

ment adopté la glycérine comme corps excipient; afin d'éviter l'affaiblissement de la vaccine par la dilution, on prend dans la pustule vaccinale non seulement la partie liquide, mais aussi les portions profondes que l'on racle à la curette et qu'on écrase et mêle intimement avec la glycérine en proportions variées; on obtient ainsi les *pulpes glycélinées* (Paris, Hambourg, Breslau), dérivés de la *pâte milanaise*; ce mélange se conserve des mois entiers sans rien perdre de ses propriétés; bien au contraire, les résultats sont meilleurs après 2 mois qu'après 5 semaines. Le mélange avec la vaseline a été conseillé (Perron, Layet). Enfin, il faut signaler la *poudre de Reissner* (pulpe desséchée rapidement) très vantée dans certains districts d'Allemagne, et qu'on emploie en la mêlant à la glycérine; la poudre de Schmith et Wolffberg (mélange de poudre vaccinale et de dextrine); les mélanges avec de la glycérine salicylée (Pissin) ou thymolée, la glycérine et le sulfate de soude (Skenk). Comme tous ces procédés affaiblissent plus ou moins la puissance du vaccin, il faut pour multiplier les voies d'absorption, employer les scarifications.

Sérothérapie vaccinale. — L'idée d'appliquer au traitement de la variole, le sérum d'animaux ayant subi l'inoculation vaccinale, a été mise en pratique par Landmann (1895) et Mac Elliot (1895), mais avec de trop faibles doses pour obtenir un résultat positif. MM. Béclère, Chambon et Ménard, après s'être assurés que le sérum de génisse, injecté à hautes doses sous la peau de l'homme, ne donne pas d'accidents toxiques et que le sérum de génisse vaccinée confère l'immunité à l'égard de la vaccine, ont injecté ce sérum à des varioleux; ils ont reconnu que ces injections, pour être efficaces, doivent être faites le plus près possible du début de la variole, et que la dose doit correspondre à 1/50^e du poids du sujet.

Le résultat de ces injections a été encourageant; mais, comme les auteurs n'ont traité que 17 varioleux, on ne peut encore avoir sur ce traitement des convictions fermes.

CHAPITRE VII

SUETTE MILIAIRE

Historique. — La suette est une maladie endémo-épidémique, caractérisée par des sueurs abondantes, un érythème polymorphe avec miliaire et des accidents nerveux paroxystiques.

Il existe dans l'histoire médicale deux grandes formes épidémiques de suette, qui se sont succédé en Europe, qu'on a voulu séparer au point de vue nosologique, mais que certains auteurs considèrent comme deux formes d'une même maladie, modifiée dans le cours des siècles et sous l'influence des climats et des races⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Colin admet, contrairement à Hecker et Anglada, que le *morbus cardiacus*, qui, d'après Littré, fut observé du III^e siècle avant J.-C. au II^e siècle de l'ère chrétienne, est la suette miliaire; la description qu'en donne Littré (affaiblissement extrême, petitesse du pouls, oppression intolérable, syncopes, transpiration profuse) et ce fait qu'elle atteignait surtout les jeunes gens vigoureux, rapprochent en effet beaucoup cette maladie de la suette (COLIN).

