

monieux; mais au septième jour apparaissaient des phénomènes nouveaux : la maladie, qui semblait locale jusqu'en ce moment, devenait générale. Les individus avaient alors tous les prodromes de la variole discrète, et, après trois jours, apparaissaient sur divers points du corps trente ou quarante boutons qui suppuraient en trois ou quatre jours, se desséchaient ensuite, et ne laissaient presque aucune trace. Telle était, dans la plupart des cas, la marche de la variole inoculée. Cependant on a vu quelquefois une variole confluente se déclarer, et la mort en être la conséquence.

#### DE LA VACCINE, OU DE LA PROPHYLAXIE DE LA VARIOLE

Il se développe sur le pis des vaches spontanément peut-être, toujours par inoculation d'après d'autres, une éruption particulière nommée *cowpox*, de deux mots anglais, *cow*, vache, et *pox*, variole (variole des vaches), affection pustuleuse contenant un fluide virulent appelé *vaccin*, lequel, inoculé à l'homme, détermine à son tour une éruption nommée *vaccine*, qui a la propriété de préserver l'individu de la variole.

**Historique.** — Quoique la vaccine ait été connue des médecins hindous et persans; quoique depuis le milieu du dernier siècle on ait à plusieurs reprises, tant en Angleterre qu'en France, signalé la possibilité d'inoculer la picote des vaches à l'homme pour le préserver de la variole, cependant on ne saurait contester à Édouard Jenner la gloire d'avoir réellement démontré la vertu préservatrice de la vaccine et d'avoir popularisé cette admirable découverte. Ce ne fut qu'en 1798, c'est-à-dire après douze ou treize ans de pénibles recherches, que Jenner publia ses premiers travaux, qui ont immortalisé son nom, et lui ont assigné une place éminente parmi les plus grands bienfaiteurs de l'humanité (1).

La vaccine a donné lieu en France à des travaux importants. Nous citerons surtout ceux du comité central de vaccine et de son secrétaire Husson. Ce médecin a publié, en outre, dans le *Grand Dictionnaire des sciences médicales*, un bon article qu'on lira avec intérêt (article VACCINE). Nous mentionnerons aussi l'excellent livre de M. Bousquet : ce médecin est aujourd'hui en France celui qui s'occupe avec le plus de succès de tout ce qui est relatif à l'histoire de la vaccine. Enfin, M. le docteur Steinbrenner a publié un grand travail couronné par l'Académie des sciences, et où l'on trouve exposées avec conscience et talent toutes les questions relatives aux vaccinations et aux revaccinations.

**Précautions à prendre pour la vaccination; manière de la pratiquer.** — On peut vacciner dans toutes les saisons et à tout âge. On attend généralement que les enfants soient âgés de deux ou trois mois, pour les inoculer; mais cette pratique, que rien ne justifie, n'a aucun avantage : ce retard a été cause que beaucoup ont eu une variole presque toujours mortelle et qu'on aurait pu leur épargner. Nous croyons qu'il ne faut pas tarder plus d'un mois pour vacciner les nouveau-nés. J'ai inoculé mes deux filles dès la fin de leur première semaine. C'est ainsi que nous devons agir pour nos enfants, plus exposés sans nul doute que les autres à la contagion médiate. On devrait même inoculer aussitôt après la naissance, si l'on était en temps d'épidémie variolense, ou si

(1) Le docteur Michéa a publié, dans le numéro du 11 septembre 1847 de l'*Union médicale*, un article prouvant que l'inoculation et, chose plus merveilleuse encore, la vaccine, étaient connues des médecins hindous. L'extrait qu'il donne du *Sateya Grantham*, livre sacré attribué à *Dhanvantari*, le prouverait sans réplique.

les individus vivaient dans un milieu infecté; c'est ce que j'ai fait maintes fois à l'hôpital sans aucune espèce d'inconvénient. La pratique généralement usitée est mauvaise et ne se justifie point.

Il n'y a aucune préparation à faire subir aux sujets qu'on doit vacciner. L'opération de la vaccine est fort simple. Vaccine-t-on de bras à bras, on déchire d'abord l'épiderme qui emprisonne le pus, on en prend une goutte sur la pointe d'une lancette, puis l'opérateur saisissant avec la main gauche la partie postérieure du bras du sujet, de manière à tendre la peau, de l'autre main, armée de l'instrument, il introduit celui-ci horizontalement sous l'épiderme, dans une longueur de quelques millimètres. On retire bientôt la lancette, en retournant un peu la lame de manière à l'essuyer. Si le vaccin dont on se sert est solide, on ne l'inocule qu'après l'avoir délayé dans une très-petite quantité d'eau. Il convient de faire deux ou trois piqûres à chaque bras; elles seront distantes les unes des autres d'un centimètre environ, on devra les pratiquer préférentiellement vers l'insertion du deltoïde, et jamais sur l'épaule, afin d'éviter, chez les petites filles surtout, des cicatrices désagréables. On est dans l'habitude de faire quatre à six piqûres, parce qu'il est rare que toutes réussissent. Mieux vaut chez les enfants d'un âge très-tendre se borner à deux piqûres distantes l'une de l'autre. Quelques-uns croient avec Eichhorn, que plusieurs boutons préservent mieux et plus longtemps qu'un seul; à l'exemple de cet auteur on a prescrit de faire seize ou vingt piqûres dans l'intention de provoquer une réaction fébrile regardée comme indispensable, et d'un effet d'autant plus certain qu'elle serait plus vive. Personne, en France, que je sache, n'a adopté cette pratique ni ces idées; car rien n'établit que la vertu préservatrice de la vaccine soit d'autant plus certaine que les effets locaux et généraux sont plus intenses.

L'absorption du vaccin se fait avec une rapidité extraordinaire; non-seulement le petit écoulement de sang qui a lieu par les piqûres n'entraîne pas le virus au dehors, mais Itard a même cherché vainement à prévenir l'infection en lavant les piqûres aussitôt faites et en activant l'écoulement du sang à l'aide d'une ventouse.

**Effets de l'inoculation vaccinale.** — Au moment de l'inoculation, il se forme presque toujours autour de la piqûre une aréole rouge qui disparaît après quelques minutes, et qui ne présage pas, comme on l'a dit, le succès de la vaccine. Pendant les trois premiers jours, la partie vaccinée ne présente aucun changement; mais dès la fin du *troisième* ou bien au *quatrième jour*, on commence à sentir au niveau des piqûres un point dur et saillant, qui grossit le *cinquième jour*, et devient le siège d'un prurit; au *sixième*, il s'élargit, s'aplatit, s'ombilique à son centre, et prend une teinte d'un blanc bleuâtre. Au *septième* et au *huitième jour*, la pustule augmente; une aréole l'entoure; l'inflammation gagne le tissu cellulaire. Au *neuvième* et au *dixième jour*, l'aréole s'étend et l'engorgement augmente; il y a parfois un peu de fièvre, d'agitation ou de malaise. Ces phénomènes de réaction sont généralement à peine marqués et même ils manquent tout à fait chez les enfants, quelque jeunes qu'ils soient; il n'en est plus de même des adultes. Chez eux, en effet, la fièvre est plus forte, la rougeur et l'induration phlegmoneuses sont parfois très-étendues, les ganglions axillaires, enfin, sont toujours beaucoup plus tuméfiés et plus douloureux que chez les premiers. Au *onzième jour*, la pustule se flétrit, elle brunit; l'aréole pâlit et jaunit. Du *douzième* ou *treizième jour*, la dessiccation s'opère; enfin, la croûte tombe du *vingtième* au *vingt-cinquième jour*, et laisse à découvert une cicatrice gaufrée et rayonnée.

Le bouton vaccinal siège dans le derme. Constitué d'abord par un tubercule, il offre plus tard, quand on l'incise, une foule de petites cellules séparées, sans communication entre elles, contenant un fluide, le *vaccin*. Cette disposition existe surtout du sixième au neuvième jour. Enfin, lorsque la suppuration est bien établie, toutes les cloisons se rompent, et l'on ne trouve plus qu'une cavité.

La vaccine n'offre pas toujours une marche aussi régulière que je viens de le dire : la période d'incubation peut être ou plus longue, ou plus courte; ce dernier cas doit toujours inspirer des doutes sur la légitimité de l'éruption, tandis que le développement après le quatrième jour indique à coup sûr une vaccine de bon aloi. Si plusieurs boutons surviennent sur le même sujet, ils ont presque toujours la même marche et le même développement : cependant il n'est pas rare d'observer le contraire, de voir, par exemple, des pustules toucher à leur fin, tandis que d'autres ne font que de commencer.

Dans la presque totalité des cas, les pustules ne se développent que sur les points mêmes où l'inoculation a été pratiquée : cependant on a vu exceptionnellement une éruption vaccinale se montrer plus ou moins loin du lieu d'insertion sans qu'on puisse expliquer ce fait par une inoculation secondaire. Quelques personnes ont regardé ces boutons *surnuméraires* de vaccine comme appartenant à des varioles bénignes modifiées par la vaccination. Si cette opinion est vraie pour quelques faits, elle serait moins juste pour la plupart, puisqu'on aurait vu le pus de ces boutons surnuméraires reproduire par l'inoculation une vaccine aussi régulière que celle qu'on obtenait avec le fluide retiré des boutons développés sur le point d'insertion. Cette vaccine, en quelque sorte supplémentaire, rappelle exactement la marche que suivait la variole inoculée, elle viendrait à l'appui de l'idée de ceux qui soutiennent l'identité des virus varioleux et vaccinal.

*Fausse vaccine.* — Indépendamment de l'éruption que nous avons précédemment décrite, l'inoculation vaccinale peut en produire une autre, différente de la première par sa marche, par sa forme et par sa durée. Elle se montre dès le premier ou dès le deuxième jour, elle n'offre ni dépression centrale, ni bourrelet, ni éclat argenté; le bouton est acuminé, et lorsqu'on le perce il laisse échapper un fluide qui, en se desséchant, ressemble à de la gomme; la tumeur se vide tout d'un coup, parce que, contrairement à la pustule vaccinale, elle n'est formée que d'une cavité. Enfin, cette éruption parcourt toutes ses périodes en six ou sept jours, c'est-à-dire qu'elle finit à l'époque où la bonne vaccine est sur le point d'arriver à son apogée. L'éruption dont je viens de parler s'appelle *fausse vaccine*, parce qu'elle n'a aucune vertu préservatrice. Les causes ordinaires de la fausse vaccine sont l'inoculation d'un vaccin vieux ou altéré, ou bien l'insertion du virus sur un individu qui a eu jadis la variole ou une vaccine régulière.

Les auteurs parlent encore d'une éruption vaccinale qu'ils nomment *vaccinelle*, qui serait à la vaccine ce que la varioloïde est à la variole. C'est en effet une vaccine véritable, puisqu'elle peut se reproduire, se transmettre par inoculation, mais elle est moins régulière que la vaccine franche. Les pustules ayant des bords aplatis, irréguliers, contiennent peu de liquide; il n'y a pas d'induration, l'inflammation marche avec rapidité, et dès le septième ou le huitième jour les croûtes sont déjà bien formées.

Lorsque la vaccination n'a rien produit, ou lorsque l'éruption qui en a été la conséquence n'a pas offert les caractères de la vaccine régulière, il faut renouveler l'opération. Il est même parfois nécessaire de recourir à celle-ci plu-

sieurs fois avant d'obtenir un bon résultat. Cette résistance se remarque surtout chez les jeunes gens et chez les adultes. Mais il est infiniment rare de rencontrer des individus qui soient absolument réfractaires à l'inoculation vaccinale : je connais un interne des hôpitaux qui est dans ce cas. Chez les individus dont je parle, il vaut mieux, ainsi que le remarque Husson, multiplier les essais indéfiniment, que de s'endormir dans une fausse sécurité.

*Traitement.* — Il n'y a rien à changer aux habitudes d'un sujet vacciné. Si l'inflammation locale était trop vive, on couvrirait la partie de cataplasmes émollients; s'il y avait un peu de fièvre, on prescrirait la diète et l'usage de quelques délayants.

*La vaccine n'est pas une affection purement locale.* — En effet, la vertu préservatrice de la vaccine, et les cas bien constatés de boutons *surnuméraires*, prouvent suffisamment que le virus absorbé agit sur toute l'économie.

*Époque à laquelle la vaccine est préservatrice de la variole.* — On n'est pas d'accord sur l'époque à laquelle la vaccine commence à être préservatrice. Les uns disent que ce n'est qu'au neuvième jour, c'est-à-dire à l'époque où l'on suppose que le virus absorbé agit sur toute l'économie; d'autres, au nombre desquels il faut citer M. Bousquet, prétendent que l'infection s'accomplit pendant la période d'incubation, et, regardant le développement du bouton comme la conséquence ou comme la preuve de cette infection, ils admettent que la vaccine est préservatrice dès le troisième jour au plus tard. On ajoute même que l'éruption peut manquer complètement; que du malaise et de la fièvre arrivant du troisième au huitième jour peuvent être les seuls accidents de l'affection, et qu'ils suffisent pour préserver les individus de la variole aussi bien que ceux qui ont eu une vaccine régulière. Cette opinion ne semble pas encore être appuyée sur des faits suffisamment nombreux et parfaitement authentiques. Nous doutons aussi que la vaccine ait acquis toute la plénitude de sa vertu préservatrice avant le sixième ou le septième jour. Ce qui semble le prouver, c'est que plusieurs médecins, notamment Mongenot, Eichhorn, M. Taupin et M. Bousquet lui-même, ont donné une vaccine régulière à des enfants avec du vaccin pris sur ces derniers, et provenant d'une inoculation faite sur eux cinq ou six jours auparavant.

*À quelle époque peut-on prendre du vaccin dans les boutons?* — M. Bousquet s'est assuré qu'un bon vaccin existe déjà dans un bouton qui ne fait que de naître; mais il est en petite quantité, et on ne l'extrait qu'avec peine. Ce n'est que du septième au huitième jour qu'il convient de s'en servir. Il n'y a aucun inconvénient pour les enfants qui donnent du vaccin. La préservation est aussi complète chez eux que chez les individus dont on a respecté les pustules.

*Qualités du bon vaccin.* — Le bon vaccin est liquide, clair, limpide, diaphane, parfois un peu jaunâtre, légèrement visqueux; il sort lentement du bouton piqué, et se dessèche promptement à l'air sous la forme d'un enduit gommeux. Ce fluide n'est point volatil; appliqué sur l'épiderme, il n'y exerce aucune action; il faut, pour qu'il soit absorbé, que la peau soit dénudée. En règle générale, plus le vaccin est jeune, plus aussi il est actif; ses effets sont d'autant plus sûrs, que le bouton en contient moins. Toutes choses égales d'ailleurs, le vaccin qu'on prend sur les jeunes enfants a des effets plus certains que celui provenant de personnes âgées. Dans le monde, les parents se préoccupent beaucoup de l'idée que leurs enfants pourraient être vaccinés avec de mauvais vaccin, c'est-à-dire provenant de sujets malsains. Quoiqu'il n'y ait

pas plusieurs qualités de vaccin, quoique le virus qu'on retire d'un enfant fort ou faible, d'un individu ayant la syphilis, les scrofules, etc., ait en général la même efficacité, cependant il y a toujours intérêt à prendre du vaccin chez des sujets vigoureux, attendu que, chez les individus faibles, on voit le virus dégénérer promptement : c'est du moins ce que les expériences de M. Bousquet semblent établir.

