

devient encore plus grave quand cette fièvre se complique de symptômes notables d'irritation et de dépression du cerveau. Un exanthème qui se développe d'une manière bien nette et en temps opportun, avec une fièvre modérée et une angine catarrhale moyenne, constitue un excellent ensemble de symptômes. L'angine parenchymateuse, l'inflammation du tissu cellulaire de la muqueuse de la gorge et du cou sont très dangereuses ; la diphtérie, le croup, la gangrène sont des complications presque toujours mortelles. La disparition brusque de l'exanthème indique le développement d'une maladie grave des organes internes, poumons ou cerveau ; l'éruption tardive de la scarlatine avec persistance d'une fièvre intense et concomitance de symptômes cérébraux est un mauvais signe. La scarlatine marbrée (*variegata*) est souvent suivie d'une bronchite opiniâtre et de pneumonie. La scarlatine miliaire, caractérisée par l'apparition de vésicules sur l'exanthème déjà existant, indique un empoisonnement pyémique du sang. Des pétéchies isolées, des épistaxis, alors que les autres symptômes sont modérés, sont sans gravité ; au contraire, en présence d'une fièvre intense, de délire, d'assoupissement et de gangrène, ces pétéchies et ces épistaxis indiquent une dissolution générale du sang.

Il faut, dès le début de la scarlatine, apporter une grande attention à la marche de la diurèse, et contrôler, par une épreuve journalière, la quantité d'albumine qui existe dans l'urine. L'albuminurie n'est pas elle-même un symptôme dangereux ; elle ne manque presque jamais. Mais la présence de l'albumine doit toujours faire penser aux dangers de l'urémie et aux terminaisons possibles de cette affection, ou tout au moins à l'hydropisie consécutive et au retard que la convalescence peut en éprouver. Cette complication, ainsi que toutes les autres d'ailleurs, doit être appréciée suivant son importance pathologique et suivant les conséquences qu'elle peut entraîner ; et le médecin se guidera d'après cela pour établir le pronostic. Il en est de même pour les symptômes consécutifs et les maladies qui succèdent à la scarlatine.

Du reste, le caractère général de l'épidémie et du génie épidémique entre aussi en ligne de compte pour le pronostic. D'après le dire des médecins d'enfants les plus expérimentés, il n'y a pas d'épidémie de scarlatine qui soit bénigne. Cependant, certaines épidémies se signalent par le nombre et la gravité spéciale des complications et des affections consécutives. Vers la fin de l'épidémie, les scarlatines sont en général moins graves. Quand le croup, la fièvre typhoïde, la dysenterie, le choléra règnent dans un pays, les cas, même sporadiques, de scarlatine sont plus à redouter.

Enfin, les conditions individuelles de l'âge, de la constitution générale et des complications accidentelles, doivent être prises en considération

relativement au pronostic, indépendamment, bien entendu, des circonstances résultant de la scarlatine elle-même. La maladie est en général plus grave chez les individus jeunes que chez les sujets plus âgés, bien que ces derniers puissent être tout aussi rapidement enlevés. Les personnes mal nourries, mal soignées habituellement, qui sont fréquemment atteintes d'angine, les enfants qui ont les amygdales hypertrophiées, les accouchées, les varioleux, les sujets atteints de fièvre typhoïde ou les convalescents sont sérieusement compromis quand ils prennent la scarlatine. Je termine ces indications en insistant sur ce fait que le médecin ne doit pas sans doute alarmer l'entourage des malades dans tous les cas de scarlatine, mais il ne doit pas non plus promettre une guérison certaine avant que les derniers symptômes des complications et des maladies consécutives aient complètement disparu.

En ce qui regarde l'exanthème, nous n'avons rien à dire des lésions anatomiques, que l'on ne puisse conjecturer déjà de l'aspect clinique qu'il présente : dans les formes normales, c'est de l'hyperhémie avec une exsudation modérée ; quand il y a des papules et des vésicules, l'exsudation correspondante est plus forte, et il y a prolifération de cellules à l'intérieur des papilles et du réseau muqueux ; enfin, dans les cas où il existe des pétéchies, on trouve de petits épanchements de sang à l'état libre dans les papilles et le derme. Sur le cadavre, l'hyperhémie a disparu. Les lésions anatomo-pathologiques, que l'on rencontre en outre dans la peau et dans d'autres tissus ou organes, correspondent aux différentes affections qui sont survenues pendant le cours de la scarlatine ; nous les avons déjà signalées en partie dans l'exposé que nous avons fait de ces complications.