Il régna en Angleterre, aux XV^e et XVI^e siècles une maladie désignée sous le nom de *pestis britannica*, *sudor anglicus*, *pestis ephemera*, dont les épidémies très meurtrières et à extension très rapide, cessèrent subitement en 1551, pour ne plus reparaitre; la quatrième épidémie atteignit l'Europe du Nord, l'Allemagne, l'Autriche, la Suisse, mais respecta la France: on vit à Augsbourg, dans le court espace de 8 jours, 15 000 atteintes et 800 décès. M. Colin admet que cette maladie est la même que la *suette* française, qui apparut en Picardie en 1718. Au XVIII^e siècle, la maladie occupa quatre groupes régionaux distincts: le *groupe Nord* (Picardie, Normandie, Ile-de-France, Orléanais), le *groupe Est* (Alsace, Franche-Comté, Savoie), le *groupe Central* (Auvergne), le *groupe Méridional* (Languedoc). Au XIX^e siècle, elle a pris une extension considérable: elle a marché du nord à l'est (Thoinot); elle s'est largement étendue dans le bassin de la Garonne (Parrot), de la Charente, de la Loire⁽¹⁾; parmi les épidémies les plus importantes et les mieux étudiées, il faut signaler celle de l'Oise (1821) dont l'histoire rapportée par Rayer sert de base à nos connaissances actuelles (Thoinot), celle de Poitiers (1845) dont Gaillard, Orillard et Grisolle ont conté l'histoire, enfin celle de la Vienne et de la Haute-Vienne (1887) rapportée par Brouardel, Thoinot, Hontang, Parmentier (commission d'étude) et Chédevergne, Jablonski, Thiaudière et Litardière.

A l'époque actuelle, en l'absence d'épidémie, on doit cependant considérer comme étant en état d'endémie suettique, la Picardie, le Poitou, le Languedoc, le Var; « c'est une affection en progrès, plus méconnue qu'absente » (Thoinot).

Étiologie. — L'étiologie de la suette est des plus incertaines. Elle atteint indistinctement tous les âges: de nombreux nourrissons ont été malades dans l'épidémie de 1887; les vieillards ne sont pas réfractaires; le *sexe* aussi n'a aucune importance, bien que certaines épidémies aient sévi plus particulièrement chez les femmes.

Par contre, on a dit que la *constitution vigoureuse* expose particulièrement les adultes (Parrot). Toutefois la maladie sévissant surtout dans les campagnes, les paysans mal logés et occupant des habitations humides et sales, insuffisamment aérées, sont les victimes ordinaires de l'épidémie; mais, comme le fait remarquer M. Colin, quand la suette atteint les villes, les classes aisées ne présentent pas d'immunité.

On a fait jouer un grand rôle à l'humidité, au voisinage des marais, des canaux, aux inondations, au curage des rivières, même au brouillard; on a invoqué aussi l'influence des putréfactions de matières organiques, du voisinage des fumiers, l'encombrement des habitations, etc.; mais ce sont là des conditions banales communes à toutes les populations rurales et qui font défaut dans beaucoup de pays infectés par la suette. On peut en dire autant de la constitution géologique du sol, des mœurs des habitants, de leur race, de leurs conditions hygiéniques. En somme, au point de vue étiologique, la suette est indépendante des conditions ethnologiques et climatériques.

L'inoculation a été tentée *sans succès* par Legrand de Mello, Dubun de Peyrelongue et Moreau, Dufraisse, Borgi, Mazuel, avec le liquide des vésicules. Parrot cependant réussit à déterminer sur lui-même une éruption toute locale,

⁽¹⁾ En France (COLIN), il existe actuellement deux zones épidémiques, l'une au nord s'étendant de la Manche au Jura, l'autre du centre au sud (Allier, Poitou, Aude, Dordogne, Hérault).

vésiculeuse, mais sans caractéristique nette; ce résultat unique est contestable, et l'inoculabilité est au moins douteuse.

Que penser de la contagion? Parrot, Orillard, Gaillard la repoussent, Grisolle la considère comme douteuse et quelques faits ont semblé leur donner raison; on voit, par exemple, une nourrice malade ne pas infecter son enfant; un seul époux est atteint dans un ménage, un seul enfant dans une famille qui occupe la même chambre; on voit un individu qui a pénétré pendant quelques heures dans un foyer épidémique s'y contagionner et subir la maladie à son retour dans sa localité sans infecter personne autour de lui; et Jaccoud a pu dire que la suetté n'est pas plus contagieuse que la malaria.