Relativement à la syphilis, il est certain aussi que le vaccin fourni par un vérolé ne peut transmettre que la vaccine lorsqu'il est pur, c'est-à-dire sans mélange de sang : il n'en est plus de même lorsque la pointe de la lancette, qui est chargée du vaccin, est salie par la plus minime quantité de sang. Dans ce cas seulement on peut, avec la vaccine, transmettre en même temps la syphilis. M. le docteur Viennois a réuni, dans ces derniers temps, des faits qui paraissent concluents (1). Il a prouvé que, lorsqu'on a inoculé simultanément du vaccin et du sang de syphilitique, la vaccine se développe la première et régulièrement, mais plus tard la pustule vaccinale acquiert des caractères nouveaux, insolites ; elle s'ulcère, ses bords s'indurent, les ganglions de l'aisselle s'engorgent ; il se forme, en un mot, un chancre, et après un temps plus ou moins long éclatent les accidents de syphilis constitutionnelle. On ne devra donc jamais emprunter du vaccin à un sujet syphilitique ou soupçonné de l'être. M. Viennois conseille même, pour plus de sécurité, que lorsqu'il s'agit d'un nouveau-né, on ne lui emprunte pas le vaccin avant l'âge où la syphilis héréditaire a l'habitude de se manifester, c'est-à-dire six semaines ou deux mois après la naissance.

Il résulte de ce qui précède que, lorsque avec le vaccin on inocule la syphilis, toujours on déterminera une manifestation locale, un chancre. Il ne faut pas confondre ce fait avec ces cas, rares d'ailleurs, d'accidents secondaires qui éclatent tout à coup chez des sujets récemment vaccinés ; ici la vaccine n'a agi que comme cause déterminante. En raison du trouble qu'elle a produit dans l'économie, elle a fait éclater une syphilis encore latente. Nous verrons qu'une foule d'autres causes agissent de même et que la vaccine n'a rien ici qui lui soit spécial.

Le virus *vaccin* devra être renouvelé le plus qu'on pourra ; mais comme le cowpox n'est pas aujourd'hui chose commune, quelques personnes avaient pensé qu'en transportant le vaccin de l'homme à la vache on lui donnerait une nouvelle énergie. Des milliers d'expériences faites par ordre du gouvernement bavarois il y a un certain nombre d'années, confirmeraient cette doctrine ; mais en France elle a trouvé un adversaire redoutable dans M. Bousquet, qui, ayant répété les mêmes expériences, a vu que la vache rendait le vaccin tel qu'on le lui donnait, c'est-à-dire ni plus ni moins actif.

*Mode de conservation du vaccin.* — Le vaccin est conservé généralement entre deux plaques de verre lutées avec de la cire et entourées d'une lame de plomb. On se sert aussi de tubes de verre capillaires. Pour les remplir, ils doivent être ouverts à leurs deux extrémités ; on en met une en contact avec une goutte de vaccin, qui pénètre par capillarité. Le petit tube rempli, on le ferme à la lampe. Quand on veut s'en servir, on casse les deux bouts du tube, et, soufflant par une des extrémités, on projette sur une cuiller, ou tout autre corps poli, le vaccin qui y est contenu. Comme on le voit, la conservation du vaccin dans les plaques est plus commode et partant préférable à la méthode

(1) Archives générales de médecine, année 1860, t. 1<sup>er</sup> p. 642.

des tubes. Mais il faut reconnaître néanmoins que la vaccination faite avec du virus conservé, n'importe par quel procédé, échoue plus souvent que lorsqu'on inocule un vaccin frais ; il faudra donc, autant que possible, vacciner de bras à bras, c'est-à-dire prendre le vaccin directement sur un enfant.

*Le virus vaccin est-il dégénéré depuis Jenner?* — La chose me paraît incontestable. Il y a une trentaine d'années, M. le docteur Perdreau ayant découvert du cowpox sur une vache à Passy, M. Bousquet le recueillit, l'inocula sur un bras et vaccina avec l'ancien vaccin le bras opposé. Or il résulta de cette comparaison que le nouveau virus réussissait dans des circonstances où l'autre échouait : le premier donnait des pustules plus larges, plus belles, plus brillantes, et excitait une inflammation et une fièvre plus fortes. Des expériences semblables faites en Angleterre, en Allemagne, en Italie, et renouvelées il y a peu d'années en France par Magendie et par Fiard, ont donné les mêmes résultats. Le vaccin dégénère donc ; d'où il suit qu'on doit, ainsi que Jenner l'avait d'ailleurs conseillé, le renouveler le plus souvent possible.

*La vertu préservatrice de la vaccine est-elle absolue, ou n'est-elle que temporaire?* — C'est là une question désormais résolue. Il est certain, en effet, que la plupart des vaccinés sont définitivement à l'abri d'une atteinte de variole ; cependant on voit tous les jours des sujets portant les traces d'une vaccine régulière être frappés d'une variole légitime ou modifiée. On en a conclu que chez ces derniers la vaccine n'avait qu'une vertu préservatrice temporaire et qu'il fallait procéder à une vaccination nouvelle.

*Revaccinations.* — La pratique des revaccinations est généralement adoptée dans les pays du Nord ; elle tend aussi à se répandre en France. On peut invoquer en sa faveur qu'une foule d'épidémies de variole, sévissant chez des vaccinés, se sont tout à coup arrêtées dès qu'on eut soumis à la revaccination les individus exposés à la contagion. Ces faits sont désormais acquis à la science. C'est à l'aide de la revaccination, appliquée comme méthode générale, qu'on a presque complètement éteint la variole dans les armées prussienne et wurtembergeoise.

Quoique tous les auteurs qui se sont occupés de la question que nous agitions ici s'accordent à reconnaître qu'il est difficile de préciser exactement l'âge où les revaccinations doivent être faites de préférence, cependant on croit assez généralement qu'il est prudent d'y recourir en cas d'épidémie entre la huitième et la neuvième année, et hors de ce temps à partir de la quatorzième jusqu'à la trente-cinquième. Cette limite est trop restreinte, et comme en définitive une revaccination n'a d'autre inconvénient que d'être inutile, il faut, quand la contagion est à craindre, y soumettre des individus même beaucoup plus âgés. J'ai revacciné, en effet, avec succès des personnes qui approchaient de la cinquantaine. On revaccinera sans avoir égard à l'aspect des cicatrices, car celles-ci, quelque belles qu'elles soient, n'indiquent pas que la vertu préservatrice de la vaccine sera ou non absolue.

La réussite des revaccinations ne trahit pas toujours d'une manière certaine une aptitude plus grande des individus à contracter la variole : c'est simplement une probabilité. On connaît, en effet, un grand nombre de médecins d'hôpital qui, ayant eu la variole dans leur enfance, qui, soignant journellement des varioleux, se sont vaccinés dans ces conditions, et ont vu une vaccine régulière se développer. Il est donc des organisations qui sont aptes à ressentir successivement les effets de la variole et de la vaccine, ou ceux de

la vaccine et de la variole; nous savons aussi qu'il en est chez lesquels une première atteinte de variole ne préserve pas d'une seconde, et qu'il en est beaucoup d'autres qui peuvent ressentir plusieurs fois les effets du cowpox, ainsi que Jenner l'a d'ailleurs établi le premier. Si donc la variole n'est pas toujours un préservatif certain, absolu par elle-même, il serait injuste de vouloir exiger plus de la vaccine. Mais s'il est vrai (et cela est incontestable) que la vaccine ne met pas nécessairement à l'abri d'une variole consécutive, il est certain du moins qu'elle rend celle-ci tellement bénigne, que la mort en est rarement le résultat. Ainsi, tandis qu'en 1844 la variole a emporté en France plus d'un septième de ceux qu'elle a atteints et qui n'avaient pas été vaccinés, la mortalité n'a été que de 1 sur 100 pour ceux qui ont contracté la maladie après avoir eu la vaccine (Gaultier de Claubry). L'épidémie de Marseille de 1828, et celle que Thomson a observée à Édimbourg en 1818, ont même prouvé que la variole avait été moins souvent funeste chez les sujets vaccinés que chez les individus qui avaient eu antérieurement une petite vérole. Quoi qu'il en soit, presque tous les vaccinés qui sont impressionnés par la contagion variolique ont une varioloïde plutôt qu'une variole; et dans les cas rares où il y a variole, on trouve que l'éruption dans les trois quarts des cas est très-discrète. La variole peut même être modifiée dans ses symptômes et dans sa marche, lorsqu'elle se développe concurremment avec la vaccine. Cette modification sera d'autant plus marquée, d'autant plus sûre, que la vaccine sera parvenue à une période plus avancée au moment de l'éruption variolique. Il est également avéré, et je l'ai constaté moi-même, que, lorsque la vaccination est faite pendant la période d'incubation de la variole, celle-ci peut modifier la vaccine dans ses principaux phénomènes locaux: ainsi l'aréole inflammatoire est à peine marquée; l'engorgement du tissu cellulaire est peu sensible ou manque même complètement, et les cicatrices succédant à la chute des croûtes sont moins profondes. M. Clérault, qui a étudié cette question dans sa thèse (1845), a trouvé que, sur 40 cas de vaccine compliquée de variole, la première a présenté 35 fois les modifications que je viens de signaler. D'autre part, on voit en même temps cette vaccine, modifiée dans son aspect par le milieu dans lequel elle se développe, modifier à son tour l'éruption variolique, et transformer la variole en varioloïde.

*Qu'est-ce que le virus vaccin?* — On a pu juger, d'après ce qui précède, de l'analogie et des différences qui existent entre l'éruption variolique et l'éruption vaccinale. Mais quel rapport y a-t-il entre les deux virus? On a soutenu que le virus vaccin n'était rien autre que le virus variolique, qui, inoculé à la vache, se serait modifié et adouci. Quelques expérimentateurs étrangers ont été assez heureux pour avoir inoculé la variole à la vache, et retirer de l'éruption qu'ils provoquèrent chez elle le virus vaccin. En France, les inoculations de la variole aux animaux sont restées sans résultats; toutefois ces insuccès ne sauraient mettre à néant les faits positifs. Les expériences devront être multipliées encore et variées. On a dit aussi que le cowpox ne se développait pas spontanément sur le pis de la vache, mais qu'il était lui-même le résultat d'une affection transmise du cheval à la vache, et nommée *eaux aux jambes*, *javart*, etc.; affections encore mal décrites, comprenant certainement des lésions très-distinctes, ce qui explique les résultats fort contradictoires annoncés par les auteurs. Quoi qu'il en soit, Jenner, sans pouvoir invoquer aucune preuve expérimentale, a défendu jusqu'à sa mort l'idée que le cowpox serait une maladie transmise du cheval à la vache. Mais cette maladie, quelle

est-elle? Est-elle l'effet d'un virus spécial? Ne serait-elle pas plutôt la variole elle-même, plus ou moins modifiée par le milieu dans lequel elle s'est développée? C'est là une opinion plusieurs fois émise déjà, qui vient de faire un nouveau pas dans ces derniers temps, et qu'a défendue avec talent et par des preuves presque décisives M. le professeur Depaul, dans une discussion encore pendante en ce moment à l'Académie de médecine (1).

*Degré d'utilité de la vaccine.* — Il est des auteurs enthousiastes qui ont fait de la vaccine une panacée pour toutes les maladies de l'enfance, tandis que ses détracteurs l'ont accusée de produire le rachitisme, les serofules et la phthisie. L'observation a depuis longtemps fait justice de toutes ces assertions. On peut affirmer aujourd'hui que la vaccine ne guérit aucune des maladies de l'enfance et qu'elle ne peut préserver les individus d'aucune autre affection que de la variole.

Que dire de cette étrange doctrine mise en avant par un mathématicien complètement étranger aux sciences médicales, et défendue par un ou deux médecins amis du paradoxe, savoir, que la vaccine aurait transformé la variole en fièvre typhoïde, et qu'en faisant disparaître à peu près la première, elle aurait donné naissance à une maladie non moins dangereuse, et transporté la mortalité du jeune âge sur l'âge adulte, de sorte que l'humanité aurait plutôt perdu que gagné à la pratique des vaccinations? Le bon sens, comme la science, proteste contre une pareille hérésie, et il n'est pas besoin d'apprendre à des médecins tant soit peu instruits que la fièvre typhoïde n'est pas nouvelle; qu'avant le bienfait de la vaccine, elle exerçait les mêmes ravages que de nos jours, et qu'elle respecte aussi peu les vaccinés que ceux qui ont été variolés: c'est ce que la pratique des hôpitaux nous enseigne journellement.

## DE LA VARIOLOÏDE

SYNONYME. — Variole modifiée, et bien à tort varicelle pustuleuse ombilicquée.

Le mot *varioloïde* a été proposé par Thomson pour désigner une éruption cutanée pustuleuse, qu'on n'observe guère que chez les sujets vaccinés ou chez ceux qui ont eu déjà la variole; elle ne diffère de cette dernière affection que par la rapidité de sa marche et par l'absence de toute fièvre secondaire.

*Historique.* — La varioloïde n'est point une affection nouvelle, comme quelques personnes l'ont pensé. Si, en effet, on parcourt la relation des principales épidémies de variole que les anciens nous ont laissée, on voit que ces auteurs ont souvent remarqué que des individus ayant eu déjà une variole à une époque plus ou moins éloignée contractaient parfois une éruption *varioliforme*, dont ils n'ont pas su toujours bien découvrir les caractères, et qu'ils ont décrite, soit comme une varicelle, soit comme une variole ordinaire; mais leur description a plus de rapports avec celle que nous allons présenter de la varioloïde. Quoi qu'il en soit, ces varioles consécutives ou modifiées ont plus spécialement fixé l'attention des médecins depuis l'introduction de la vaccine.

