

résultent, comme l'hyperthermie elle-même, de l'infection générale. L'hyperthermie ne constitue pas tout le danger, car les médicaments *antithermiques* ordinaires ne soulagent qu'insuffisamment les malades. La quinine est inefficace; l'antipyrine produit cependant, d'après Friedländer, à la dose de 60 centigrammes en une fois, répétée 2 ou 3 fois par jour suivant l'âge, une euphorie marquée avec transpiration, abaissement de température, qui se prolonge jusqu'à 8 et 12 heures. Shakowski a vanté l'acide salicylique dans les cas graves; il peut abaisser la température en quelques heures de 41 à 58°; mais il est dangereux, parce qu'il favorise le collapsus. Aussi vaut-il mieux éviter l'emploi des médicaments antithermiques et porter ses efforts sur les accidents généraux qui accompagnent l'hyperthermie.

2° HYDROTHÉRAPIE. — A ce titre, l'hydrothérapie sous ses différentes formes fournit toute une série de moyens efficaces, faciles à graduer, et qui permettent de combattre tantôt l'hyperthermie, tantôt les troubles nerveux, ou bien les deux à la fois. On appliquera l'hydrothérapie sous cinq formes principales :

(a) Les *affusions froides* pratiquées suivant la méthode de Currie et Trouseau; le malade est placé dans une baignoire vide, et on lui jette sur le corps plusieurs seaux d'eau à 20 ou 25° ou même à 18°; l'affusion ne doit pas durer plus d'une minute; on enveloppe rapidement le malade d'un drap non chauffé et de couvertures et on le recouche. *L'affusion est indiquée* dans les cas où la sécheresse de la peau, l'élévation considérable de la température, l'accélération extrême du pouls, la prostration ou l'adynamie indiquent que la vie est menacée à bref délai.

L'affusion abaisse peu ou pas la température (Reimer), mais elle supprime la sécheresse de la peau, elle calme le pouls; le malade présente généralement ensuite une tendance au sommeil; quelquefois c'est une véritable dépression, de l'affaiblissement qu'on combat par l'alcool donné après l'affusion, mais dont il ne faut pas s'inquiéter (Barthez et Rilliet). Les effets en sont très éphémères, aussi faut-il recommencer souvent (4 à 5 fois par jour). Pour obtenir un abaissement de température, Reimer conseille de faire précéder l'affusion d'un ou plusieurs enveloppements au drap mouillé froid pendant 10 minutes chacun.

(b) *L'enveloppement froid* (Reimer, Baginsky). Applicable aux enfants seulement. On enveloppe le malade d'un drap mouillé à 12 ou 14°, bien exprimé pendant 10 minutes, en ayant soin de le mettre en contact avec toutes les régions du corps (aisselle, espace intercrural); puis on le renouvelle 5 ou 4 fois de suite; on recommence toutes les 2 heures. Ce procédé n'abaisse pas constamment la température, il ne calme pas sensiblement les accidents nerveux; il a le grave défaut de fatiguer et d'irriter les malades; nous le considérons comme insuffisant et à repousser.

(c) Les *lotions froides*. C'est un moyen d'attente destiné à préparer le malade et son entourage à l'usage des bains et des affusions et qui reconnaît les mêmes indications. On emploie de l'eau à 25° ou mieux 20 ou 18°; on passe rapidement sur le corps du malade en frictionnant assez fort, une éponge ruisselante, successivement en avant et en arrière; la lotion dure de 2 à 3 minutes. Les effets sont moins marqués que ceux des affusions; cependant, après la lotion, la peau est moins chaude et moite; le pouls tombe de 180 à 150 chez les enfants, de 140 à 120 chez l'adulte; les accidents cérébraux diminuent

d'intensité; la diarrhée et les vomissements excessifs diminuent également, mais ces effets sont courts et il faut recommencer les lotions très fréquemment. Steiner, pour obtenir des résultats plus intenses, recommande de frictionner le corps à l'eau vinaigrée jusqu'à ce qu'il soit rouge, puis d'envelopper tout le tronc dans un drap froid et les membres inférieurs dans une couverture de laine chaude; après quoi on enveloppe le malade d'une couverture. Ce procédé soulagerait beaucoup.