Cependant la contagion était admise par Foucart, Rayet, par Loreau (1845) et, dans l'épidémie de 1887, MM. Hontang, Parmentier, Thoinot, l'ont constatée de façon indéniable; par exemple, un médecin est contagionné par le premier malade qu'il ait à soigner; un foyer épidémique se développe autour d'un malade unique qui a contracté sa maladie dans une autre région assez éloignée. MM. Brouardel et Thoinot soutiennent même que la contagion est très puissante; ils invoquent en effet la rapidité avec laquelle un individu peut être atteint en pénétrant dans un milieu épidémique; ils s'appuient sur le nombre vraiment colossal des cas qui se développent en quelques heures dans une même localité et qui fait penser que le germe est transportable par l'air; il semble, cependant, que le développement si rapide des épidémies s'explique beaucoup mieux par l'influence d'une cause quelle qu'elle soit, agissant à la fois sur toute une population. Nous admettons donc que si la contagion existe, elle est limitée. Son mode de transport, ses portes d'entrée nous sont inconnus.

Épidémiologie. — Une grande obscurité entoure l'origine des épidémies de suette. Elles peuvent apparaître à toute époque de l'année, plus intenses cependant pendant la saison chaude. Toute épidémie est précédée de cas sporadiques plus ou moins nombreux, souvent séparés par de longs intervalles, ce qui revient à dire que l'épidémie naît toujours d'un foyer endémique permanent, mais dont l'existence est souvent méconnue; la suette fait alors irruption dans les contrées voisines où elle était encore inconnue, « et s'y crée parfois de nouveaux foyers qui joueront à leur tour un rôle dans les nouvelles épidémies » (Thoinot), en sorte que toutes les épidémies seraient reliées les unes aux autres par une chaîne plus ou moins continue de cas isolés.

Ordinairement, quand l'épidémie apparaît dans une localité où elle était inconnue, elle se développe avec une rapidité inouïe; c'est par centaines que se comptent les cas simultanés dans un centre important; en une semaine, elle atteint son acmé, puis elle décroît très rapidement; cette rapidité d'expansion est indépendante de l'importance du centre frappé, que ce soit une ville ou un village. Mais là s'arrêtent les caractères communs aux différentes épidémies; tandis que, à certaines époques, le foyer reste limité à une région bien déterminée et sans aucune tendance à l'envahissement, dans d'autres cas, au contraire, elle atteint un territoire considérable; en 1849, elle couvrait le quart de la France (Colin). Son extension échappe d'ailleurs à toute règle; elle est indépendante (sauf quelques exceptions) de la direction des vents. On voit combien, par sa puissance de diffusion, cette maladie diffère des fièvres éruptives; elle se rapproche beaucoup, au contraire, par son évolution, toutes proportions d'expansion et de mobilité gardées, de la grippe épidémique.

En beaucoup de circonstances, la suette a été précédée de petites épidémies de fièvres éruptives (épidémie de Coulommiers, 1841, rapportée par Barthez, Landouzy et Guéneau de Mussy), de rougeole (Arduin, Orillard, Jolly), plus rarement de scarlatine. MM. Thoinot et Hontang ont relevé la coexistence de la suette et de la rougeole dans 11 épidémies. L'interprétation de ces faits est difficile. S'agit-il de véritables coïncidences ou simplement de formes anormales de la suette? Dans l'épidémie de 1887, où les médecins de Poitiers, MM. Chédevergne, Jablonski, Thiaudière, Litardière, affirmaient l'existence de la rougeole, la commission officielle n'a reconnu qu'une forme spéciale de suette à laquelle on a donné le nom de suette rubéolique.

Nature. — La suette est une maladie infectieuse, elle en a les débuts, le retentissement général, la contagiosité, la marche épidémique. Les recherches bactériologiques ont été ébauchées en 1887 par MM. Roux et Chantemesse, à une époque où l'épidémie était en pleine décroissance; l'examen du sang sur lamelles n'a donné de résultats qu'une fois. L'inoculation à différents animaux est restée vaine.

Sa coïncidence avec le choléra, observée en France, particulièrement en Picardie (Bucquoy 1852, 1849) et dans un assez grand nombre de communes, avait conduit à rechercher un rapprochement avec cette pandémie (choléra cutané); mais les deux maladies n'ont coexisté qu'en France, et leurs modes d'extension, de transport, sont trop différents pour qu'il soit utile de discuter cette conception. Rappelons que Rayet rapportait la suette à l'existence d'une gastro-entérite.