*Symptômes. Marche.* — La varioloïde s'annonce par les mêmes symptômes prodromiques que la variole. Nous les avons vus aussi intenses, aussi violents que dans les varioles confluentes. L'éruption commence du troisième au quatrième jour par des taches rouges, au centre desquelles est une papule dure et

(1) Ce passage est écrit le 3 février 1864.

saillante. Elle se fait parfois presque simultanément sur tout le corps; plus souvent, plusieurs éruptions successives ont lieu à un ou deux jours de distance. Le nombre des boutons varie; dans quelques cas on n'en trouve que dix à douze disséminés sur la figure, sur le tronc et sur les membres: le plus souvent leur nombre dépasse cent; enfin il n'est pas rare de voir l'éruption être plus abondante, être même confluyente et recouvrir la presque totalité du corps. Dès le lendemain de leur apparition, les élevures contiennent un fluide séreux; vers le troisième et le quatrième jour, elles sont aplaties, et pour la plupart ombiliquées; elles résistent au toucher, et sont entourées d'une aréole rouge. Au sixième jour, le liquide qu'elles renferment est opaque: il commence à se concréter dès le septième; la dessiccation est complète partout, du huitième au dixième. Les malades n'exhalent pas alors l'odeur fétide qu'on remarque chez les varioleux. Enfin, à la chute des croûtes, on trouve rarement de petites cicatrices circulaires, mais ce sont plus souvent de simples taches violacées pouvant persister plusieurs mois, ou bien ce sont des points indurés, des espèces de tubercules coniques ou pointus qui se résolvent spontanément et très-lentement, c'est-à-dire après une ou deux semaines, et qui laissent après eux une coloration ardoisée qui ne s'éteint que tardivement. Ces tubercules ne se voient jamais dans la variole, parce que la suppuration du disque a été complète. La varioloïde s'accompagne, au début, de fièvre, d'inappétence et de malaise; comme dans la variole, on observe aussi du ptyalisme, car une éruption analogue à celle de la peau a lieu dans la bouche et dans le pharynx; l'intumescence de la face apparaît à la même époque que dans la variole, et elle peut être aussi marquée que dans celle-ci. Mais ce qui distingue essentiellement la variole de la varioloïde, c'est que dans cette dernière la fièvre secondaire ou de suppuration manque complètement, c'est-à-dire que parvenue au septième ou huitième jour de l'éruption, celle-ci avorte, se dessèche brusquement; le malade est donc guéri, ou du moins il entre en convalescence précisément au moment même où il serait le plus souffrant et exposé à plus de périls s'il avait une variole légitime.

La varioloïde pourtant n'est pas toujours aussi régulière; sa marche peut être même différente pour les boutons qui ont apparu le même jour. Si, en effet, la plupart ne contiennent du pus qu'après six ou sept jours, il n'est pas rare pourtant de voir des pustules se former en vingt-quatre heures, et présenter déjà un commencement de dessiccation dès le deuxième ou le troisième jour. D'autres boutons restent stationnaires, et finissent par se résoudre sans se transformer en pustules. Il résulte de cette marche irrégulière de l'éruption qu'on peut trouver à la fois sur le même individu des papules, des vésicules, des pustules et des croûtes: c'est là une circonstance qu'on ne rencontre pas dans la variole. Ce sont ces varioloïdes discrètes à marche très-rapide, qui sont souvent désignées sous le nom d'*éruptions varioliformes*, et que beaucoup confondent avec la varicelle (voyez cette maladie).

**Durée. Terminaison.** — La varioloïde a une durée de huit à douze jours. Sa terminaison est presque constamment heureuse: c'est à peine si l'on a cité quelques cas de mort. Pour ma part, je n'en ai encore rencontré aucun exemple pendant une observation de trente-cinq années dans les hôpitaux de Paris.

**Diagnostic.** — En résumé, les varioloïdes dont la marche est régulière ne diffèrent point des varioles discrètes pendant le premier septénaire; les prodromes et les caractères primitifs de l'éruption sont en effet les mêmes dans les deux cas; mais, plus tard, nous trouvons une différence capitale, car la fièvre secondaire ou de suppuration, qui existe *constamment* du septième au huitième jour

de l'éruption de la variole, manque au contraire *toujours* si c'est une varioloïde. Cette dernière présente aussi, dans la plupart des cas, une grande irrégularité dans la manière dont l'éruption se fait et dans la marche qu'elle suit. Enfin, on observe rarement à sa suite les cicatrices qui sont si communes après la variole, tandis qu'on voit une induration tuberculeuse qui, après avoir persisté quelque temps, se résout ensuite spontanément sans laisser de vestiges.

*La varioloïde n'est qu'une variole modifiée.* — Ce sont, en effet, deux variétés d'une maladie unique. On a prétendu trouver des différences anatomiques entre les pustules de la première et celles de la seconde; mais il n'y a rien de fondé à cet égard, car les dissections ont démontré que les pustules avaient la même structure dans les deux cas; toutes contiennent un disque pseudo-membraneux qui offre seulement un peu moins de développement dans les pustules de la varioloïde. Tous ces faits semblent donc démontrer que la variole et la varioloïde ne constituent que deux variétés d'une même affection. Mais d'autres considérations prouvent encore l'identité des deux maladies. Ainsi la variole et la varioloïde existent simultanément dans la même épidémie: on a vu fréquemment la variole donner naissance à la varioloïde, et réciproquement. Enfin, quelques médecins, ayant eu la témérité d'inoculer le pus de la varioloïde, ont souvent produit des petites véroles qui ne différaient en rien des varioles spontanées; d'autres fois, l'éruption suivait la marche qu'on observait jadis dans la variole inoculée: c'est-à-dire que des pustules se développaient d'abord au niveau des piqûres; puis, au septième jour, la fièvre, le lumbago, les nausées, survenaient, et une éruption consécutive se faisait sur le reste du corps. Ainsi, la variole et la varioloïde sont produites par le même virus; ces deux maladies sont identiques: la varioloïde n'est donc, comme on l'a dit, qu'une variole *modifiée*, qu'on n'observe guère, ainsi que nous l'avons déjà établi, que chez des sujets qui ont eu antérieurement la petite vérole, et surtout chez ceux qui ont été vaccinés. Les cas de varioloïde primitive, c'est-à-dire survenant chez des individus n'ayant jamais été ni vaccinés ni contaminés par la variole, du moins pendant la vie extra-utérine, sont rares; cependant j'en ai observé plusieurs. M. Gendrin en cite aussi quelques exemples, et M. Mohl (de Copenhague) en a vu dix-sept cas. La varioloïde peut affecter plusieurs fois le même individu: elle a d'ailleurs la même vertu préservatrice contre la variole que la variole elle-même.

**Pronostic.** — La varioloïde tue rarement les sujets qu'elle frappe; je ne l'ai jamais vue avoir une issue funeste, même quand elle a atteint des convalescents, des sujets affaiblis par une maladie antérieure. Cette terminaison pourtant peut avoir lieu lorsque la maladie se complique d'accidents nerveux, d'hémorrhagie et de laryngo-trachéite: c'est ce qu'on a observé plusieurs fois, dit-on, pendant l'épidémie meurtrière de variole qui régna à Marseille en 1828.

**Traitement.** — Le traitement est le même que dans la variole discrète et bénigne.

#### DE LA VARICELLE, OU PETITE VÉROLE VOLANTE, OU VÉROLETTE

Je réserve le mot *varicelle* pour désigner une maladie fébrile caractérisée par l'éruption d'un nombre plus ou moins considérable de vésicules, dont le liquide devient bientôt opalin, purulent, et qui se dessèchent du quatrième au sixième jour après leur apparition.

Quelques auteurs, M. Rayer en particulier, ont compris sous le nom de va-

ricelle, non-seulement l'éruption dont je parle, mais encore toutes les affections varioliformes qu'on observe chez les sujets vaccinés et dont j'ai traité dans l'article précédent. On a prétendu, en effet, que, quelque différentes qu'elles fussent entre elles sous le rapport de leurs caractères extérieurs, ces diverses éruptions étaient néanmoins identiques, qu'elles avaient la même origine, la même source, qu'elles étaient, en un mot, produites par le même contagium. Le professeur Thomson (d'Édimbourg), qui un des premiers a soutenu cette doctrine erronée, a fondé son opinion : 1° sur l'existence simultanée de la variole et de la varicelle dans le cours d'une épidémie de variole; 2° sur ce que la varicelle ne se rencontre que chez des sujets ayant eu, plus ou moins longtemps auparavant, une variole ou une vaccine; 3° enfin, sur la possibilité de produire une variole avec la varicelle, et réciproquement.

On a contesté avec raison à Thomson l'exactitude de tous ces faits. C'est ainsi que la varicelle a régné parfois, même épidémiquement, sans être accompagnée de variole; elle affecte, en outre, fréquemment des sujets qui n'ont été ni vaccinés ni variolés, et chez eux l'éruption ne diffère en rien de celle qu'on observe chez les individus qui ont la varicelle consécutivement à la variole ou à la vaccine. On a aussi nié que la varicelle pût produire la variole, et réciproquement. Enfin, on a même contesté à la varicelle vésiculeuse tout caractère contagieux; c'est une opinion que je partage. Nous croyons donc que la varicelle constitue une affection distincte de la variole comme elle l'est de la varioloïde: et si elle est contagieuse, chose contestable, son virus n'est pas le même que le contagium variolique.

**Symptômes. Marche.** — L'éruption qui caractérise la varicelle est précédée pendant vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, par du malaise, par de la céphalalgie et de la fièvre; il y a assez souvent aussi des vomissements et des douleurs épigastriques. Ces symptômes varient beaucoup d'intensité; ils diminuent et presque toujours même ils cessent au moment de l'éruption.

Celle-ci est caractérisée par des vésicules existant en nombre plus ou moins considérable, et dont la disposition variable a fait admettre deux formes ou variétés de varicelle. Dans la première forme, à laquelle les auteurs anglais ont donné le nom de *chicken-pox*, on voit d'abord apparaître de petites taches rouges semblables à des morsures de puce, qui se transforment, pour la plupart, dès le lendemain de leur apparition, en vésicules, dont les unes pointues et les autres aplaties sont remplies d'un liquide qui reste rougeâtre pendant un ou deux jours. Au bout de ce temps, la sérosité devient opaque, lactescente; en même temps les vésicules se flétrissent. Au cinquième jour, elles commencent à se dessécher, et vingt-quatre heures plus tard elles sont remplacées par de petites croûtes minces et brunâtres qui tombent du neuvième au dixième jour: telle est la forme la plus fréquente de la maladie.

Dans la deuxième forme de la varicelle, appelée *swine-pox* par les médecins anglais, ou varicelle *conoïde* par Willan, on commence, comme dans la forme précédente, par observer des taches lenticulaires rouges au centre desquelles apparaît bientôt une vésicule conoïde plus volumineuse que celle du *chicken-pox*, dont le liquide se trouble dès le deuxième jour et qui sont entourées d'une aréole inflammatoire. Stationnaires les quatrième, cinquième et sixième jours, elles commencent à se dessécher au septième, et lorsque les croûtes jaunâtres qui leur succèdent viennent à tomber, il n'est pas rare de trouver à leur place de petites cicatrices.

Il faut rapporter à cette dernière forme de varicelle la variété qu'on a décrite

sous le nom de varicelle *pustuleuse globuleuse*, à cause de l'aspect arrondi et globuleux de l'éruption. Mais on a tort de la nommer pustuleuse, puisque, d'après la remarque de Willan, l'état pustuleux est consécutif; il n'est apparent, en effet, qu'au deuxième jour de l'éruption, celle-ci étant d'abord constituée uniquement par des vésicules. Je ne dirai rien de la varicelle *papuleuse*: cette dernière existe concurremment avec les varicelles dont je viens de parler, elle est caractérisée par des papules qui avortent ou qui se résolvent après quelques jours de durée.

Les vésicules de la varicelle sont le siège d'un prurit plus ou moins vif, ce qui souvent porte les malades à les déchirer. Elles sont en nombre plus ou moins considérable. Presque toujours discrètes, on les a vues très-rarement être confluentes et seulement par places. Dans la plupart des cas, elles commencent à être visibles au tronc avant d'occuper la face. En général, on observe pendant plusieurs jours des éruptions successives, de sorte qu'on peut voir sur le même individu la maladie parvenue à des degrés différents.

**Diagnostic.** — La varicelle se distingue de la variole comme de la varioloïde par le caractère toujours vésiculeux de l'éruption, par l'absence de toute dépression ombiliquée et par sa marche plus rapide. En effet, la maladie, en y comprenant les prodromes, l'éruption et la dessiccation, se termine entre cinq et huit jours. Les caractères extérieurs de l'éruption feront toujours aisément distinguer la varicelle de ces varioloïdes discrètes à marche rapide, qu'on nomme éruptions *varioliformes*. Ajoutons, en outre, qu'au point de vue anatomopathologique, il y a aussi une différence considérable, puisque dans la pustule de la variole, comme dans celle de la varioloïde, il existe toujours sur le derme enflammé un disque pseudo-membraneux, tandis que dans la vésicule de la varicelle celui-ci fait complètement défaut.

**Pronostic.** — Le pronostic n'offre aucune gravité.

**Étiologie.** — La varicelle est beaucoup plus fréquente dans l'enfance, sans être pourtant exclusive à cet âge, comme on l'a prétendu bien à tort. Les causes qui y donnent lieu sont tout à fait inconnues. Cette affection est-elle contagieuse? Il y a dans la science des faits assez nombreux, observés notamment par Willan, Fontaneille et Eichhorn, qui semblent prouver que les différentes variétés de varicelles que nous avons reconnues peuvent être transmises par inoculation. Ce fait cependant n'est pas encore parfaitement établi pour moi; si je n'avais égard qu'à ce que j'ai vu moi-même, je contesterais tout à fait la nature contagieuse de l'affection.

**Traitement.** — Le traitement de la varicelle consiste dans l'usage de boissons douces prises tièdes, dans le séjour au lit, ou du moins dans l'appartement, au milieu d'une température convenable, et dans l'absence d'aliments solides.

## DE LA ROUGEOLE

SYNONYMIE. — Morbilli; fièvre morbillieuse.

La *rougeole* est un exanthème contagieux précédé de fièvre, de larmolement, de coryza, de toux, se caractérisant extérieurement par de petites taches rouges, irrégulières, la plupart très-légèrement saillantes, qui, disparaissant vers le septième ou le huitième jour de la maladie, sont suivies quelquefois d'une desquamation partielle, surfuracée, et laissent souvent à leur place une teinte ardoisée du derme qui s'éteint après un petit nombre de jours.

**Historique.** — Willan, à l'exemple de Fernel, de Senneit, de Triller et de beaucoup d'autres, n'a pas réussi à prouver que la rougeole ait été connue des Grecs et des Romains. Les savantes recherches de Gruner démontrent qu'originaires de l'Asie, elle apparut en Europe en même temps que la variole; Rhazès, qui en trace la première description exacte, ne signale pas en effet la rougeole comme étant, à l'époque où il vivait, une affection nouvelle. Le mot *morbilli*, par lequel la rougeole est souvent désignée dans les auteurs anciens, a été proposé dans le XI<sup>e</sup> siècle par Constantin dit l'Africain, et signifie *petite peste*, parce qu'elle eut probablement alors une gravité qu'elle a rarement aujourd'hui (1). La rougeole a été l'objet d'un grand nombre de travaux. Le plus ancien est celui de Rhazès, dans lequel la rougeole est mal définie et mal distinguée de la variole. Cette confusion existe d'ailleurs dans la plupart des traités anciens, dans lesquels les deux maladies sont regardées à peu près comme identiques et ne différant que par l'intensité. F. Hoffmann un des premiers (2), de Haen (3), Rosen (4), Sydenham (5), Borsieri (6), sont les auteurs qui établirent le mieux la rougeole en espèce distincte, et en tracèrent une bonne description. Les médecins contemporains n'ont guère ajouté aux connaissances antérieures que des indications plus précises sur les complications de la maladie. Nous renverrons surtout à l'ouvrage de M. Rayer sur les maladies cutanées.