L'étiologie de la scarlatine ne nous est guère plus connue que celle des autres exanthèmes aigus. Il n'est pas douteux que la cause de la maladie réside dans un contagion spécifique. Cette maladie ne survient jamais que par contagion, ainsi que l'ont catégoriquement démontré des observations précises recueillies dans tous les pays. Il doit en être de même aussi pour les cas sporadiques dans lesquels on ne peut pas faire la preuve directe de la source d'infection.

Quelques expérimentateurs ont réussi à transmettre la scarlatine à des individus bien portants en leur inoculant du sang, des pellicules ou des produits de sécrétion de sujets scarlatineux ; mais ces inoculations ont souvent déterminé des maladies générales tellement graves, que l'on a dû renoncer à ces expériences. D'autres, au contraire, n'ont obtenu aucun résultat. Seul, Miquel prétend avoir observé une inflammation purement locale et une protection contre une infection ultérieure. Dans le sang de lapins chez lesquels une injection de sang provenant de su-

jets atteints de scarlatine avait rapidement amené la mort, on a trouvé (Coze et Feltz, etc....) une grande quantité de bactéries. On est en droit de se demander si ces bactéries ont quelque chose de commun avec le contagé de la scarlatine.

Le contagé scarlatineux est volatil et se trouve dans l'atmosphère de la chambre des malades atteints de scarlatine. Il est également contenu dans le sang de ces malades, ainsi que dans les produits de desquamation et d'excrétion; il s'attache même aux objets et aux meubles qui peuvent le transporter à de grandes distances. L'infection peut se produire soit en respirant l'air imprégné du contagé scarlatineux, soit par le contact direct des malades et de leurs sécrétions, soit enfin par les rapports avec les personnes ou avec des objets sur lesquels le contagé a pu s'attacher. On a fait les récits les plus étranges, mais qui ont été souvent vérifiés, sur la longue durée de la transmissibilité du contagé scarlatineux, sur la résistance qu'il oppose au temps et aux changements de lieu, au grand froid et à la grande chaleur, ainsi qu'aux variations atmosphériques. Ainsi la maladie peut être transportée à de grandes distances par des personnes en bonne santé, ou par des individus qui ont eu la scarlatine, ou par des objets provenant de leur entourage, par des vêtements ou même par des lettres; ou bien on voit la scarlatine apparaître chez des personnes qui viennent habiter une chambre qui a été quittée depuis des mois par un scarlatineux et que l'on a depuis lors nettoyée à fond et désinfectée.

L'agent contagieux semble ne pas être exhalé par le malade pendant la période des prodromes, mais bien pendant celle de l'éruption. Aussi des enfants, que l'on a éloignés de leur frère ou sœur malade dès le début de la maladie, sont-ils le plus souvent épargnés. Par contre, la faculté d'infection des scarlatineux dure plus longtemps que celle des sujets atteints de rougeole, ainsi que certains faits permettent de le supposer; elle persiste encore quelque temps après la fin de la desquamation, alors qu'il subsiste quelque état pathologique consécutif à la scarlatine, par exemple l'hydropisie.

En général, la disposition à recevoir le contagé scarlatineux est moindre que pour la rougeole. C'est en raison de cela que, dans une même famille, le plus ordinairement, quelques membres seulement prennent la maladie; il est extrêmement rare que tous les enfants en soient atteints. C'est entre deux et sept ans que la disposition dont nous parlons est la plus forte. Cependant, à l'exception peut-être de la vieillesse, aucun âge n'est à l'abri de la scarlatine. L'enfant, pendant la vie intra-utérine, peut-il prendre cette maladie et l'apporter en venant au monde? C'est là un point qui n'est pas encore résolu.

Une fois guéris, les sujets qui ont eu la scarlatine paraissent être protégés pour toute leur vie contre une nouvelle infection; du moins les cas d'individus ayant eu une seconde fois la scarlatine sont très rares; on les a même révoqués en doute.