Plus récemment, on a soutenu avec plus de vraisemblance l'origine tellurique du virus de la suette (Boucharde, Parrot, Jaccoud). Ce dernier auteur s'est efforcé de démontrer son étroite affinité avec la malaria, parce qu'on l'observe dans les pays où règne l'infection paludique, parce qu'elle alterne quelquefois avec les fièvres palustres, parce qu'enfin, elle présente un caractère rémittent ou intermittent. Mais combien sont plus grandes les dissemblances! La suette pénètre dans les régions où l'impaludisme est inconnu, où la constitution calcaire et la sécheresse du sol éloignent toute possibilité d'influence marécageuse (Parrot, Gaillard, Colin). Jamais l'impaludisme ne procède par poussées subites et violentes comme la suette; enfin, le sulfate de quinine a peu d'action sur cette dernière. Ces raisons sont suffisantes pour admettre que la suette est une maladie bien spécifique qui n'a aucun rapport avec les autres infections ou intoxications connues.

Incubation. — L'incubation de la suette varie dans des limites très restreintes: elle peut être de 2 à 5 jours; elle n'est jamais inférieure à 24 heures (Brouardel, Thoinot), mais son maximum nous est inconnu.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la suette sont fort mal connues: aucune étude histologique n'a été faite et les renseignements macroscopiques qui datent de la première moitié de ce siècle sont très insuffisants. Très rapidement, dans les 3 ou 4 heures qui suivent la mort, le cadavre se couvre de lividités, de sugillations ecchymotiques, la bouche et le nez donnent écoulement à du sang spumeux; en quelques heures, la putréfaction commence et le cadavre répand une odeur insupportable, signalée dans toutes les épidémies.

Les lésions décrites sont bien banales. Dans le tube digestif, qui avait attiré l'attention de Rayer, Foucart, on trouve des plaques de vascularisation, de pigmentation, de la congestion des plaques de Peyer, de la psorentérie. Le foie, la rate, les reins sont augmentés de volume et congestionnés, la rate est difflente. La congestion signalée dans les poumons n'a rien de spécial et est purement agonique. On en peut dire autant de la congestion générale des méninges et du tissu nerveux (Allioni, Parrot, Rayer); il s'agit là d'un phénomène secondaire, résultant de la suffocation.

Le sang, pendant la maladie, est rose clair (Parrot) et son coagulum a l'aspect de la gelée de groseilles, sans couenne inflammatoire. Examiné au triple point de vue de la coagulation, du nombre des globules et de la chromométrie, le sang se présente sous deux types. Dans le *premier*, il y a diminution du nombre des hématies, sans altération notable de leur aspect et de leur richesse en hémoglobine; c'est le *type des pyrexies* (Hayem). Le second, qui répond au *type phlegmasique* (2^e variété de Hayem), s'observe dans les cas où il existe des complications inflammatoires: il est caractérisé par la formation d'un réticulum fibrineux à grosses fibrilles rayonnant autour d'amas hémotoblastiques avec formation de grumeaux ou *plaques phlegmasiques* de Hayem. (Parmentier.)

Malgré les pertes considérables de liquide que subit l'organisme, le sang ne paraît pas épaissi, car le nombre des globules n'augmente pas.

Pendant la convalescence, on constate les caractères d'une anémie moyenne (5 800 000 globules rouges) et une légère diminution de l'hémoglobine.

Symptômes. — Nous décrirons dans la suette trois périodes: *début ou invasion, éruption, convalescence*:

1^o **Invasion.** — Le début est *progressif avec prodromes, ou rapide, ou subit*.