**Description de la maladie.** — La rougeole simple (*rub. vulgaris*) présente quatre périodes, qui sont : l'incubation, l'invasion, l'éruption, la desquamation.

**Première période.** — Je ne dirai rien de la période d'incubation, c'est-à-dire du temps qui s'écoule depuis le moment où le virus pénètre dans l'économie jusqu'à la manifestation du premier malaise, car durant cette période on n'observe aucun dérangement appréciable dans la santé. Sa durée est variable, mais elle me paraît être en moyenne de six à sept jours.

**Deuxième période, ou invasion.** — Le début de la rougeole est marqué par des frissons irréguliers, par des lassitudes, par un malaise général, par de l'inappétence, de la céphalalgie, de la fièvre et souvent par des épistaxis. A ces symptômes, dont l'intensité varie, se joignent, le deuxième jour, des signes de simple fluxion ou d'inflammation du côté de plusieurs membranes muqueuses; les conjonctives s'injectent, et il y a du larmolement; les fosses nasales laissent échapper un fluide séreux; elles sont le siège d'un prurit incommodé qui excite l'éternement. Quelques malades même accusent un léger mal de gorge; presque tous se plaignent d'oppression et de douleur sternale; ils sont enroués; ils toussent par quintes répétées, fatigantes, sans jeter aucun crachat (*toux févine*); l'auscultation de la poitrine fait souvent reconnaître alors l'existence de râles sibilants et ronflants disséminés. Ces symptômes s'exaspèrent le jour suivant; parfois, chez les enfants, il s'y joint un peu d'assoupissement, du délire, et très-exceptionnellement quelques mouvements convulsifs. Chez d'autres, il y a des vomissements et de la diarrhée. En général, la peau n'est le siège d'aucune sensation spéciale; sa température est élevée, mais généralement elle l'est à un degré moindre que dans les autres

(1) Dans le moyen âge, le mot *morbis* signifiait spécialement peste.

(2) *Opera*, t. II, p. 62.

(3) *Ratio med.*, t. IV, p. 87.

(4) *Maladies des enfants*, chap. XIV.

(5) *Médecine pratique*, t. I, p. 226 et 279, édit. de Baumes.

(6) *Instit. med. pract.*, t. III, p. 104.

fièvres éruptives. Des sueurs plus ou moins abondantes se montrent fréquemment au moment où l'éruption s'opère.

Cette période dure communément de trois à quatre jours, rarement moins, souvent davantage. Il n'est pas rare, en effet, de voir les symptômes précédents s'amender, faire place à une demi-convalescence, pour reprendre de nouveau, et ce n'est parfois qu'après un ou deux de ces efforts que l'éruption se déclare. De toutes les fièvres éruptives, c'est la rougeole qui a les prodromes les plus longs.

**Troisième période, ou éruption.** — L'éruption cutanée se fait communément du troisième au quatrième jour de l'invasion; elle est caractérisée par de petites taches rouges irrégulières, ayant cependant, pour la plupart, les dimensions et à peu près la forme des morsures de puce. La plupart forment une légère saillie; elles disparaissent momentanément sous la pression du doigt, et sont parfois le siège d'un léger prurit. Ces taches, d'abord visibles à la face, sur le menton, au front et sur les joues, se montrent ensuite au cou, sur la poitrine et le dos; elles envahissent plus tard l'abdomen et les membres. L'éruption est souvent complète au bout de quelques heures; mais dans la plupart des cas, elle ne l'est que douze ou vingt-quatre heures après. A cette époque, la face est souvent très-tuméfiée; vue à une petite distance, elle paraît uniformément rouge, mais en l'examinant de près, on reconnaît le caractère des taches, qui sont ici très-confluentes; les paupières sont alors tuméfiées au point de gêner la vision. Les taches rubéoliques offrent beaucoup d'irrégularités et de dissemblance entre elles. Elles sont tantôt parfaitement distinctes; d'autres fois, réunies en plus ou moins grand nombre, elles forment de larges plaques rouges, à la surface desquelles le doigt sent de légères inégalités. On a dit que les taches de la rougeole avaient toujours la forme d'un croissant ou d'un arc de cercle; mais, en les examinant attentivement, on ne tarde pas à se convaincre qu'elles ont toutes les formes imaginables, et qu'elles présentent dans leur configuration et leur disposition la plus grande irrégularité; c'est même là un de leurs caractères essentiels. La coloration n'est pas non plus aussi partout la même: la rougeur, en effet, a des nuances différentes suivant les points où on l'étudie; dans aucun cas, d'ailleurs, elle ne ressemble à celle de la scarlatine. J'ai dit tantôt que les taches rubéoleuses faisaient à peine saillie; mais parfois, surtout à la face, elles sont plus dures, plus proéminentes, il semble qu'il existe un érythème; on dit alors que la rougeole est *boutonneuse*.

En général, lorsque l'éruption est complète, le malaise et la fièvre diminuent, il n'est même pas rare que celle-ci cesse tout à fait; mais la plupart des symptômes que nous avons notés du côté des membranes muqueuses persistent encore. Si les signes de catarhe oculaire et de coryza se sont amendés ou même ont cessé, on voit, par contre, que l'enrouement, que la toux et l'oppression ont augmenté. Ces symptômes ne dépendraient-ils pas d'une éruption qui se serait produite dans les bronches et dans les voies aériennes supérieures? La chose est probable, on peut d'ailleurs se convaincre que l'éruption peut atteindre les membranes muqueuses; en effet, il est ordinaire de voir, pendant le troisième stade, qu'une éruption absolument semblable à celle de la peau existe sur la muqueuse qui tapisse la voûte palatine. Je l'ai également constatée sur la membrane palpébrale.

A cette période de la rougeole, l'inappétence est complète, la soif souvent vive, la langue rouge, couverte d'un enduit épais; les gencives, colorées, sont parfois tapissées d'une matière pulvérulente; quelques malades accusent dans la bouche une chaleur qu'explique très-bien l'injection morbilleuse de la mu-

queuse. Mais, outre ces troubles, il est assez commun, surtout chez les enfants, de voir survenir, pendant que l'éruption se fait à la peau, une diarrhée abondante, formée de matières muqueuses, jaunâtres, souvent très-infectes, qui cesse, en général, spontanément après une durée de six à douze heures.

Telle est la physionomie de l'affection dans sa période la plus aiguë, c'est-à-dire, dans les quarante-huit ou soixante-douze premières heures. La maladie décline bientôt, car dès le troisième ou le quatrième jour de l'éruption, les taches pâlisent; elles prennent une teinte jaune pâle ou un peu bleuâtre; souvent elles ne disparaissent plus ou ne disparaissent qu'incomplètement quand on les comprime avec les doigts; la fièvre s'éteint alors, et les symptômes de catarrhe diminuent ou même cessent pour la plupart.

*Quatrième période, ou desquamation.* — Chez le plus grand nombre de malades, on n'observe pas de desquamation bien appréciable. Dans quelques cas cependant, on voit, du huitième au douzième jour de la maladie, l'épiderme se séparer dans plusieurs points, surtout à la face et le long du cou, sous forme de lamelles furfuracées. La peau peut aussitôt ne plus rien présenter d'anormal dans son aspect, mais très-souvent pourtant, lorsque surtout l'éruption a été intense, elle reste comme tigrée. Elle est marquée de taches ardoisées, ne disparaissant pas par la pression et ayant la configuration des taches rubéoliques. C'est là une teinte du derme fort commune à la suite de quelques exanthèmes, qu'on retrouve sur quelques muqueuses après leur inflammation, et qui résulte de l'imprégnation des tissus par la partie colorante du sang; ces stigmata s'éteignent après quelques jours, mais ils peuvent persister encore après douze ou quinze jours.

L'éruption finie, on voit communément la convalescence s'établir franchement, toutes les fonctions revenir vite à leur état normal. Il n'est pas rare pourtant que la bronchite continue longtemps encore pendant la convalescence; la voix reste rauque; mais, bien que la toux puisse persister encore, elle est pourtant beaucoup moins incommode qu'au début. C'est à cette période, ou à la fin de celle qui précède, que beaucoup de malades, d'après la remarque fort juste de Chomel, rejettent des crachats opaques, floconneux, déchiquetés, nageant dans un liquide trouble, ou bien des crachats uniformément purulents et nummulaires, d'autres striés de lignes opaques, tels enfin qu'on les observe dans la deuxième et dans la troisième période de la phthisie pulmonaire.

*Variétés.* — Je viens d'exposer quels sont les symptômes et la marche la plus ordinaire de la rougeole. Cette maladie, pourtant, ne se présente pas toujours avec les mêmes caractères. Il y a des cas, en effet, où des symptômes importants manquent, d'autres fois ils prédominent, ou bien encore la maladie ne présente plus cette succession régulière que nous avons précédemment notée, et elle se complique d'accidents plus ou moins sérieux.

L'affection catarrhale des muqueuses, qui est un des symptômes les plus remarquables des périodes d'invasion et d'éruption, peut faire complètement défaut: c'est la *rougeole sans catarrhe*, dans laquelle on voit même la fièvre être peu intense et n'avoir qu'une durée éphémère; l'éruption constitue alors toute la maladie. A l'inverse de tout ce que je dis ici, on verrait des individus qui, infectés par le virus morbilleux, ne présenteraient que les phénomènes prodromiques, c'est-à-dire une fièvre plus ou moins intense avec les symptômes de catarrhe (coryza, larmolement), toux quinteuse, tandis que l'éruption caractéristique manquerait complètement: ce serait la *rougeole sans éruption* ou *morbilli sine morbilis*. La rougeole sans éruption est une espèce de dogme qui règne dans la science, et qui peut-être n'est établi que d'après des

faits incomplets. L'éruption rubéolique n'a pas toujours la marche et la durée que nous avons décrites plus haut, il arrive parfois qu'elle se limite à quelques points du corps au lieu d'envahir toute sa surface; elle peut n'avoir qu'une durée éphémère et disparaître inopinément pour ne plus se reproduire. N'a-t-on pas cru trop aisément ici à l'absence d'une éruption qui n'était que méconnue? C'est ce que je suis porté à admettre. Quoi qu'il en soit, lorsque les anomalies dont je parle ont lieu, les individus n'en sont pas moins préservés de la rougeole, comme si la maladie n'avait rien présenté d'insolite dans sa marche.

Il y a des rougeoles graves diversement dénommées suivant le genre d'accidents qui, en prédominant, semble les caractériser davantage. Ainsi, il existe une rougeole hémorrhagique, caractérisée non-seulement par des hémorrhagies qui ont lieu comme dans la variole, par diverses voies, mais dans laquelle on remarque surtout des ecchymoses et du purpura; les taches rubéoleuses deviennent elles-mêmes ecchymotiques: c'est la *rougeole noire* de Willan. Cette espèce, quoique pouvant se montrer chez des sujets forts, atteint néanmoins de préférence les individus affaiblis originairement ou par une cause accidentelle quelconque.

Dans certaines épidémies on a vu, en dehors de toute complication phlegmatisique grave, survenir, par le seul fait de l'intoxication morbilleuse, l'appareil symptomatique des fièvres graves, tantôt avec résolution des forces, avec des fuliginosités des dents et de la langue (*rougeole adynamique*), tantôt avec le délire, les soubresauts des tendons, les roideurs qui caractérisent la forme ataxique (*rougeole maligne* ou *ataxique*).

Enfin, on a admis des rougeoles seulement *anormales*, et qui n'offrent pas le danger des précédentes. Ce sont celles dans lesquelles l'éruption apparaît ou plus tôt ou beaucoup plus tard; celles encore où elle se montre sur les membres avant d'envahir la face, ou bien encore où elle cesse prématurément sans cause appréciable. Ces métastases qui ont lieu spontanément, ou par l'impression du froid, sont moins fâcheuses que ne supposent la plupart des médecins; elles ne le sont guère que lorsqu'il existe quelque complication viscérale dont la métastase est presque toujours l'effet, et dont elle est très-rarement la cause déterminante.

*Complications.* — Diverses complications peuvent entraver la marche de la rougeole: les plus fréquentes, et cela à tous les âges de la vie, sont la pneumonie et la bronchite capillaire. Chez les jeunes sujets, on observe encore très-fréquemment une entéro-colite; quelques-uns, dans les hôpitaux surtout, succombent à la gangrène de la vulve, de la bouche et des poumons; les affections des méninges et du cerveau, ainsi que le croup, surviennent beaucoup plus rarement que les complications qui précèdent.

La rougeole peut se compliquer d'autres éruptions. Diemerbroek et de Haen citent des cas curieux où la variole et la rougeole auraient existé ensemble. La plupart de ces faits sont rapportés dans la thèse soutenue en 1847 (n° 102) par M. Willemain. Il résulterait de ces observations que lorsque les deux virus coexistent chez le même individu, si c'est la variole qui se déclare la première, cette éruption suspendrait momentanément sa marche, tandis que la rougeole suivrait son cours ordinaire. Si, par contre, celle-ci apparaissait la première, les deux éruptions auraient, d'après M. Willemain, leur cours régulier et sans se modifier. Enfin, la variole et la rougeole se déclarent-elles en même temps, il paraît que les deux éruptions se développeraient simultanément et d'une manière régulière. Disons, en terminant, combien il est rare d'observer de pareilles coïncidences; je n'en ai jamais rencontré. Très-souvent,



surtout lorsque les deux éruptions semblent marcher simultanément, certains médecins, toujours enclins à voir des cas extraordinaires, ont regardé comme appartenant à la rougeole une simple éruption érythémateuse, ou bien une roséole toujours éphémère, et qu'il est facile pourtant de ne pas confondre avec l'éruption morbillieuse. (Voyez ces maladies.)

**Maladies consécutives.** — Diverses affections peuvent survenir pendant la convalescence de la rougeole. Les plus fréquentes sont l'inflammation du bord libre des paupières avec ulcération et chute des cils, les engorgements ganglionnaires, la bronchite et la diarrhée chroniques, maladies qui sont généralement plus rebelles dans ces conditions que lorsqu'elles surviennent spontanément. On a cité quelques cas d'anasarque consécutifs à la rougeole; mais cet accident est aussi rare après cette éruption qu'il est commun après la scarlatine : aussi en parlerons-nous à propos de celle-ci.