C'est sous forme sporadique que la scarlatine est la plus fréquente; dans les grandes villes comme Vienne, il en existe toujours quelques cas. Certains médecins prétendent, à ce propos, que la diphtérie et la scarlatine alternent l'une avec l'autre. Comme les cas isolés se touchent de plus près dans les grands centres et que les occasions de contagion y sont multipliées, il en résulte que, tous les trois ou quatre ans, il survient dans les grandes villes des épidémies de scarlatine; cependant, elles n'atteignent jamais les énormes proportions que prennent les épidémies de rougeole. Ce qui est propre aux épidémies de scarlatine, c'est qu'elles se développent d'une manière inégale, qu'elles s'éteignent lentement et qu'elles se maintiennent longtemps à leur maximum (Thomas). Elles se distinguent en épidémies bénignes, épidémies caractérisées par des complications et une marche spéciales, et épidémies malignes. Dans les populations éloignées des autres, la maladie est occasionnellement importée par des gens qui en sont atteints ou par des convalescents ou même par des objets imprégnés du contagé. La maladie peut y rester à l'état sporadique ou se développer sous forme épidémique.

La proportion de la mortalité varie entre 5,20 et jusqu'à 25 p. 100 des malades, suivant le caractère bénin ou pernicieux de l'épidémie régnante. Enfin, je vous ferai remarquer encore que, chez certains animaux domestiques, on a observé une maladie qui a quelque analogie avec la scarlatine.

Le diagnostic de la scarlatine typique repose sur des signes certains fournis par l'exanthème caractéristique de la peau: la rougeur ponctuée de celui-ci, sa délimitation autour du visage, l'angine précoce avec rougeur du voile du palais, la fièvre concomitante, et enfin la desquamation consécutive à la disparition de l'éruption. Dans les cas où la maladie se développe d'une façon rudimentaire, ou encore dans ceux qui se terminent fatalement avant la sortie de l'exanthème, diverses circonstances pourront aider à poser le diagnostic, si l'on sait, par exemple, qu'une épidémie de scarlatine règne actuellement, ou bien si l'on peut démontrer que le malade s'est trouvé en contact avec un scarlatineux, mais surtout la constatation de l'albumine dans l'urine. D'autres formes morbides obscures peuvent se reconnaître, abstraction faite de toute constatation de la cause d'infection: la scarlatine sans exanthème, par l'angine spécifique et par le génie épidémique; la scarlatine avec exanthème fugace, par la desquamation caractéristique ou par cer-

taines maladies consécutives, telles que les parotidites, l'hydropisie.

La rougeole se différencie de la scarlatine par l'aspect de l'exanthème, qui est sous forme de taches dans la première, par la présence de cet exanthème sur la face même et par le catarrhe; l'érythème se distingue de la scarlatine par l'absence d'angine, la variabilité de la forme et par le peu d'intensité ou l'absence de fièvre. C'est par ces caractères que l'on peut différencier l'exanthème quinique si fréquemment analogue à la scarlatine. Il faut aussi être prévenu de la possibilité de confondre le purpura variolique avec la scarlatine.

Dans l'état puerpéral, on voit quelquefois apparaître une affection qui est en général mortelle et qui est connue sous le nom de scarlatine puerpérale (Helm, 1837), et qu'il ne faut pas confondre avec la scarlatine survenant chez une femme en couches. La scarlatine puerpérale est un érythème plus spécialement localisé au bas-ventre, que l'on rencontre quelquefois aussi sur d'autres parties, parfois même étendu sur le corps entier, caractérisé par une rougeur diffuse, d'un rouge écarlate vif et même foncé, par une chaleur brûlante de la peau, en particulier de la peau du ventre, qui souvent est en même temps couverte de nombreuses vésicules miliaires. Les principaux symptômes sont la sensibilité douloureuse de l'utérus, des lochies peu abondantes et nauséabondes, et un état typhoïde avec fièvre intense et sécheresse de la langue. Cet érythème est l'expression d'un état pyémique résultant d'une phlébite utérine, et se distingue facilement de la scarlatine par les caractères que nous avons énoncés ci-dessus. Comme je l'ai déjà dit, cette scarlatine puerpérale se termine habituellement par la mort. Sur le cadavre, on trouve souvent encore les vésicules existantes ou bien on les reconnaît à une desquamation ponctuée.