(a) **PRODROMES.** — Ils sont la règle dans certaines épidémies (Foucart, Teilhol); ils *manquent* le plus souvent dans d'autres (épidémie de 1887), ou bien sont assez peu marqués pour passer inaperçus; leur durée peut varier beaucoup (de 1 à 4 jours). Ils n'ont rien de caractéristique, le malade éprouve un malaise général, une faiblesse croissante et en apparence inexplicable; il est courbaturé, souffre dans tous les muscles; mais ces sensations douloureuses prédominent dans les genoux et les poignets qu'il meut difficilement; puis des frissonnements répétés apparaissent, surtout le soir; il s'y joint souvent de l'embarras gastrique, un état saburral, des nausées, bien que l'appétit soit quelquefois conservé.

Rarement des accidents nerveux apparaissent dès le début, sous forme de crampes plus ou moins douloureuses dans les muscles des mollets; elles sont généralement passagères; cependant une femme qu'a observée M. Thoinot eut pendant plusieurs heures une main invinciblement contracturée en flexion (tétanie).

Mais les prodromes font souvent défaut, et le malade tombe d'emblée dans la période d'invasion. Les phénomènes caractéristiques de cette période sont: la *faiblesse* extrême, les *sueurs*, la *fièvre* et les *accidents nerveux paroxystiques*.

(b) **INVASION RAPIDE.** — Elle se manifeste dans l'après-midi ou vers le soir par un malaise progressif qui oblige le malade au repos; les jambes fléchissent, de petits frissonnements courts avec une légère transpiration se succèdent; le

malade, de plus en plus souffrant, se couche, et dans la nuit apparaît le premier accès sudoral.

(c) **L'INVASION BRUSQUE** se montre surtout au début des épidémies; après une journée sans malaise sérieux, le malade se réveille tout à coup dans la première moitié de la nuit, en proie à une souffrance étrange, une anxiété et une agitation vives, des frissons répétés, une transpiration très abondante; il souffre de la tête; mais ce qui augmente son inquiétude et son agitation, c'est une sensation d'étouffement, de constriction épigastrique à laquelle se joignent des palpitations violentes. En même temps, les sueurs augmentent, elles coulent à profusion; ce syndrome dure une heure ou plus, puis peu à peu le malaise s'atténue et le calme revient, en même temps que diminue la transpiration.

Tel est le premier accès; rarement sa violence égale celle des accès qui surviendront dans les nuits suivantes. Une des caractéristiques de cette maladie c'est, en effet, le calme relatif du jour, et l'agitation violente, les accidents redoutables de la nuit.

Il y a donc dans la suette, à cette période, des éléments permanents et des symptômes épisodiques ou paroxystiques constitués par les sueurs et les troubles nerveux.

Sueurs. — Les sueurs sont permanentes, mais moins profuses le jour, moins abondantes aussi au début; elles sont souvent en rapport avec l'intensité des troubles nerveux, mais n'ont pas de relations avec l'intensité de l'éruption; pendant le paroxysme nocturne, elles coulent en telle abondance qu'elles peuvent imprégner et traverser le matelas et répandre l'humidité autour du malade: quand on soulève les draps, il s'en élève une buée épaisse; leur abondance, favorisée par la façon dont se couvrent les malades dans la crainte du refroidissement, présente tous les degrés; elles répandent une odeur fade, qui devient dans les logements malpropres de certaines campagnes, d'une extrême fétidité et qu'on a comparée à celle de la paille pourrie (Rayer, Guéneau de Mussy), à celle des cadavres en putréfaction, mais qui n'a d'ailleurs rien de spécifique (Foucart, Grisolle, Parmentier) et disparaît avec des soins suffisants de propreté. La sueur est à peine acide (Guéneau de Mussy). La poussée sudorale est le plus souvent précédée de frissons; quand elle diminue, elle laisse une sensation de bien-être.