(d) Les *bains froids*, dont le mode d'emploi et l'action ont été bien étudiés et exposés par Leichtenstern. Ils constituent la méthode de choix dans les cas hyperpyrétiques où la fièvre ne présente aucune rémission et surtout quand elle s'accompagne d'une grande excitation du pouls et de la respiration. On ne saurait nier qu'il y ait utilité à abaisser la température, ne fût-ce que pour soulager le malade. Mais le bain froid a une autre action : il calme le pouls et la respiration, il modère l'excitation cérébrale; il soulage donc le myocarde; il paraît exciter aussi les contractions de l'intestin, de la vessie, il produit la polyurie, enfin il facilite l'éruption et les sécrétions cutanées. Le bain doit être à la température de 18 à 25°, suivant les cas et surtout suivant l'âge; sa durée pour l'adulte sera de 10 à 12 minutes; pour l'enfant 5 à 7 minutes suffisent; il est bon, dans les cas où il existe du délire, de verser, pendant le bain, de l'eau froide sur la tête et la nuque. Il faut prendre la température toutes les 2 ou 5 heures suivant l'intensité des phénomènes et donner un nouveau bain si la température remonte au même niveau; il faut surtout se guider sur l'état général. On donnera ainsi de 4 à 10 bains dans les 24 heures.

Là, comme pour la fièvre typhoïde, il y a quelques contre-indications : la faiblesse du cœur et les menaces de collapsus (température centrale élevée, et peau froide), le gonflement considérable du cou produisant une gêne respiratoire, les signes d'infection septicémique (polyarthrite), les hémorragies. Si, pour certaines considérations, on ne peut appliquer les bains froids, on leur substituera les bains progressivement refroidis; mais l'action en est moins efficace (Leichtenstern).

(e) Le *bain tiède* de 25 à 50° pendant 15 à 20 minutes est bon dès le début de la maladie pour nettoyer la peau, calmer l'ardeur pénible des téguments; on peut l'employer aussi durant l'éruption quand la température reste élevée sans accidents nerveux (Hench), mais il n'y a pas de grands effets à en attendre; d'après Reimer, il est même quelquefois nuisible, parce qu'il augmente l'affaissement. Mais, après l'éruption, le bain tiède aidera à la desquamation et on le renouvellera 2 fois par semaine (1).

En somme, nous dirons avec Reimer qu'on ne peut poser d'indications précises pour l'application de la balnéothérapie à la scarlatine; mais quand on s'y décide, il ne faut pas de demi-mesures et c'est à l'eau froide qu'il faut recourir en aidant ses effets par l'alcool, les excitants, les toniques.

5° MÉDICAMENTS DIVERS. — Contre le *délire*, l'*agitation*, on utilise avec avantage le chloral (Wilson) à la dose de 6 à 12 centigrammes toutes les 2 ou 3 heures, pour un enfant de 2 à 3 ans; il diminue l'intensité de l'an-

(1) ZIEMSEN (zur Pathologie und Therapie des Scharlachs, *Sammlung klin. Vortr.*, n° 14, 1890, Leipzig) recommande beaucoup l'usage des bains chauds et progressivement échauffés dans le traitement de la néphrite scarlatineuse.

gine et ne paraît pas nuire aux contractions du cœur si on le combine avec l'alcool.

Contre la torpeur, l'abattement, on emploiera les vins alcooliques, le café à doses fréquemment répétées, le camphre, l'éther ou la caféine en injections sous-cutanées et le carbonate ou l'acétate d'ammoniaque.

4^e TRAITEMENT DES COMPLICATIONS. — Contre l'angine violente, l'antisepsie, telle que nous l'avons indiquée, devient insuffisante; il faut pratiquer de larges irrigations de la gorge avec les solutions antiseptiques chaudes. Quand l'angine est membraneuse, il faut faire un nettoyage exact et aussi complet que possible de la gorge, et, quand les membranes sont enlevées, porter l'antiseptique (glycérine phéniquée à 5 pour 100, ou bien camphre et acide phénique à parties égales dissous dans l'huile) sur la muqueuse dénudée; la pénétration rapide des streptocoques montre la nécessité de cette pratique. Heubner conseille même d'injecter dans l'épaisseur des amygdales une solution d'acide phénique à 5 pour 100 pour arrêter plus sûrement la migration des micro-organismes. Mais il importe avant tout, d'empêcher la déglutition continuelle des produits membraneux et purulents, car ils sont une cause puissante d'intoxication; le *nettoyage continu* de la gorge est nécessaire dans les cas où la production membrano-purulente est abondante. L'usage du sérum anti-streptococcique (dit sérum de Marmorek en France) n'a pas donné les résultats qu'on pouvait en attendre (Josias). Cependant, Marmorek, Combemale, Baginsky ont cité des faits favorables à son emploi. Pour ma part, j'ai vu, une fois, l'amélioration d'une angine nécrotique grave suivre l'emploi de ce sérum. En cas d'angine à bacille de Loeffler, la sérothérapie antidiphthérique sera pratiquée sans indications particulières.