De tout temps, les efforts des médecins ont tendu à rendre le traitement de la scarlatine le plus efficace possible, ce qui s'explique par la gravité que présente cette maladie. Malheureusement, nous ne possédons pas encore aujourd'hui de moyens capables de paralyser l'action du contagium qui émane du corps des scarlatineux, non plus que de celui qui a déjà pénétré dans l'organisme. Les médecins qui admettent comme un fait déjà démontré que le contagium de la scarlatine est constitué par des champignons microscopiques, comme le contagium de toutes les maladies infectieuses, peuvent toujours croire qu'ils réussiront à le neutraliser à l'intérieur de l'organisme par l'administration interne de salicylate ou de borate de soude, d'acide phénique, d'eau chlorurée, etc. En fait, jusqu'à présent, ni par l'emploi de ces moyens, ni par celui des acides minéraux auxquels on avait recours jadis, on n'a réussi dans aucun cas à empêcher l'éruption de la scarlatine quand le contagium de cet exanthème a été absorbé.

La première indication du traitement consiste donc dans la prophylaxie subjective et objective. Par prophylaxie subjective, j'entends la protection de l'individu non encore infecté, que l'on obtient en isolant celui-ci en temps opportun et d'une manière complète de la source de la maladie. Le but de la prophylaxie objective est de rendre le foyer infectieux aussi peu nuisible que possible, en isolant ce foyer et en désinfectant les chambres et les meubles qui ont été en contact avec les malades.

Dans l'état actuel de la science, le seul traitement à opposer à la maladie même est le traitement des symptômes. Sous ce rapport, le médecin aura assez d'occasions d'intervenir d'une façon rationnelle et utile. Mais, dans les cas à marche normale, il faut s'en tenir à la méthode purement expectante. On tiendra le malade au lit, légèrement couvert, dans une chambre à laquelle on donnera fréquemment de l'air et dont la température sera maintenue entre 17° et 19° C.; on lui fera souvent prendre des boissons tièdes, du bouillon léger, du lait, des fruits cuits; dans les cas d'angine douloureuse mais bénigne, on lui donnera de petits morceaux de glace ou, pour lui être plus agréable, des cuillerées de glace sucrée, un gargarisme pour déterger la gorge. On entretiendra la propreté du corps par des lavages et l'on changera souvent le linge et les draps; cela ne peut qu'être utile aux malades.

On ne permettra au malade de quitter le lit que quand le pouls sera redevenu normal depuis plusieurs jours, la peau douce et légèrement en transpiration. Quand la desquamation sera finie, on donnera un bain tiède, auquel on reviendra tous les deux ou trois jours. Ce n'est que vers la fin de la quatrième ou cinquième semaine, quand la desquamation sera complètement terminée partout, et quand il n'y aura plus trace d'albumine, que l'on permettra la sortie à l'air libre.

Dans tous les cas où la température fébrile est élevée et dans lesquels on trouve des symptômes cérébraux alarmants, je voudrais recommander le traitement hydrothérapique qui a souvent donné de bons résultats. Suivant le cas particulier, le médecin appréciera s'il doit appliquer ce traitement sous forme de demi-bains fréquents, tièdes ou frais, de lavages ou de linges mouillés. Si je parle ici des frictions méthodiques avec du lard, conseillées par Schneemann, c'est uniquement pour vous dire qu'elles ne servent à rien.

Je ne vous énumérerai pas ici les moyens et les méthodes qui sont indiqués et dont on peut faire usage contre cette multitude de symptômes morbides généraux et locaux qui peuvent compliquer la scarlatine, comme les excitants dans les cas de compression cérébrale, de collapsus; les toniques et les opiacés contre la diarrhée; la quinine, la

digitale, contre la fièvre intense et la grande fréquence du pouls; l'opium, l'acétate de potasse, dans les cas de dysurie; les divers traitements applicables à la diphtérie, au croup, aux pneumonies, à la gangrène, aux affections des articulations, etc. Bien qu'elles fassent partie de l'ensemble symptomatique de la scarlatine, toutes ces affections doivent être traitées seulement d'après les règles que la pathologie spéciale, médicale et chirurgicale, vous a déjà fait connaître.

Je voudrais, cependant, appeler votre attention d'une manière particulière sur un accident que les dermatologistes ont souvent à traiter après la fin de la scarlatine, je veux parler de l'engorgement de la parotide et des ganglions sous-maxillaires, qui persiste pendant des mois, voire même pendant une ou deux années. J'ai vu fréquemment, dans ces cas, les applications d'emplâtre hydrargyrique pur ou mélangé avec l'emplâtre de ciguë à parties égales donner des résultats remarquables. On pourrait essayer aussi les badigeonnages avec le collodion iodoformé à 4 pour 15.