La rougeole est généralement considérée comme favorisant le développement des tubercules, comme provoquant la manifestation de cette diathèse. MM. Rilliet et Barthez ont noté que, sur onze rougeoles primitives chez les enfants traités dans les hôpitaux, il y en avait une à la suite de laquelle se développaient des tubercules. Le même fait s'est produit sur des sujets plus âgés, sur des sujets militaires traités au Val-de-Grâce, ainsi que cela résulte d'un travail inséré en 1847 par M. Michel Lévy dans la *Gazette médicale*. Faut-il en conclure cependant que la tuberculisation après la rougeole est aussi commune que ces documents tendraient à le faire supposer? Je n'en crois rien, car ces faits sont loin de se reproduire les mêmes dans nos hôpitaux d'adultes, ainsi que dans la pratique privée. Sur plus de cent rougeoles que j'ai vues dans ces dernières années au lycée Napoléon chez des enfants de constitution et de prédisposition bien différentes, je n'ai observé aucun cas de phthisie consécutive. En concluons-nous que la doctrine qui règne est tout à fait erronée? Non certes, elle est seulement exagérée. Pour rester dans le vrai, nous dirons que, de toutes les fièvres éruptives, c'est la rougeole qui prédispose le plus aux tubercules pulmonaires; que ceux-ci ne sont la conséquence d'une éruption morbillieuse que dans des cas rares, peut-être à peine une fois sur cent cinquante ou deux cents. Il est plus commun de voir la rougeole frappant un sujet déjà tuberculeux aggraver l'affection thoracique et lui imprimer une marche plus aiguë.

La rougeole a été parfois manifestement utile : on a vu des constitutions chétives se transformer; on a vu aussi, sous la même influence, des maladies rebelles s'améliorer ou guérir : ainsi M. Rayer cite un eczéma chronique de la face, et Alibert un eczéma impétigineux du cuir chevelu, qui ont cédé rapidement après une rougeole.

**Récidives.** — La rougeole n'affecte presque jamais qu'une seule fois le même individu. Rosen n'a observé aucun cas de récidive pendant une pratique d'un demi-siècle. Cependant Baglivi, de Haen, Meza, Guersant, MM. Rayer, Blache, etc., citent des faits qui prouvent que la même personne peut contracter la rougeole plusieurs fois.

**Ouvertures des cadavres.** — Chez les sujets qui succombent, on ne trouve pas de lésions qui soient spéciales à la rougeole. Celles qu'on rencontre sont l'effet des complications. (Pour l'état du sang, voyez plus bas, *Nature des fièvres éruptives*.)

**Diagnostic.** — Le développement de la fièvre et les symptômes du catarrhe existant simultanément du côté des muqueuses oculaire, nasale et bronchique, doivent faire soupçonner le développement prochain d'une éruption morbil-

leuse. Le diagnostic devient d'autant plus probable, que le sujet est plus jeune, qu'il n'a point eu de rougeole antérieure, et que la maladie règne épidémiquement. Cependant on ne peut avoir à ce sujet que de simples présomptions, puisque tous ces symptômes appartiennent aussi bien à la rougeole qu'à la fièvre catarrhale. Mais toute incertitude cesse vers le troisième ou le quatrième jour, époque à laquelle l'éruption commence le plus ordinairement.

La rougeole ne pourra pas être confondue avec une variole commençante, si l'on se rappelle que, dans celle-ci, les taches rouges présentent à leur centre, soit une *élevure dure et pointue*, soit une *vésicule*, tandis que rien de pareil n'existe pour les taches rubéoleuses. Dans la forme de la rougeole dite *boutonneuse*, il existe des saillies rouges, un peu dures, qui pourraient faire croire à l'existence d'une variole; le doute pourtant n'est pas permis, car il n'existe ici qu'une sorte d'érythème papuleux, c'est-à-dire de petites plaques, de petites saillies molles ou élastiques, n'ayant d'ailleurs ni la forme, ni la dureté, ni la saillie des papules qui existent au centre des taches varioliques. Ajoutons que le caractère érythémateux des plaques rubéoleuses est presque toujours limité à une partie du corps, à la face surtout : aussi l'existence d'autres taches sur une étendue considérable des téguments, et ayant le caractère de l'éruption rubéoleuse, fixera toujours sur le véritable caractère de la maladie.

La rougeole diffère de la scarlatine, de la roséole, de l'érysipèle, de la miliaire rouge, etc. Nous en parlerons en traitant de ces diverses affections.

**Pronostic.** — Dans notre climat, la rougeole est une maladie généralement bénigne; il n'en est plus de même dans les saisons et dans les pays à température extrême, ou bien lorsqu'elle règne épidémiquement. Cependant on observe rarement aujourd'hui des épidémies aussi meurtrières qu'autrefois, si meurtrières qu'en 1672, elle emportait régulièrement trois cents personnes par semaine (Morton). Le travail de la dentition chez les enfants; chez les femmes, l'existence d'une grossesse et l'état puerpéral, sont des circonstances qui aggravent toujours le pronostic. Les convulsions, les pétéchies, le délire, le développement d'une pneumonie, sont des accidents graves, et qui doivent faire redouter une issue funeste. Il en est de même de la disparition brusque de l'exanthème, lorsqu'elle coïncide toutefois avec quelque complication sérieuse; car la délitescence seule, sans complication de phlegmasie viscérale, paraît entraîner moins de péril qu'on ne croit communément : c'est ce qui résulte d'ailleurs du travail de M. Michel Lévy, que nous avons cité précédemment.

**Étiologie.** — Il est peu de personnes qui échappent à la rougeole; on peut établir, en effet, qu'il y a infiniment moins de sujets qui lui sont réfractaires qu'on ne voit d'individus non vaccinés l'être à la variole. On a observé la rougeole à tous les âges de la vie, et, de même que la variole, on l'a vue quelquefois atteindre l'enfant encore renfermé dans le sein maternel. Cependant cette maladie est plus commune dans la jeunesse et surtout dans l'enfance, spécialement entre sept et quinze ans. Elle règne dans tous les pays du globe et dans toutes les saisons : toutefois elle paraît avoir son maximum de fréquence vers l'équinoxe du printemps, tandis qu'elle décroît vers le mois de juillet. La rougeole reconnaît une cause spécifique tout à fait inconnue dans sa nature. Elle est essentiellement contagieuse. Il paraît que la contagion est possible depuis le moment que l'éruption s'opère jusqu'après la desquamation, et peut-être même jusqu'au vingtième jour.

Quelques expériences faites d'abord par F. Home en 1758, répétées par

Speranza dans l'épidémie de Milan, de 1722, sembleraient prouver que le principe contagieux de la maladie réside dans le sang. Ces médecins ayant, en effet, pratiqué une légère incision sur les plaques rubéoleuses, et ayant inoculé le sang qui s'en écoulait, ont développé une rougeole régulière après une incubation de six jours; Alex. Monro et Looke disent aussi avoir pu inoculer la maladie avec l'humeur lacrymale et avec la salive; mais leurs observations sont moins concluantes que celles des précédents expérimentateurs. Des médecins de Philadelphie, les ayant d'ailleurs répétées, n'ont obtenu aucun résultat. Les faits les plus concluants, s'ils étaient suffisamment authentiques, seraient ceux de Katona, médecin hongrois, qui, dans une épidémie de rougeole, aurait pu inoculer la maladie à onze cent vingt-deux personnes, et n'aurait échoué que sept fois sur cent; chez tous les autres, il serait survenu une rougeole très-bénigne, dont les prodromes commençaient au septième jour de l'inoculation; l'éruption avait lieu, dit-on, le neuvième ou le dixième, la desquamation le quatorzième, la guérison était complète au dix-septième. Katona pratiquait les inoculations indifféremment avec les larmes des malades, ou bien avec une goutte de sang tiré des plaques. (*Gazette médicale* de l'année 1843.)

**Traitement.** — Lorsque la rougeole est bénigne, il n'y a aucun traitement actif à faire. Le malade gardera le lit : on le protégera contre l'action d'une lumière trop vive; on le couvrira modérément, on entretiendra dans l'appartement une température douce et uniforme; on donnera des boissons adoucissantes et pectorales. Dans aucun cas, il ne convient d'imiter la pratique de quelques médecins anglais, qui font sur toute la surface du corps des lotions froides, pour diminuer la chaleur fébrile, car on s'exposerait à supprimer l'éruption et à provoquer surtout le développement d'une phlegmasie pulmonaire, si commune dans le cours de cette maladie. Lorsque la fièvre est violente, lorsque la respiration est difficile ou qu'il survient quelque complication de nature inflammatoire, la saignée est indiquée. On pourra, si besoin est, revenir plusieurs fois aux émissions sanguines; cependant il faut recourir à ce moyen avec la plus grande prudence, et ne pas imiter surtout la pratique de Mead, qui saignait le plus ordinairement dans les deux premières périodes. La disparition brusque de l'éruption exige un traitement différent, suivant la cause qui l'a produite. Dans le cas où elle dépend d'une inflammation viscérale, c'est contre celle-ci qu'il faut diriger la thérapeutique, en même temps qu'on tâchera de rappeler l'éruption au moyen de révulsifs puissants promenés sur la peau. Lorsque l'éruption se supprime sous l'influence du refroidissement, le malade sera plongé dans un bain chaud ou mieux encore dans un bain de vapeur; on fera des frictions sèches ou aromatiques, on promènera des sinapismes, on appliquera des vésicatoires, on donnera des boissons chaudes et quelques petites doses d'opium; ou bien encore on administrera 4 à 10 centigrammes d'émétique, à doses très-fractionnées, non pour évacuer, mais dans le but de provoquer la diaphorèse; enfin, s'il existe de la prostration, on ranimera les forces par des toniques et par quelques excitants diffusibles, tels que le café, le thé, l'ammoniaque ou son acétate, etc. La diarrhée est un accident fréquent de la rougeole; il importe de l'arrêter promptement, si elle est considérable, ou si les malades sont déjà affaiblis; on donne, dans ce but, les mucilagineux et les opiacés. L'opium, aussi souvent utile dans la rougeole que dans la variole, convient non-seulement pour modérer le flux intestinal, mais encore pour calmer la toux quinteuse et sèche, dont tant de malades sont tourmentés. Dans les cas où la bronchite provoque une sécrétion

considérable de mucosité qui s'accumule dans l'arbre aérien, et produit, surtout chez les enfants, beaucoup d'anxiété et d'oppression, on se hâtera d'administrer un vomitif, et préférablement l'ipéca. Si la bronchite devient capillaire, on insistera sur les vomitifs, ipéca ou émétique, ainsi que sur les révulsifs cutanés (voyez cette maladie). Contre les pneumonies qui surviennent si souvent, il est difficile de beaucoup insister sur les émissions sanguines; le tartre stibié à haute dose est généralement plus avantageux. On se conduira, d'ailleurs, d'après les règles que nous établirons plus tard pour le traitement des pneumonies secondaires. Les symptômes cérébraux, beaucoup moins communs que ceux dont nous venons de parler, céderont souvent à l'application de quelques saignées derrière les oreilles, et aux révulsifs portés sur les extrémités; mais il faut prendre garde pourtant de trop insister sur le premier de ces moyens. Comme dans la variole, l'opium fera justice de ces délires très-agités, mais qui ne se lient point à une phlegmasie intracrânienne. Enfin, s'il survient des hémorrhagies, et si, comme la chose est le plus habituelle, elles ont le caractère passif, on les combattra par les acides minéraux, ainsi que par les toniques, indépendamment des moyens locaux appropriés à chaque espèce d'hémorrhagie : c'est ainsi que les épistaxis nécessitent parfois le tamponnement des fosses nasales. (Pour les maladies consécutives, voyez les chapitres consacrés à chacune d'elles.)

**Prophylaxie.** — Lorsqu'une rougeole maligne éclate dans une famille ou dans un pensionnat, il faut se hâter de séquestrer les individus malades. Si l'épidémie est bénigne, peut-être convient-il de laisser les enfants communiquer librement entre eux, afin de les mettre à l'abri, pour l'avenir, d'une contagion plus grave. C'est dans ce but que quelques auteurs ont conseillé, dans les cas favorables, l'inoculation de la maladie. Nous serions assez de cet avis; aussi voudrions-nous que les médecins qui ont la direction des établissements où sont remis beaucoup d'enfants se livrassent à ce sujet à quelques expériences qui, dans aucun cas, ne peuvent avoir rien de fâcheux; voilà pourquoi nous n'hésitons pas à les conseiller. Quant aux moyens prophylactiques vantés surtout en Allemagne, il n'y en a aucun qui mérite confiance.

## DE LA SCARLATINE

SYNONYMIE. — *Morbilli confluentes, ignis sacer, morbilli ignei, febris scarlatina.* — Fièvre rouge, rouge pourprée.

La *scarlatine* est un exanthème contagieux et fébrile, caractérisé par de petits points rouges granités et réguliers, ou par une coloration uniforme d'un rouge framboisé, pouvant occuper toute la surface du corps, ou bien être circonscrite à quelques points, et s'accompagnant presque toujours d'une angine plus ou moins violente.

**Historique.** — Il est très-douteux que la scarlatine ait été connue des Grecs, des Romains, et même des Arabes; ce ne fut guère que vers le milieu du XVI<sup>e</sup> siècle qu'elle fut signalée par Ingrassias, à Naples, où elle régnait d'ailleurs même avant l'an 1500; par Coyttar, médecin à Poitiers, qui l'appelaît *fièvre pourprée épidémique et contagieuse*; enfin par Baillon. Longtemps on la confondit avec la rougeole, c'est ce que faisait Morton; on la confondit aussi avec l'esquinancie : car on regarde avec raison, dit Jos. Frank, comme ayant appartenu à une scarlatine méconnue, plusieurs de ces épidémies qui, sous les noms d'*angine gangréneuse* et de *garrotillo*, ravagèrent, au commencement du XVII<sup>e</sup> siècle, l'Espagne, l'Italie et la Sicile. La scarlatine, dont Sennert avait déjà tracé les

principaux caractères, fut un peu mieux décrite par F. Hoffmann, par Sydenham, et surtout par Rosen. Elle a été l'objet de travaux immenses pendant presque tout le XVIII<sup>e</sup> siècle, où l'on vit cette maladie n'épargner aucune région de l'Europe. Les travaux qui, depuis quarante ans, ont été entrepris sur la scarlatine, ont eu presque tous pour but de faire connaître certaines complications, ou bien ils ont porté spécialement sur l'anatomie pathologique et sur la thérapeutique de la maladie; nous les mentionnerons plus tard.