Phénomènes nerveux. — Ces accidents ont vivement frappé les observateurs par leur violence, qui ne se rencontre à un pareil degré dans aucune autre affection et donnent à la maladie un cachet spécial (Thoinot). Avant ou pendant l'accès de transpiration, le malade est pris d'étouffements avec une brusquerie et une intensité telles qu'il croit succomber; c'est une sensation de constriction, de barre à l'épigastre et au niveau de l'appendice xiphôide, quelquefois aussi de constriction pharyngienne; celle-ci se prolonge quelquefois en arrière entre les deux épaules; plus rarement elle semble porter sur tout le tronc. Les *palpitations*, qui accompagnent toujours l'oppression, dominent quelquefois la scène; le cœur bat follement, soulève la paroi costale et le creux épigastrique. Pendant ce temps, le malade, très agité, anxieux, suffoquant, redoute la mort qu'il croit prochaine. Le paroxysme ainsi constitué dure de quelques minutes à trois quarts d'heure, entrecoupé par des temps de repos relatifs. Dans la forme légère, le malade n'éprouve qu'une sensation de barre avec un peu de gêne res-

piratoire, mais ces malaises se calment d'eux-mêmes et laissent reposer le malade (Parmentier).

Quand l'accès est calmé, malgré le bien-être qui survient alors, l'agitation persiste. La céphalée, la crainte d'un nouvel accès, l'humidité qui enveloppe le malade produisent l'insomnie; les cauchemars sont fréquents; quelquefois l'abondance de la transpiration et la violence de l'accès laissent une véritable stupeur.

Ce ne sont pas les seuls phénomènes nerveux; le délire survient la nuit du 5^e ou 4^e jour, tantôt doux, tranquille et monotone, tantôt bruyant, mêlé de cris, à dominante professionnelle, rarement furieux. Rayer l'attribuait en partie à la déperdition de liquide par sudation (*delirium a depletione*).

La céphalée est très intense dans certaines épidémies, elle est gravative, accablante, continue, occupant surtout la région sus-orbitaire et le vertex, contribuant à priver le malade de tout sommeil. Les crampes douloureuses des membres inférieurs et des mains (tétanie), les soubresauts des tendons, complètent la série des troubles nerveux.

PENDANT LE JOUR, tout se calme, le malade, affaibli, cherche à dormir; la face est congestionnée, les conjonctives sont un peu rouges, la peau est brûlante.

La langue reste humide mais saburrale, la soif n'a pas l'intensité que semble comporter la transpiration excessive; l'appétit est nul: les vomissements alimentaires et bilieux du début ne se répètent pas, exception faite des cas où le malade essaye de s'alimenter; le ventre est souple, malgré une constipation qui se manifeste dès le début, qui reste opiniâtre pendant 4 ou 5 jours et finit par céder aux purgatifs énergiques; les garde-robes, spontanées ou non, ressemblent à du goudron ou de la poix (épidémie de 1887) et répandent une odeur infecte. On a signalé des hémorragies intestinales, mais elles sont peu abondantes.

L'urine est rare; elle tombe, dès le premier jour qui suit l'accès de transpiration, à 800, 700 grammes et, à mesure que la sueur augmente, à 500, 400 et moins; elle est rouge et dense, et ne contient jamais d'albumine; l'urée tombe, en même temps que la quantité d'urine, à 5 grammes, 4 grammes par jour (Parmentier).

Les voies respiratoires restent remarquablement indemnes; la toux sèche, fébrile, qu'on observe dans quelques épidémies (1887), n'a pas cependant l'intensité de la toux morbilleuse; même au plus fort des accès d'oppression, on ne constate aucun signe stéthoscopique; les épistaxis sont aussi très fréquentes.

Du pouls, rien d'intéressant à signaler; dans la forme intense qui nous sert de type, il est plein, régulier, variant de 90 à 100 dans l'intervalle des paroxysmes; mais au bout de quelques jours il s'affaiblit, traduisant ainsi l'affaiblissement du cœur surmené et altéré par l'épaississement du sang et l'excès de fonctionnement, l'ataxie des paroxysmes (Jaccoud). La température du jour ne dépasse guère 39°,5 dans les cas sérieux; le soir et la nuit elle s'élève au-dessus de 40°; Ardouin, à Oléron, a observé les chiffres de 41, 42° et plus, à la période la plus grave.