Contre les accidents septicémiques, il faut agir avec vigueur et persistance; il faut par tous les moyens possibles, chercher à rétablir ou augmenter la sécrétion urinaire, en introduisant l'eau par toutes les voies: par la bouche, en faisant boire abondamment ou en gavant le malade; par l'intestin, au moyen des lavements et des lavages; par la peau en injectant à doses massives les *sérums artificiels*, surtout la solution de Na Cl, à 7 pour 1000.

C. Pendant la convalescence, il faut soumettre le malade à une hygiène sévère, afin d'éviter les deux principales causes de l'albuminurie, les excès alimentaires et le refroidissement. On peut commencer l'alimentation, quand la fièvre a complètement disparu depuis plusieurs jours, c'est-à-dire à la fin de la deuxième semaine; mais, à la moindre diminution de la quantité des urines, on rétablira le régime lacté.

Il faut favoriser la desquamation par l'usage journalier d'onctions grasses antiseptiques, dans le double but d'empêcher la diffusion des squames et de diminuer autant que possible leur virulence. On ne laissera lever le malade qu'après avoir administré plusieurs bains; il faut que la desquamation soit avancée et la fièvre toujours absente (troisième, quatrième semaine). Il va sans dire que ces limites sont très extensibles, et tel malade qui n'a eu que 2 jours de fièvre pendant la saison chaude peut se lever au quinzième jour. Nous en dirons autant de la date de la première sortie. On ne l'autorisera qu'après desquamation complète et après avoir habitué le malade aux transitions de température dans l'appartement; la réclusion durera de 5 semaines

l'été, à 6 et 8 semaines en hiver. L'apparition même éphémère d'albuminurie dans la convalescence fera prolonger ces mesures hygiéniques.

Prophylaxie. — Nombre de substances ont été employées ou proposées pour préserver de la scarlatine; Rilliet et Barthez en donnent l'énumération.

Seuls, la stérilisation et l'isolement préserveront les sujets sains et empêcheront l'extension des épidémies. La prophylaxie de la scarlatine présente moins de difficultés que la rougeole: d'une part, en effet, elle est beaucoup moins extensive, moins contagieuse que cette dernière, dans notre pays du moins; d'autre part, la durée plus longue de la contagiosité, oblige à prolonger longtemps les mesures protectrices; mais on peut par différents procédés raccourcir la durée de la contagiosité et simplifier la prophylaxie.

L'isolement doit être pratiqué dès le début, mais il doit être encore très sévère quand la desquamation commence; je ne reviendrai pas sur l'organisation de cet isolement dont j'ai exposé les principes (*Généralités sur les fièvres éruptives*).

Aussitôt que la desquamation commence, il faut empêcher la diffusion des squames; pour cela deux moyens sont particulièrement efficaces: ce sont les frictions générales avec un corps gras qui ramollit la peau et y retient les fragments d'épiderme ou les fait adhérer aux linges, et les bains. L'adjonction d'un antiseptique à la pommade employée (acide phénique à 1 pour 100; bichlorure de mercure à 1 pour 2000) permet de rendre les squames aseptiques; mais il faut compléter les frictions par les bains tièdes.

Dans le même but, on stérilisera avec le plus grand soin les cavités naturelles, bouche et gorge, nez, oreilles et les cheveux, quand le malade est guéri, au moyen de grands lavages avec un liquide antiseptique. Les personnes chargées de soigner le scarlatineux devront prendre dans toute leur rigueur les précautions déjà indiquées (lavages des mains, changements de vêtements) pour éviter le transport des squames.

Faut-il pousser plus loin les précautions, et interdire, comme on l'a proposé, par exemple, la fréquentation de l'école aux frères et sœurs d'un enfant atteint de scarlatine? Outre les inconvénients considérables que peut entraîner un isolement de 40 jours (chiffre légal) portant sur un assez grand nombre d'enfants, l'utilité en est contestable et l'efficacité douteuse, car chacun de ces enfants peut encore s'infecter après la guérison complète du malade, en pénétrant dans sa chambre incomplètement stérilisée.

Mais en revanche, dans les salles d'hôpital, il faut traiter comme *suspects* tous les enfants qui ont été en contact avec un scarlatineux; l'isolement doit donc porter sur chacun d'eux pendant toute la durée de l'incubation (6 jours au plus).