinique entre des varioles légères et la varicelle, ou bien entre des varicelles intenses et la variole. Et c'est précisément, parce que le diagnostic clinique est pour moi, dans certains cas, presque impossible, que je crois que l'étude du sang varicellique doit être faite, dans les conditions où nous nous sommes placés, c'est-à-dire en dehors d'une épidémie de variole.

Abstraction faite de la variole, la varicelle ne peut guère être confondue qu'avec certaines affections vésiculo-bulleuses, comme le *pemphigus*.

7° **Pronostic**. — La varicelle est une affection bénigne. Elle peut être gênante par certaines localisations (varicelle conjonctivale), grave par d'autres (varicelles laryngées). Elle peut être intense et dessiner une véritable pyrexie éruptive. Son vrai danger est dans les infections secondaires, qui sont surtout le fait de l'âge peu avancé et du milieu hospitalier.

8° **Traitement**. — Aussi le traitement doit-il réaliser une asepsie rigoureuse des téguments chez les nourrissons par les linges stérilisés. Aux grands enfants, il faut recommander d'éviter les grattages, d'avoir les mains propres. L'affection elle-même demande peu de soins : au début et à chaque poussée, on combattra la fièvre par l'antipyrine, la cryogénine, etc. S'il y a de l'agitation on donnera des bains tièdes. L'alitement ne sera ordonné que dans les éruptions généralisées.

ARTICLE IV

SCARLATINE

La variole est le type des maladies à éruptions vésiculo-pustuleuses. La scarlatine représente celui des maladies générales à exanthèmes érythémateux.

1° **Étiologie**. — Il faut distinguer les causes prédisposantes et les causes occasionnelles :

a. *Causes prédisposantes*. — La scarlatine frappe surtout les enfants, à partir de deux ou trois ans. Les nourrissons sont rarement atteints, bien qu'ils ne présentent pas d'immunité absolue. La scarlatine épargne bien moins encore les jeunes gens et les adultes. Il est vrai que chez ces derniers, elle affecte parfois un type atténué, en sorte que, dans l'entourage d'un enfant scarlatineux, on peut voir les personnes plus âgées souffrir d'une simple angine, toujours suspecte dans ces cas. La scarlatine est également fréquente dans les deux sexes. Elle est endémique, mais éclate parfois sous forme d'épidémies, dont la gravité est des plus variables au point que Sydenham a pu, au début de sa carrière, la mettre au rang des maladies bénignes, et à la fin de sa vie, la considérer comme un fléau redoutable. Les épidémies se montrent surtout à la fin de l'hiver et au printemps. La prédisposition pour la scarlatine est moins marquée que pour la rougeole et la variole. Les *récidives* de la scarlatine sont exceptionnelles.

b. *Causes efficientes*. — On ne connaît pas encore le germe de la scarlatine, et il serait presqu'oiseux d'en parler dans un précis, si de nombreuses publications n'avaient récemment attiré l'attention sur le rôle du streptocoque dans la pathogénie de cette maladie.

On a trop perdu de vue, en faisant des interprétations aussi étroites, les grands caractères de la scarlatine : maladie spécifique, se propageant toujours sous la même forme, variable dans sa gravité ou ses manifestations, mais constante dans son expression élémentaire, ne récidivant pas, non inoculable, frappant dans sa convalescence le rein d'une façon qui ne rappelle la manière d'aucune autre maladie. Qu'on compare avec la scarlatine les affections streptococciques ordinaires qui récidivent, produisent tantôt des affections purement locales, tantôt des accidents généraux (érysipèle, fièvre puerpérale), qui pénètrent communément à la faveur d'une brèche faite aux barrières épithéliales, et on ne pourra s'empêcher de remettre les choses au point, de garder à la scarlatine son individualité si saisissante,