La période d'invasion dure de 5 à 4 jours, rarement 6 et 7 jours (1887). Dans des épidémies plus anciennes, elle s'est prolongée dans certains cas plus de 15 jours (Foucart). Chaque paroxysme nocturne augmente l'affaiblissement et et aggrave l'état du malade; les accidents nerveux s'exagèrent jusqu'à l'apparition de l'éruption.

2^e Éruption. — Elle se manifeste le plus souvent le 5^e ou le 4^e jour, dans la soirée, en même temps qu'une exacerbation fébrile et un redoublement des phénomènes nerveux (agitation, étouffements, barre épigastrique) précédée et annoncée par des sensations cutanées nouvelles; le plus souvent c'est un picotement d'abord localisé au dos, aux membres, puis généralisé, dont l'intensité augmente et provoque une vive démangeaison; les malades le comparent à un fourmillement, quelquefois à un engourdissement général, ou encore à la brûlure de l'ortie.

L'éruption est bien visible le lendemain, et déjà le malade se sent soulagé. Barthez, Landouzy, Guéneau de Mussy avaient signalé cet apaisement qui suit la première poussée éruptive: les sueurs très abondantes, pendant qu'elle s'opère, diminuent comme la fièvre et les phénomènes nerveux, le pouls se modère. Le malade a les yeux brillants, les paupières rouges et gonflées.

L'éruption envahit d'abord le cou, le dos et la partie antérieure du thorax, puis les membres supérieurs du côté de la flexion, surtout au niveau du poignet (*bracelet miliaire*), enfin 2 ou 5 jours après son début, les pieds et les mains; la paume de la main et la plante des pieds sont généralement respectées. La face, indemne dans certaines épidémies, était au contraire, en 1887, le siège de manifestations très intenses; elle présente alors sur les joues deux placards rouges, réunis au niveau de la base du nez par une bande de même couleur (Hontang); le maximum de l'éruption occupe le plus souvent le tronc, les fesses et les avant-bras (poignets et mains). Contrairement à l'opinion de M. Jaccoud qui ne voit dans l'éruption qu'un effet de la sudation excessive, une éruption intense peut accompagner une sudation moyenne.

Les manifestations muqueuses sont variables; tantôt le voile du palais reste pâle; tantôt il est piqueté de rouge dans les premiers jours de l'éruption, ou bien il est uniformément coloré comme dans la scarlatine (Thoinot).

Il faut distinguer dans l'éruption deux éléments: l'exanthème et la miliaire. L'exanthème est souvent le premier en date et le plus étendu; peu étudié ou considéré comme accessoire jusqu'alors, il a pris une très grande importance dans l'épidémie de 1887. Il est remarquable par sa variabilité dans une même épidémie d'un malade à l'autre, par sa polymorphie sur un même sujet, suivant le siège et suivant le jour de la maladie; c'est ainsi qu'il peut revêtir uniquement ou successivement l'aspect morbilliforme, scarlatiniforme, hémorragique ou purpurique; le premier type, formé de taches rouges irrégulières, de dimensions variables, laissant entre elles des intervalles de peau saine, surtout sur le tronc, prédomine aux extrémités. Cet aspect ne persiste pas toujours; les plaques rouges se rejoignent et se confondent de façon à prendre le type scarlatiniforme sur le haut de la poitrine, le cou, le dos. Quand cette fusion des éléments s'est faite rapidement, le type scarlatiniforme est réalisé d'emblée; mais on voit fréquemment l'éruption, morbilliforme aux jambes et scarlatiniforme sur le tronc; souvent aussi, après la poussée des vésicules, apparaissent des taches purpuriques qui se disposent en cercle autour d'elles, ou forment un piqueté irrégulier sur la surface scarlatineuse. C'est dire qu'il faut examiner successivement toutes les régions du corps pour déterminer le type éruptif.

La miliaire est représentée essentiellement par une papule très petite d'abord, qui soulève la surface cutanée comme un petit point acuminé, et se transforme rapidement en vésicule; la vésicule elle-même a des dimensions variables, tantôt simple soulèvement épidermique que l'on sent plutôt qu'on ne le voit à l'œil nu