## TREIZIÈME LEÇON

### VARIOLE

Historique. Inoculation et vaccination. Varioloïde, varicelle. Variole typique, variole vraie. Variole atypique à marche bénigne.

On donne le nom de variole, *petite vérole*, *variola*, *Pocken*, *small-pox*, *vajuolo*, à une maladie aiguë contagieuse, caractérisée par une éruption, sur la peau, de papules, de vésicules et de pustules, accompagnée de fièvre, d'un état morbide complexe portant sur l'organisme entier, le tout affectant une marche typique, laquelle est également caractéristique.

Au double point de vue pathologique et épidémiologique, la variole est certainement le plus important des exanthèmes aigus; elle intéresse encore la dermatologie d'une manière toute spéciale, par les altérations profondes et caractéristiques qu'elle détermine dans la peau. L'exanthème forme incontestablement le symptôme le plus saillant de la variole; c'est lui qui fournit les signes décisifs pour le diagnostic et le pronostic. Aussi, partout où il n'existe pas d'hôpitaux spéciaux pour les varioleux, trouve-t-on tout naturel de placer ces malades dans les services de dermatologie des hôpitaux généraux. C'est ainsi que, jus-

qu'en 1873, on faisait entrer tous les varioleux du rayon de Vienne dans la section dermatologique de cet hôpital.

L'historique de la variole nous apprend que les médecins et les gens étrangers à la profession, les gouvernements et les personnes qui se préoccupent du bien sanitaire de l'humanité, ont de tout temps reconnu l'extrême gravité de cette maladie et ont cherché à en atténuer les dangereux effets. Certaines questions importantes relatives à la pathologie de la variole, qui attendent encore aujourd'hui une solution, et auxquelles vous ne devez pas rester indifférents, méritent d'être mentionnées au point de vue historique.

Il est très probable (Moore), bien qu'il n'existe pas précisément de documents à ce sujet, que la variole est une maladie qui a existé chez les peuples des temps les plus anciens et que, partie de l'Asie orientale, de la Chine et de l'Hindoustan, elle a pris sa route vers l'Europe en suivant les côtes orientales de la Méditerranée. Grégory croit trouver pour la première fois dans Procope (544 après J.-C.) des renseignements historiques exacts sur des épidémies de variole en Arabie, dans la petite Asie et en Égypte. En tout cas, la maladie a dû se répandre très vite de là sur les autres pays qui bordent la Méditerranée. Car, suivant Hecker, déjà en 581 après J.-C., Grégoire de Tours a décrit une maladie épidémique qui s'était étendue à tout le sud de l'Europe, et que l'on doit considérer comme étant la variole. On trouve des indications plus nettes encore, au sujet de cette maladie, dans Razès (900 après J.-C.), qui fait en même temps connaître les idées du médecin égyptien Ahron, du VI<sup>e</sup> siècle après J.-C. Décrite par les Arabes, d'une manière qui ne laisse aucun doute, la maladie paraît, à en juger du moins par quelques manuscrits conservés au British Museum de Londres, avoir été connue déjà avant l'an 900 après J.-C., sous le nom de variole (diminutif de *varus*, bouton, ou dérivé de *αἶολος*, varus), bien que l'on attribue communément à Constantin l'Africain (1087) la paternité de cette appellation. Le nom allemand « Pocke » signifie « poche ».

Pendant les croisades, les fréquentes communications des peuples entre eux ont beaucoup contribué à la propagation de la maladie, ainsi qu'à l'idée généralement répandue de sa grande contagiosité et de sa gravité. La syphilis avec ses éruptions de pustules particulières, que l'on nommait aussi vérole (*Blatterkrankheit*), apparut vers la fin du XV<sup>e</sup> siècle sous forme épidémique; on lui donna le nom de « grande vérole » pour la distinguer de la variole proprement dite « petite vérole », « *small pox* ». Avec les Européens qui émigrèrent dès la fin du XV<sup>e</sup> siècle dans les pays d'outre-mer nouvellement découverts, la variole fit son apparition meurtrière dans ces contrées où elle était grandement redoutée, et où on lui donnait le nom de « mort noire ». C'est par mil-