**Anatomie pathologique.** — La scarlatine ne détermine pas beaucoup de lésions. Une couleur violacée de la peau, de la muqueuse du pharynx et de celle des bronches; quelques ecchymoses dans le tube digestif; une congestion sanguine, très-rarement une inflammation des bronches et des poumons, une injection des reins et des centres nerveux, sont à peu près les seules altérations qu'on trouve dans les solides. On dit avoir rencontré les follicules intestinaux, et surtout ceux de Peyer, rouges, volumineux, indurés, boursoufflés, à peu près comme ils le sont dans la fièvre typhoïde; c'est là une erreur. Jamais après la scarlatine on ne trouve ni des plaques gaufrées, ni des ulcérations dans l'intestin, ni une intumescence des ganglions mésentériques. Quelquefois, il est vrai, les follicules isolés de la fin de l'intestin grêle m'ont paru plus saillants et analogues à ceux qu'on rencontre, par exemple, sur les cadavres d'un grand nombre de cholériques; mais cette hypertrophie se voit dans une foule d'autopsies; si elle est sensiblement plus commune après la scarlatine, elle n'a lieu pourtant dans ce cas que très-exceptionnellement; d'ailleurs elle n'a aucune analogie avec l'éruption dothiéntérique.

Le sang offre les caractères qu'il a dans les autres pyrexies; la fibrine est à l'état normal, ou bien elle est diminuée: ce dernier cas existe dans certaines scarlatines graves compliquées d'hémorrhagies.

Les recherches faites autrefois par F. Fischer (1), celles plus récentes qu'on doit à Hamilton (2), à M. Rayer (3), ont prouvé que, chez les individus qui succombent à la suite de la scarlatine, et après une complication qui n'est pas rare, l'anasarque, on trouve les reins souvent hyperdémés, et pouvant même présenter les altérations qui caractérisent les deux premiers degrés de la maladie de Bright.

**Division.** — Le cours de la scarlatine se partage en quatre périodes, qui sont: l'incubation, l'invasion, l'éruption et la desquamation.

L'incubation de la scarlatine, comparée à celle de la variole et de la rougeole, est plus courte que dans celles-ci. On a évalué, en effet, que l'incubation n'était guère que de trois à cinq jours pour la scarlatine.

**Invasion.** — L'invasion de la scarlatine est marquée communément par des frissons, par une fièvre vive, par une angine plus ou moins intense, par un grand malaise et par de la céphalalgie. A ces symptômes se joignent souvent des épistaxis, des nausées, des vomissements, plus rarement des accidents nerveux, tels que délire, coma ou convulsions: ceci n'a guère lieu d'ailleurs que chez les jeunes sujets. Ces troubles vont en augmentant jusqu'au deuxième jour, époque à laquelle l'éruption apparaît. Il n'est pas rare, pourtant, que celle-ci se montre vingt-quatre et même cinq ou six heures seulement après le premier malaise. La scarlatine est donc, de toutes les fièvres éruptives, celle dont les prodromes sont les plus courts. C'est celle aussi dont les prodromes

(1) *Journal d'Hufeland*, février 1824.

(2) *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1833.

(3) *Traité des maladies des reins*, t. II, p. 428.

peuvent être les plus bénins; il n'est pas rare, en effet, de voir l'éruption éclater presque sans malaise antérieur et surprendre en quelque sorte l'individu au milieu de la santé.

**Éruption.** — La face se tuméfié légèrement, et l'on aperçoit sur elle tantôt une rougeur uniforme, tantôt de petites taches d'un rouge vif ne formant point de saillie, et disparaissant momentanément par la pression. De pareilles taches se montrent bientôt sur le cou, sur la poitrine et aux membres. Au bout de vingt-quatre heures, l'éruption est générale et complète. La peau offre alors une coloration écarlate uniforme, comme si on l'avait barbouillée avec du jus de framboise. Cette coloration existe tantôt par larges plaques irrégulières, séparées par des intervalles où la peau a son aspect normal; d'autres fois la couleur rouge se montre uniformément sur toute la surface du corps; toutefois l'exanthème présente une rougeur plus intense et plus vive partout où l'épiderme a moins d'épaisseur, comme à la partie interne des cuisses, aux aines, sur le scrotum et sur les articulations dans le sens de la flexion des membres. Cependant un épiderme épais, même calleux, tel qu'on le rencontre chez les ouvriers, à la face palmaire des mains, n'empêche pas de voir la rougeur vive de l'éruption scarlatineuse, souvent très-marquée et en quelque sorte prédominante dans cette région. Assez souvent l'éruption scarlatineuse se montre sous un autre aspect: au lieu des larges taches dont je viens de parler, on voit une multitude de petits points rouges extrêmement rapprochés les uns des autres, très-réguliers dans leur disposition, ce qui donne à la surface de la peau l'aspect de certains granits très-fins.

Quelle que soit la forme de l'éruption, la peau est comme tendue, ordinairement sèche, toujours brûlante: sa température est, en effet, communément plus élevée dans la scarlatine que dans les autres fièvres éruptives (41 et même 42 degrés centigrades). Aussi les malades ressentent-ils une chaleur et un prurit ou une cuisson qui n'existent pas au même degré dans les autres pyrexies exanthématiques. En raison de la congestion dont les téguments sont le siège, les pieds et les mains semblent gonflés; ils sont le siège d'une gêne et d'une roideur notables, qui deviennent surtout incommodes lorsqu'on essaye de fléchir les doigts. La fièvre persiste au même degré qu'avant l'éruption, souvent elle redouble; il en est de même de l'angine, qui prend communément une intensité plus grande que dans la seconde période. Si, faisant ouvrir la bouche au malade, on examine quel est l'état de la membrane muqueuse, on reconnaît que la face interne des lèvres et des joues, que les gencives, le voile du palais et ses piliers sont d'un rouge vif, c'est-à-dire colorés de la même manière que les téguments. Cette coloration se rencontre aussi sur la langue, mais en général on la distingue un peu plus tard que sur les autres parties de la bouche, probablement à cause de l'épaisseur plus considérable de son épithélium, ou plutôt encore parce que l'angine y est plus tardive. La rougeur framboisée de la muqueuse buccale et pharyngienne est un phénomène presque constant dans la scarlatine; cependant l'époque de son apparition varie beaucoup. Tantôt, en effet, elle précède l'exanthème cutané, d'autres fois elle apparaît avec lui; plus souvent, peut-être, elle lui est postérieure, et n'est même bien visible que lorsque l'éruption cutanée est à son déclin. Celle-ci persiste, en général, au même degré pendant un ou deux jours. On a dit que sa couleur, moins vive le matin, était plus foncée le soir ou pendant la nuit; mais cette assertion n'est nullement prouvée. C'est lorsque l'exanthème a son maximum d'intensité, c'est-à-dire vers le troisième ou le quatrième jour, qu'on voit souvent, surtout chez les enfants, se développer sur les parties latérales

du cou et de la poitrine, aux aisselles, aux aines, moins souvent ailleurs, un nombre plus ou moins considérable de petites vésicules semi-sphériques contenant un liquide d'abord transparent, puis un peu opaque : c'est une éruption miliaire telle à peu près que nous l'avons vue dans le cours de la fièvre typhoïde. Les vésicules pourtant, dans le cas de la scarlatine, sont plus volumineuses, plus résistantes au toucher, et se rapprochent davantage de celles que nous trouverons bientôt dans la suette. Lorsque l'éruption dont nous parlons existe, on donne à la scarlatine le nom de *scarlatine miliaire*.

*Desquamation.* — Vers le cinquième, ou au plus tard vers le sixième jour de l'éruption, l'exanthème pâlit. Les interstices qui séparent les plaques deviennent plus considérables; la peau n'est plus aussi tuméfiée, la fièvre tombe, le mal de gorge disparaît. Au huitième jour, il n'y a généralement plus trace de rougeur. Celle-ci s'éteint complètement sans laisser après elle aucune macule, comme nous en avons vu après la variole et même après la rougeole; puis un phénomène nouveau se déclare, c'est la desquamation. Elle commence à se faire parfois dès le cinquième jour sur la face et sur les parties latérales du cou et de la poitrine, mais elle dépend plutôt alors de la miliaire concomitante que de la scarlatine elle-même. La desquamation dépendant de la scarlatine seule commence rarement avant le quinzième jour sur le tronc et sur les membres; elle est beaucoup plus tardive encore aux pieds et aux mains, où, en raison sans doute de l'épaisseur de l'épiderme, elle peut se faire attendre vingt ou vingt-cinq jours, parfois même davantage. Quelque temps avant de se détacher, l'épiderme devient plus sec, il prend une teinte blanchâtre, puis il se fendille : c'est une succession de phénomènes qu'on étudie bien à la face palmaire des mains. Quelle que soit la région du corps où elle s'opère, la desquamation de la scarlatine, au lieu d'être furfuracée comme elle l'est dans la rougeole, se fait par grandes écailles comme à la face et au cou, ou par très-larges plaques, comme on l'observe surtout aux pieds ou aux mains, où l'épiderme d'un orteil ou d'un doigt se sépare parfois tout d'une pièce et comme un doigt de gant. La desquamation, que nous avons dit pouvoir commencer dès le quinzième jour à dater de l'éruption, n'a pas cependant de périodes bien fixes ni pour son début ni pour l'époque où elle cesse. Nous l'avons vue quelquefois commencer vers le vingtième ou le vingt-cinquième jour, et il n'est pas rare, même quand elle se fait plus tôt, qu'elle se prolonge jusqu'après le trentième ou le quarantième. Cela dépend le plus ordinairement de ce que l'exfoliation de l'épiderme a lieu deux ou trois fois de suite sur les mêmes points.

Tels sont les symptômes et la marche de la scarlatine qu'on nomme simple ou régulière. Sa durée moyenne, en n'y comprenant pas pourtant la desquamation, est d'un septénaire.

*Variétés.* — La maladie se présente souvent avec des caractères différents de ceux que nous venons d'exposer. L'angine, qui a ordinairement une médiocre intensité, peut être beaucoup plus vive, elle peut même devenir le symptôme prédominant; on dit alors que la scarlatine est *angineuse* (Willan). Dans cette variété les phénomènes précurseurs sont, en général, plus graves : la douleur et le gonflement de la gorge existent dès le début; la déglutition est très-difficile; les amygdales sont tuméfiées et d'un rouge cramoisi; elles se recouvrent, ainsi que tout le fond de la gorge, d'une matière pultacée, grise ou jaune, qui se colore quelquefois en noir, lorsque du sang a été exhalé, et qui se détache aisément et se reproduit de même. Cette matière n'offre aucun des caractères des pseudo-membranes; c'est une espèce de mucus; sa sécrétion n'a aucune importance. Mais parfois il se forme de véritables, fausses membranes

ayant de la tendance à s'étendre au loin; on est alors aux prises avec une affection redoutable, avec une angine couenneuse, maladie à laquelle je consacrerai plus tard un article spécial. Dans l'angine intense, les ganglions sous-maxillaires sont souvent volumineux, très-sensibles; on les a vus quelquefois, ainsi que le tissu cellulaire du cou, s'abcéder et constituer de véritables *bubons scarlatineux*. Dans la scarlatine angineuse, la fièvre est plus vive; il y a souvent des nausées, des vomissements et de la diarrhée. En général, l'éruption apparaît un jour plus tard que dans la variété précédente. Au lieu d'occuper toute la surface du corps, elle n'existe souvent que dans des points limités, comme aux aines, aux aisselles ou aux mains; elle disparaît parfois du jour au lendemain, mais la desquamation qui a lieu, quoiqu'un peu plus tardive à commencer, se fait néanmoins régulièrement.

Il est une autre forme de scarlatine qu'on a appelée *maligne*, en raison de sa gravité. Elle présente, en effet, l'image de la fièvre typhoïde dans ses formes adynamique ou ataxique les plus accentuées. Ici les prodromes offrent encore plus d'intensité que précédemment; les malades tombent dans la prostration; la langue et les dents s'encroûtent de fuliginosités, l'haleine est fétide; il y a du délire, du coma, de la surdité, des soubresauts, de la carphologie : c'est la *scarlatine ataxique* ou *nerveuse*. Le pouls, d'une fréquence extrême, est mou, dépressible; souvent alors l'éruption, tout à fait éphémère, se montre à peine; ou bien elle paraît et disparaît plusieurs fois de suite; presque toujours elle n'occupe que quelques points du corps au voisinage des articulations, surtout dans le sens de la flexion; ailleurs elle prend une teinte livide, elle est souvent parsemée de pétéchies et de larges ecchymoses; diverses hémorrhagies peuvent, comme dans les varioles graves, se faire par diverses muqueuses. Des points gangréneux peuvent même se former sur plusieurs parties du corps. Enfin, le malade meurt tantôt subitement et d'une manière foudroyante, tantôt après une longue agonie.

On voit que, dans les formes angineuse et maligne, l'éruption est souvent peu marquée, partielle et tout à fait éphémère. On conçoit même que, dans un grand nombre de cas, elle puisse passer inaperçue des malades et même des médecins; c'est ce qui arrive en effet fort souvent. C'est probablement à des cas de scarlatine à éruption *partielle* et *éphémère* qu'il faut rapporter tous les faits qu'on cite comme étant des exemples de scarlatine sans exanthème. La doctrine de la fièvre scarlatine sans éruption compte cependant beaucoup de partisans. Heberden, Jos. Frank et plusieurs autres autorités, la défendent, mais on trouve dans les écrits de ces auteurs bien moins de faits précis que de simples assertions. Quant aux observations rapportées par des médecins contemporains, par Dance (*Archives*, 1830), par M. Trousseau (*Archives*, 1829), par M. Taupin (thèse, 1840), nous croyons qu'elles ne sauraient dissiper tous les doutes et établir d'une manière irrévocable l'existence de la scarlatine sans exanthème. Ceux qui auront vu fréquemment de ces scarlatines à éruption partielle et fugace seront peut-être de mon avis. Ce qui prouve d'ailleurs en faveur d'une éruption méconnue, c'est de voir la desquamation terminer ces scarlatines anormales comme celles qui sont régulières. Cette exfoliation de l'épiderme n'est-elle pas une preuve certaine d'une éruption antérieure? C'est ce que je crois fermement.

*Complications.* — Divers accidents peuvent compliquer la scarlatine : ce sont, dans les formes graves, des hémorrhagies passives par diverses muqueuses et des taches ecchymotiques sur la peau; diverses phlegmasies des organes thoraciques et abdominaux; celles-ci néanmoins sont infiniment moins

communes que dans la rougeole. On observe encore des accidents cérébraux très variables dans leur forme, tels que délire, coma, convulsions et contractions. Ces symptômes, qui sont assez fréquents chez les enfants, simulent quelquefois chez eux une méningite : cependant il est rare d'observer sur le cadavre des traces de phlegmasie intracrânienne ; presque toujours les accidents nerveux remarqués pendant la vie ne laissent d'autres vestiges qu'une forte congestion, et, dans quelques cas, un épanchement séreux plus ou moins considérable dans les ventricules du cerveau. Les accidents cérébraux ont souvent un début brusque et une marche rapide ; ailleurs, au contraire, ils sont lents dans leur évolution. J'ai rencontré plusieurs fois des douleurs rhumatismales dans le cours ou au déclin de la scarlatine ; cette complication, assez rare, a pourtant été observée parfois d'une manière épidémique. J'ai fixé l'attention sur elle dès 1836. Il n'y a jamais d'affectées qu'un petit nombre d'articulations, spécialement les deux poignets ; la résolution arrive communément après un petit nombre de jours. Diverses affections cutanées peuvent encore compliquer la scarlatine ; nous avons déjà parlé de la miliaire, nous pouvons aussi citer l'érysipèle, les furoncles et surtout l'urticaire. Celle-ci même n'est pas fort rare pendant la période de desquamation. Enfin, tous les auteurs parlent de la complication de la scarlatine par les autres fièvres éruptives, par la variole et par la rougeole. Celle-ci, d'ailleurs fort rare, a été spécialement étudiée par M. Willemain dans sa thèse (1847). Ce médecin établit que lorsque la scarlatine survient en même temps que la variole, ou lorsqu'au milieu de son cours cette dernière vient se joindre à elle, les deux exanthèmes se développent simultanément et suivent une marche très-régulière. Si c'est, par contre, la rougeole qui complique la scarlatine, parfois on voit les deux maladies marcher parallèlement sans se troubler ; ailleurs elles se modifient réciproquement, et la durée de chacune est abrégée. Dans les cas plus fréquents où l'une des maladies succède immédiatement à l'autre, on ne constate aucune modification appréciable ni dans les caractères ni dans la marche des deux éruptions.

Je doute fort de l'exactitude de toutes ces propositions ; car plus j'observe, plus je me raffermis dans cette idée que les fièvres éruptives ne se compliquent pas entre elles, plus il me semble qu'on a faussement attribué à la rougeole, et surtout à la scarlatine, ces éruptions érythémateuses dont j'ai parlé précédemment (page 101). Ce qui prouve d'ailleurs qu'il n'existe pas, dans ces cas, de scarlatine, c'est l'absence de toute desquamation pendant la convalescence.

**Récidives.** — Les récidives sont pour le moins aussi rares pour la scarlatine que pour la rougeole. Cependant J. Frank et d'autres médecins étrangers, ainsi que MM. Rayer, Barthez, Rilliet, citent dans leurs ouvrages des cas de récidives ; j'en ai observé un exemple des mieux constatés sur la fille d'un de mes collègues à la Faculté, qui eut deux fois une scarlatine intense à deux ans d'intervalle. Il paraît que des sujets auraient même montré une prédisposition très-extraordinaire à contracter la scarlatine ; on parle en effet d'une personne qui en aurait eu dans sa vie sept (Jahn), et une autre dix-sept atteintes (Henrici). Mais on ne saurait se porter garant de l'authenticité de faits aussi extraordinaires.

**Anasarque consécutive.** — L'anasarque est l'accident le plus fréquent qu'on observe pendant la convalescence de la scarlatine. Signalée vaguement par Sennert, mieux étudiée par Borsieri et par les médecins florentins, qui en ont décrit les principales phases et indiqué la plupart des lésions anatomiques, ce grave accident a été plus récemment, en Angleterre surtout, l'objet de tra-

voux importants. L'anasarque se déclare spécialement chez les enfants, dans les saisons froides, humides ; elle succède souvent à un refroidissement, mais le plus ordinairement, peut-être, elle survient sans cause déterminante appréciable. Elle se montre communément du quinzième au vingt-cinquième jour de la maladie, rarement plus tard. Les malades, qui avaient été jusqu'alors dans un état satisfaisant, se plaignent tout à coup de fatigue, de malaise, d'insomnie ; leur figure est pâle et bouffie, les paupières surtout sont tuméfiées ; l'œdème occupe bientôt les pieds, les mains, le scrotum, elle envahit enfin toute l'habitude du corps. Des épanchements séreux peuvent se former aussi dans les plèvres et surtout dans le péritoine. Dans ce cas, l'urine est moins abondante, d'une pesanteur spécifique moindre ; elle est pâle, décolorée, ou bien rouge-brun en raison du sang qu'elle contient ; si on la chauffe alors ou si l'on y verse une certaine quantité d'acide nitrique, on y produit un coagulum albumineux. Cette altération de la sécrétion urinaire n'est pas un phénomène constant dans la complication que nous étudions. Si Legendre l'a trouvée chez les quatorze sujets qu'il a examinés (1), MM. Guersant et Blache, par contre, l'ont vue manquer chez un tiers des enfants hydropiques qu'ils ont traités (2). Les symptômes généraux varient suivant que l'anasarque suit une marche aiguë ou une marche chronique. Dans le premier cas, il y a de la fièvre, de la céphalalgie ; l'œdème est dur, résistant. Dans la forme chronique, au contraire, la fièvre manque, et la peau, presque froide, conserve facilement et longtemps l'impression du doigt.

Divers accidents peuvent venir compliquer cet état et précipiter la marche de l'affection. Beaucoup de ces malades vomissent et ont une diarrhée qui peut être incoercible. Le plus grand nombre éprouvent quelques symptômes du côté des organes thoraciques ; la bronchite, la pleurésie, l'hydrothorax, l'œdème des poumons, mais surtout la pneumonie, sont en effet des complications extrêmement communes dans l'anasarque consécutive de la scarlatine. Enfin, quelques individus succombent plus ou moins rapidement, soit dans un état comateux, ou bien à la suite de convulsions. L'anasarque, qui peut se compliquer de si graves désordres, guérit néanmoins le plus souvent après des oscillations en bien et en mal. Sa durée est généralement longue, car il est rare qu'elle persiste moins de deux ou trois semaines, le plus souvent elle se prolonge pendant un ou deux mois. Il peut même se faire que, l'œdème cessant, l'urine reste pâle, anémique, plus ou moins albumineuse, preuve d'une lésion persistante du rein, à laquelle les individus finissent le plus souvent par succomber au bout d'une ou de plusieurs années.

À l'autopsie de ces scarlatineux devenus hydropiques, on trouve communément dans les reins quelques-unes des altérations que nous ferons connaître plus tard comme caractérisant la maladie de Bright. Il existe en outre des lésions accidentelles dans divers viscères, spécialement dans l'intestin et dans la poitrine ; car, ainsi que je l'ai dit précédemment, la plupart de ces malades sont emportés par une maladie intercurrente, comme une entérite, et surtout une phlegmasie de la plèvre ou des poumons.

L'anasarque est une complication assez commune de la scarlatine, mais dont la fréquence varie néanmoins beaucoup dans les différentes épidémies. Dans celle qui régna à Edimbourg, de 1835 à 1836, elle est survenue dans un septième des cas environ (Wood) ; MM. Barthez et Rilliet l'ont notée chez un cin-

(1) *Recherches anatomo-pathologiques sur quelques maladies de l'enfance*, 1840, p. 317.

(2) *Dictionnaire de médecine en 30 volumes*, art. SCARLATINE.

quième de leurs malades. Elle se déclare moins souvent peut-être après les scarlatines graves qu'après celles qui ont été bénignes; non qu'il y ait ici une différence tenant au caractère même de la maladie, mais on comprend aisément que ceux qui ont eu une scarlatine légère et qui entrent en convalescence de suite commettent bien plus aisément des imprudences que ceux qui, affaiblis par une maladie grave, sont astreints à un régime sévère, à des précautions dont ils sentent mieux la nécessité que les premiers. On comprend aussi très-aisément pourquoi l'albuminurie scarlatineuse est beaucoup plus fréquente dans les hôpitaux qu'en ville, dans la classe pauvre que dans la classe aisée. Nous redirons encore qu'un refroidissement est sa cause déterminante la plus ordinaire. Pour la produire, il n'est pas nécessaire que le froid soit continu, mais il suffit souvent pour cela de l'impression la plus passagère, la plus fugace. On a cru, dans ce cas, que l'hydropisie survenait à cause de la suppression ou de la diminution de la perspiration cutanée; la chose est possible, à la rigueur; cependant on ne peut s'empêcher de rapprocher ces hydropisies de celles que nous décrirons plus tard, et qui, survenant également sous l'influence d'un refroidissement brusque, reconnaissent néanmoins pour cause organique une altération du sang, consistant dans la diminution de son albumine. Cette diminution semble tantôt primitive, ailleurs elle est consécutive à une altération des reins; dans ce dernier cas, de l'albumine étant éliminée par ces organes, l'urine donne un précipité floconneux quand on la traite par l'acide nitrique ou par la chaleur. Lorsque, par contre, les reins sont sains, les urines peuvent bien être pâles, anémiques, mais elles ne contiennent pas d'albumine. (Voyez l'article sur la maladie de Bright.)

**Diagnostic.** — Nulle difficulté pour distinguer la variole de la scarlatine, car la première ne présente au début ni plaques rouges ni pointillé régulier, mais de petites taches rouges au centre desquelles est une élévation papuleuse ou vésiculeuse. C'est ce caractère seul qui permettra de reconnaître la nature de l'affection, dans le cas où celle-ci pourrait être masquée par ces éruptions érythémateuses ou scarlatiniformes que j'ai signalées plusieurs fois, et qui sont cause, en effet, d'erreurs si fréquentes. On pourrait plus facilement confondre la scarlatine et la rougeole, cependant ces deux maladies diffèrent beaucoup l'une de l'autre: 1° par les prodromes; 2° par les caractères de l'éruption; 3° par la manière dont la desquamation se fait.

Les prodromes de la rougeole sont remarquables par les symptômes de cataracte qu'on observe du côté des muqueuses oculaire, nasale et bronchique, tandis que rien de pareil n'a lieu dans la scarlatine. Dans celle-ci on constate presque toujours une angine plus ou moins intense, tandis que cette affection est très-rare dans la rougeole; quand elle existe, elle est toujours très-peu marquée, et dans aucun cas, d'ailleurs, on ne voit les muqueuses bucale et pharyngienne présenter la coloration écarlate qu'elles ont dans la scarlatine. Ajoutons que les prodromes ont une durée bien plus longue dans la rougeole que dans la scarlatine. Quant à l'éruption, nous la trouvons écarlate, framboisée, dans la scarlatine, et d'un rouge beaucoup moins foncé dans la rougeole. Dans celle-ci, d'ailleurs, il n'y a rien de régulier ni dans la couleur, ni dans la forme, ni dans l'étendue et la saillie des taches. Dans la scarlatine, au contraire, tout est régulier; car ce sont, ou de larges plaques, ou bien un pointillé confluent, une espèce de granité ne ressemblant en rien à l'éruption morbilleuse. Le mode de desquamation diffère enfin essentiellement dans les deux maladies que je compare, puisque dans la rougeole l'exfoliation est insensible, ou bien l'épiderme se détache sous forme de lamelles furfuracées, tandis que dans la scarlatine ce

sont de larges plaques, de gros lambeaux ayant parfois plusieurs centimètres de longueur.

Il n'est pas rare de méconnaître une scarlatine et de ne croire qu'à une angine. Dans la forme angineuse, en effet, l'exanthème est quelquefois partiel, sa durée est souvent éphémère, de telle sorte qu'il peut passer inaperçu; on peut croire alors à l'existence d'une esquinancie ordinaire ou d'une angine pultacée ou couenneuse. Cette erreur a été commise évidemment par Fothergill; il est facile, en effet, de se convaincre que l'épidémie qu'il a décrite sous le nom de *mal de gorge avec ulcères* n'était autre qu'une scarlatine angineuse. On ne commettra point une pareille méprise si l'on a égard aux symptômes généraux, plus graves dans la scarlatine que dans l'angine simple, à la coloration écarlate des amygdales, du pharynx et de la bouche. Quand une angine coexiste avec un appareil fébrile intense et sans proportion avec l'étendue de la phlegmasie, il faut procéder à un examen attentif de toutes les parties du corps, et souvent alors on reconnaît sur divers points quelques rougeurs partielles, framboisées, uniformes ou granitées, sans dureté du derme, très-superficielles. Ces rougeurs ont existé chez tous les malades de Fothergill, mais cet auteur en méconnaît le véritable caractère, puisqu'il les regardait comme étant seulement érysipélateuses (voyez plus loin l'histoire de l'*angine couenneuse*). L'érysipèle pourtant, par sa marche progressive, n'a aucune ressemblance avec la scarlatine, et dans quelques cas nous croyons qu'on a fait erreur. Ceux, par exemple, qui ont cru à des érysipèles universels occupant *simultanément* toute la surface du corps, ceux-là, d'après nous, se sont mépris et ont méconnu une scarlatine; car un érysipèle peut bien envahir successivement toute l'étendue des téguments, mais il ne saurait l'occuper simultanément dans tous ses points.

La scarlatine peut se compliquer d'une angine couenneuse, mais la chose est rare, et il importe de ne pas prendre pour telles ces angines si communes dans la pyrexie dont je traite, et qui s'accompagnent de la sécrétion d'une matière crémeuse et pultacée, se détachant sans peine, et n'ayant aucune analogie avec les concrétions grisâtres, adhérentes, qui caractérisent l'angine couenneuse ou diphthéritique.

**Pronostic.** — C'est à tort que Sydenham a signalé la scarlatine comme une maladie bénigne, et qui ne pouvait devenir fatale que par l'impéritie du médecin. On doit dire, au contraire, avec Darwin, que la gravité de cette affection varie, suivant les épidémies, depuis l'innocuité d'une piqûre de puce (quelquefois il n'y a pas ou à peine de fièvre) jusqu'au danger de la peste, du choléra et des varioles confluentes. Toutes choses étant égales d'ailleurs, la scarlatine est plus grave chez l'adulte et chez le vieillard que dans le jeune âge; l'état puerpéral est aussi une circonstance très-aggravante. Les scarlatines qui s'accompagnent d'hémorragies et d'accidents nerveux ont le plus souvent une issue funeste. Il faut surtout se préoccuper du délire, *quelque léger qu'il soit*. Il en est de même lorsque la fièvre est ardente, le pouls très-fréquent, l'agitation vive. Qu'on sache bien que dans les scarlatines anormales et graves, *le péril est de tous les instants*. C'est, en effet, une des affections aiguës dans lesquelles on voit le plus de ces morts rapides et imprévues; elles viennent même surprendre, parfois, lorsque tout semblait donner de la sécurité. Je ne saurais dire combien la scarlatine est, sous ce rapport, une affection perfide. Il est donc important que le médecin soit très-attentif et qu'il sache porter son pronostic avec prudence, afin qu'on ne l'accuse pas d'une catastrophe qu'il n'est pas toujours en notre pouvoir de conjurer.

L'anasarque consécutive à la scarlatine est toujours fâcheuse; souvent elle

est plus grave que la maladie elle-même, surtout lorsqu'elle suit une marche aiguë. Le pronostic est plus fâcheux lorsque les urines sont albumineuses que lorsque ce phénomène manque, en raison de l'altération des reins que ce signe révèle. Le pronostic de l'anasarque est grave encore par suite des sérieuses complications qui surviennent si fréquemment du côté des organes pectoraux.

**Étiologie.** — Les observations de Clarke, de Heberden, de J. Frank, prouvent : 1° que les enfants au-dessous de dix ans sont plus spécialement sujets à la scarlatine; 2° que jusqu'à vingt ans, elle affecte à peu près également les individus de l'un et de l'autre sexe, tandis qu'après cet âge elle est plus commune chez les femmes. L'état puerpéral prédispose ces dernières à la contracter. MM. Rilliet et Barthez ont émis l'opinion que la scarlatine atteignait rarement les enfants tuberculeux, et cette proposition nous paraît également vraie pour l'adulte. La scarlatine règne dans toutes les saisons; mais elle sévit plus spécialement à l'équinoxe du printemps ou à l'automne. Elle est essentiellement contagieuse, mais cependant à un degré moindre que la rougeole et la variole. Il est à croire, avec Guersant et M. Blache, que cette fâcheuse propriété n'est pas toujours éteinte après plus d'un mois; mais elle est à son maximum pendant la période de desquamation. On dit que Stoll a pu inoculer la maladie, mais Petit-Radel l'a vainement tenté. Quoique la scarlatine soit fréquente, on peut dire pourtant que le nombre des individus qui lui sont réfractaires est beaucoup plus considérable que le nombre de ceux qui résistent à la rougeole. Presque personne, en effet, n'est exempt de la rougeole, il en était de même jadis pour la variole; tandis que la scarlatine n'atteint guère, je pense, qu'une partie minime de la population.

**Traitement.** — Dans la scarlatine simple, il faut abandonner le malade à la nature. La diète, le repos au lit, les pédiuves, les boissons acidules, tempérantes, une atmosphère douce, sont les seuls moyens qu'on doive employer. Les malades seront modérément couverts. La saignée n'est utile que lorsque la réaction est vive, le pouls large, dur, et lorsqu'une congestion active ou bien une phlegmasie apparaît vers quelque viscère; mais, même alors, on devra être modéré et agir avec une circonspection extrême.

De toutes les inflammations qui peuvent se montrer dans le cours de la scarlatine, l'angine, quand elle devient assez violente, est celle qui force le plus souvent à recourir à une émission sanguine, et préférablement à l'application de sangsues sur les parties latérales du cou. Les médecins anglais ont plutôt insisté, dans ces cas, sur l'usage des purgatifs. Si la faiblesse du malade empêchait de tirer du sang, et si, d'autre part, quelque complication abdominale rendait l'emploi des purgatifs impossible, il faudrait combattre l'angine par des révulsifs cutanés, et surtout par un large vésicatoire appliqué à la nuque. Les gargarismes émollients sont utiles lorsqu'il n'existe pas trop de gonflement; on peut aussi, vers la fin, les rendre plus ou moins astringents avec l'alun, le borax, etc. Si l'angine devenait gangréneuse, on aurait recours aux gargarismes faits avec une décoction de quinquina, additionnée ou non d'alcool camphré, ou bien on y associe un quart de solution de chlorure de sodium, de l'alun ou de l'acide chlorhydrique; mais avec tout cela il est indispensable de combiner un traitement tonique général. L'angine diphthérique sera combattue par la série de moyens dont nous parlerons en traitant de cette affection. Quant à l'angine pultacée, elle ne mérite que la médication de l'angine simple.

Le traitement de la scarlatine maligne est un des plus difficiles et des plus incertains. La maladie affecte-t-elle la forme adynamique, on aura recours à la médication tonique : les préparations de kina, les vins généreux en feront la

base. Si c'est la forme ataxique qui prédomine, si l'individu est très-agité, s'il a un délire violent, on le plongera dans un bain froid ou frais; la tête sera couverte de compresses froides ou d'une vessie remplie de glace, et l'on essaiera timidement l'emploi de l'opium. Si le délire semblait se rattacher à l'existence d'une congestion intracrânienne, on appliquerait des sangsues derrière les oreilles, on promènerait des révulsifs aux extrémités et l'on agirait plus ou moins vivement sur le tube digestif. Lorsque le désordre nerveux est plus profond encore, lorsqu'il se traduit par des soubresauts, par la céphalalgie et par du subdelirium, on essaiera les demi-lavements camphrés, les potions avec le castoréum, et surtout avec le musc, à la dose de 1 à 3 grammes. Les médecins étrangers, les Américains surtout, ont vanté dans ces cas le carbonate d'ammoniaque, à la dose de 4 à 10 grammes dans une potion.

C'est surtout dans cette forme grave de la maladie que quelques-uns ont préconisé les affusions et les lotions froides. Ce moyen a été surtout vanté par Currie, par Gregory, par Bateman, par Nasse, et par une foule de médecins distingués d'Allemagne et d'Angleterre. Schedel, dans son livre sur l'hydrothérapie, s'en montre partisan après l'avoir vu employer dans l'établissement célèbre de Gräfenberg. Quelque opposée que soit cette pratique aux idées régnantes, il est avéré cependant, en consultant les meilleurs témoignages, qu'on n'a jamais eu à lui reprocher des accidents sérieux. En France, peu de personnes ont osé expérimenter la méthode de Currie. Nous croyons cependant que, si l'on doit s'en abstenir dans la scarlatine simple, dans laquelle pourtant on l'a employée à l'étranger, on peut, par contre, y recourir dans la forme maligne, presque toujours rebelle aux médicaments. Dans ces cas où les forces sont anéanties, où le pouls est fréquent et petit, la chaleur brûlante, lorsqu'il y a de l'agitation et du délire, on a vu souvent ces accidents se calmer rapidement après une affusion froide. Il y a plusieurs manières d'appliquer la méthode : les uns, avec Currie, projettent sur le malade, préalablement placé dans une baignoire, cinq ou six seaux d'eau à la température ambiante, tandis que Nasse et d'autres se bornent à faire des lotions avec l'eau froide pure ou vinaigrée. Quel que soit le système qu'on adopte, il importe de savoir que la sédation n'est souvent que passagère, et qu'il faut revenir toutes les trois ou quatre heures à l'application du froid pour déterminer une amélioration persistante.

Pendant la convalescence, et même plusieurs semaines après la guérison complète, il faut préserver les malades de toute espèce de refroidissement, et surveiller leur régime. Je n'imiterai pas la sévérité des médecins de l'Étrurie, dont parle Borsieri, qui, même en été, ne permettaient le renouvellement de l'air et le changement de lit qu'après le quarantième jour; mais il importe que, pendant toute la durée de la desquamation, et huit à dix jours après qu'elle est terminée, les individus restent dans des pièces chaudes, à l'abri de toute cause de refroidissement et couverts de flanelle de la tête aux pieds, quelle que soit d'ailleurs la saison où l'on se trouve. Pendant la desquamation, pour hâter et favoriser la séparation de l'épiderme, les malades prendront un ou plusieurs bains tièdes, en usant d'ailleurs de toutes les précautions pour éviter un refroidissement. Si, malgré les soins dont on entoure les malades, l'anasarque survenait, on devrait, si la fièvre s'allume, recourir à une ou plusieurs émissions sanguines, générales ou locales. M. Rayer a obtenu, dans ces cas, d'heureux effets de l'application de sangsues et de ventouses sur les régions rénales, cependant il faut procéder avec prudence. Les bains tièdes sont également utiles. On devra, par contre, s'abstenir d'administrer les diu-

rétiques énergiques, dont le danger avait déjà été signalé, il y a plus d'un siècle, par les médecins florentins. Dans la forme apyrétique de l'anasarque, on excitera la transpiration cutanée par l'emploi des sudorifiques, et surtout par les bains de vapeur; on fera des frictions sèches, aromatiques, toniques; on donnera quelques purgatifs, et, si le sujet est faible et anémique, on prescrira le quinquina et surtout les préparations de fer.

**Prophylaxie.** — Comme on ne sait pas au juste l'époque à laquelle la scarlatine cesse d'être contagieuse, il est prudent de ne fréquenter les individus qui en ont été atteints que lorsque toute trace de desquamation a cessé. On ventilera les lieux, on lavera les hardes, car elles ont pu s'imprégner du virus, et quelques faits semblent prouver qu'elles peuvent le retenir longtemps. La matière médicale nous fournit-elle quelque agent doué d'une vertu préventive? Depuis longtemps les médecins allemands ont beaucoup vanté la belladone. On a conseillé de dissoudre 10 centigrammes d'extrait de belladone dans 32 grammes d'eau de cannelle, et d'en donner chaque jour aux enfants de 2 à 4 gouttes dans de l'eau sucrée, et cela pendant toute la durée de l'épidémie. D'autres préfèrent la teinture éthérée, à la dose de 6 à 10 gouttes par jour chez les enfants de huit à dix ans.

Que doit-on penser de cette médication qui, sauf quelques rares exceptions, n'a guère trouvé que des incrédules en France? Je crois que le doute est très-permis et que les faits n'ont pas toute l'importance qu'on leur attribue. On n'a pas assez remarqué que la scarlatine est une maladie à laquelle la plupart des hommes résistent; par conséquent, lorsque l'on donne de la belladone à des individus exposés à la contagion et qu'ils ne contractent point la maladie, on ne saurait être certain que cette immunité dépend du remède administré. J'ai bien des fois, dans les familles, donné de la belladone aux personnes de la maison qui n'avaient jamais eu la scarlatine; les unes ont pris exactement le prétendu spécifique, d'autres irrégulièrement; enfin toujours j'ai trouvé quelque esprit fort qui a refusé de s'y soumettre; or, dans tous ces cas, les résultats ont été les mêmes, ni les uns ni les autres n'ont été atteints. Des médecins étrangers ont vu tout le contraire; lorsque dans une famille un enfant ne prenait pas la drogue, celui-là seul était frappé. J'avoue que cette constante régularité dans les résultats n'est quelque peu suspecte. Quoi qu'il en soit, quelque incrédule qu'on puisse être sur l'action préventive de la belladone, l'expérimentation n'a ici aucun inconvénient; mais on voit, d'après ce qui précède, combien il est difficile de conclure.

#### DE LA SLETTE MILIAIRE

SYNONYME. — *Miliaris sudatoria*. — Slette des Picards, fièvre suante.

La *slette miliaire* est une fièvre éruptive qui règne presque toujours épidémiquement, et qui offre, pour principaux symptômes, des sueurs très-abondantes, une éruption miliaire à la peau et une constriction des plus douloureuses à l'épigastre.

**Historique.** — Rien ne prouve qu'Hippocrate et ses successeurs, jusqu'au milieu du XVII<sup>e</sup> siècle, aient connu cette affection. Il est même très-douteux qu'on puisse rapporter à la *slette miliaire* la terrible maladie connue sous le nom de *peste* ou de *slette britannique*, qui, pendant quarante années, à dater de 1486, exerça les plus grands ravages dans une partie de l'Europe; je crois que c'est sans motifs suffisants que dans un récent ouvrage Foucart a conclu à

l'identité des deux maladies. Quoi qu'il en soit, la *slette*, du moins telle que nous la retrouvons aujourd'hui en divers pays, n'a sévi qu'à dater de 1712. Bornée d'abord à la Picardie, elle a toujours respecté Paris, où on ne la rencontre qu'à l'état sporadique, et si rarement, que beaucoup de confrères vieilliss dans la pratique meurent sans l'avoir jamais vue; moi-même je n'en ai encore rencontré que deux exemples. Mais si Paris a une immunité inexplicable, on a vu la *slette* frapper les populations des campagnes, des bourgs et des petites villes, tandis que les grands centres sont plus communément respectés. La *slette* a tour à tour envahi les départements de Seine-et-Oise, de la Loire-Inférieure, de l'Eure, de Seine-et-Marne; elle a même gagné l'Allier, le Bas-Rhin, le Puy-de-Dôme, l'Aube, la Haute-Garonne, le Rhône, la Dordogne, la Vienne, l'Hérault, le Var, etc.; on la voit sévir presque tous les ans dans quelques localités. Une des épidémies les plus remarquables fut celle de 1821, qui eut lieu dans le département de l'Oise; M. Rayet nous en a laissé une relation. On lira aussi avec intérêt, dans la *Gazette* de 1839, l'histoire d'une petite épidémie observée par MM. Barthez, Gueneau de Mussy et Landouzy; le tome X des *Mémoires de l'Académie de médecine* renferme la relation complète de la dernière épidémie (1841) du département de la Dordogne, par M. le docteur Parrot. La *slette* qui, en 1845, a régné à Poitiers et dans ses environs, a inspiré plusieurs travaux estimables: nous citerons surtout le Mémoire de M. Loreau, celui de M. Gaillard, et l'excellente relation que M. Orillard a donnée dans le 11<sup>e</sup> *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers*. Enfin, Foucart a publié, en 1854, sur la même maladie, un ouvrage important, fruit d'observations nombreuses recueillies dans une épidémie qui avait envahi les départements de la Somme et de l'Aisne.

**Anatomie pathologique.** — Les recherches anatomiques sont encore très-incomplètes; cependant on peut affirmer que la maladie n'a aucune lésion constante. Les cadavres se putréfient avec une extrême rapidité. A une certaine époque où l'esprit de système dirigeait les recherches d'anatomie pathologique, on avait signalé une vive injection des centres nerveux, des rougeurs morbides dans l'estomac; on avait même signalé une éruption vésiculeuse dans l'intestin; mais les dernières épidémies n'ont rien révélé de pareil. Parfois le foie a paru plus volumineux, et la rate, comme on l'observe dans beaucoup de maladies septiques, est souvent plus grosse et son tissu ramolli jusqu'à diffluence; mais ces lésions n'ont rien de spécial et ne sont point constantes. Ajoutons que le sang retiré des veines pendant la vie est d'une couleur rouge presque cerise; il se coagule lentement; son caillot est mou, souvent diffluent, jamais couenneux. Ces caractères sont ceux que M. Parrot a notés dans la *slette* de Périgueux. Je les ai également vérifiés à Poitiers, dans cette épidémie meurtrière de 1845, dont le gouvernement m'avait chargé d'aller étudier la nature.

**Symptômes. Marche.** — La *slette miliaire* est souvent précédée, pendant quelques jours, de malaise; de lassitude; il y a anorexie, constipation, plus rarement il existe des vomissements et de la diarrhée. D'autres fois le début est brusque: ainsi les malades, s'étant couchés bien portants, se réveillent dans la nuit inondés de sueurs. Celles-ci, qui constituent un des phénomènes prédominants de la maladie, en marquent le plus souvent le début. Elles coïncident avec un grand malaise, avec une céphalalgie sus-orbitaire, parfois très-vive, accompagnée d'un sentiment de constriction douloureuse à l'épigastre et d'un poids énorme qui, pressant sur le sternum, s'opposerait à la dilatation du thorax; ajoutons-y des palpitations pénibles, souvent avec tendance aux lipothymies et aux syncopes. Les sueurs ont, dès le début, une abondance excessive,