

l'eczéma chronique du nez et de l'oreille (Hardy). L'endocardite scarlatineuse peut passer inaperçue pendant l'évolution de la scarlatine; parfois elle survient plus tard, en même temps que le pseudo-rumatisme ou la chorée, et elle peut persister à l'état chronique. Je ne reviens pas sur le *mal de Bright*, reliquat possible de la scarlatine.

Après avoir étudié la scarlatine normale, les scarlatines anormales et les complications, arrivons au diagnostic.

**Diagnostic.** — A ne considérer que l'éruption, on pourrait confondre la scarlatine avec les éruptions scarlatiniformes qui surviennent au début de la variole (*rash*), mais les symptômes généraux bien mieux que l'éruption aident au diagnostic; j'en dirai autant des autres éruptions scarlatiniformes qui surviennent dans le cours du rhumatisme<sup>1</sup>, de la diphthérie, du typhus, du choléra, ou qui sont d'origine médicamenteuse (antipyrine, belladone). L'angine scarlatineuse ne sera pas confondue avec une angine simple, et les formes *frustes* de la scarlatine auront pour critérium le milieu épidémique dans lequel elles se sont développées. L'eczéma rubrum présente, comme la scarlatine, de la fièvre et une rougeur diffuse de la peau, mais la région envahie par l'eczéma rubrum est le siège de vésicules, rapidement remplacées par des squames fines et furfuracées qui, une fois tombées, ne se reproduisent plus<sup>2</sup>. Les démangeaisons et la cuisson violentes provoquées par l'eczéma sont autrement accusées que le simple prurit qu'on observe parfois dans la scarlatine.

L'érythème scarlatiniforme infectieux présente avec la scarlatine de telles analogies que le diagnostic en est vraiment difficile; entre autres exemples, je fais allusion à un malade que j'ai eu cette année dans mon service de l'hôpital Necker et sur lequel les avis étaient fort partagés. Voilà un homme qui est pris de fièvre, de céphalalgie, de courbature; une angine se déclare, la gorge est rouge, les

1. Hallopeau. *Union méd.*, 16 janvier 1885.

2. Hardy. *Maladies dartreuses*, p. 74.

amygdales sont volumineuses et recouvertes d'enduit pultacé; une éruption polymorphe se déclare; cette éruption prend par places la teinte écarlate et étalée de la scarlatine. On pense à une scarlatine, mais, contrairement à la scarlatine, de nouvelles poussées éruptives se font, bien que la desquamation ait commencé; ces poussées éruptives sont érythémateuses, morbilliformes, ortiées, scarlatiniformes; tout ceci ne ressemble plus à la scarlatine, et cependant il faut attendre le caractère polymorphe de l'éruption et les poussées successives de ces éruptions pour éliminer l'hypothèse de la scarlatine et pour affirmer le diagnostic d'érythème scarlatiniforme infectieux.

Les *dermatoses*, généralisées, rouges et desquamatives, simulent donc singulièrement la scarlatine. Brocq, dans son ouvrage sur le traitement des maladies de la peau, donne la description suivante de l'érythème scarlatiniforme desquamatif, ou dermatite exfoliative aiguë, bénigne: c'est, dit-il, une sorte de pseudo-exanthème, caractérisé par un début assez franc, fébrile, simulant le début de la scarlatine. Puis, après un laps de temps variable, survient une éruption d'un rouge plus ou moins intense, uniforme, parfois piquetée de points purpuriques, surtout aux membres inférieurs, éruption qui tend à se généraliser, qui s'accroît aux grands plis articulaires, au cou, aux parties latérales du tronc, à la paume des mains ou à la plante des pieds. Trois ou quatre jours après l'apparition de cette éruption, et alors que la rougeur persiste encore, il se produit une desquamation sèche, lamelleuse, excessivement abondante<sup>1</sup>.

La diazoréaction d'Erlich, constante dans la scarlatine, fait défaut dans les érythèmes scarlatiniformes<sup>2</sup>.

*Scarlatine puerpérale.* — Comment faut-il envisager la scarlatine puerpérale: mérite-t-elle de prendre place auprès de la scarlatine, ou doit-elle être rangée dans la catégorie des érythèmes scarlatiniformes? Certes, il est évident qu'une femme en état puerpéral peut prendre la scarlatine vraie,

1. Perdrat. *Érythèmes scarlatiniformes*. Th. de Paris, 1896.

2. Lobligeois. *Th. de Paris*, 1902.



comme elle peut prendre la rougeole ou la variole, mais là n'est pas la question. Je fais allusion à ces épidémies de scarlatines, dites puerpérales, qui sévissaient si cruellement autrefois, avant les méthodes antiseptiques, soit dans nos maternités, soit dans telle ou telle localité<sup>1</sup>, épidémies de scarlatines puerpérales qui coïncidaient habituellement avec les fièvres puerpérales et avec les érysipèles des enfants nouveau-nés, érysipèles si lumineusement étiquetés par Trousseau : « manifestation de la fièvre puerpérale chez les nouveau-nés ». Eh bien, ces scarlatines dites puerpérales, épidémiques ou isolées, sont-elles des scarlatines vraies ou des pseudo-scarlatines ?

Avant d'entreprendre cette discussion, je vais rappeler la description de la scarlatine puerpérale telle que Lesage l'a donnée<sup>2</sup>; elle est absolument conforme à un cas de scarlatine puerpérale que j'ai eu en 1894 dans mon service, et dont il est fait mention dans la thèse de Bergé<sup>3</sup>. La scarlatine dite puerpérale débute habituellement avec brusquerie dans un des premiers jours qui suivent l'accouchement. La femme, qui jusque-là s'était bien portée, est subitement prise d'un léger frisson ou d'une sensation de froid passagère, à laquelle succède une fièvre assez intense avec nausées et vomissements. Parfois apparaît un catarrhe oculo-nasal simulant au premier abord une rougeole. Après cette période d'invasion qui peut ne durer que quelques heures, l'éruption apparaît avec tous les caractères de l'éruption scarlatineuse; peut-être l'angine est-elle moins ré pondérante, moins inévitable que dans la scarlatine; peut-être aussi les adénopathies sous-maxillaires sont-elles plus insignifiantes. A l'éruption fait suite la desquamation par larges lambeaux épidermiques. Pendant la maladie, les lochies et la sécrétion lactée se suppriment ou se modifient. Les malades guérissent parfois, et quand la mort

1. Trousseau. Épidémie de Cour-Cheverny. Leçons sur la scarlatine. *Clin. de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 151.

2. Lesage. Th. de Paris, 1877. — Legendre. Th. de Paris, 1881.

3. Bergé. *Pathogénie de la scarlatine*. Th. de Paris, 1895.

arrive, c'est tantôt au milieu d'accidents cholériformes (diarrhée, refroidissement, teinte livide de la peau), tantôt dans le collapsus ou dans le coma.

On pense bien qu'il y avait là matière à discussion. Les dualistes et les unicistes ne sont pas encore arrivés à s'entendre. Pour ma part je partage les conclusions de Wurtz, que je trouve fort sages : « Il est, dit-il, un fait important qui jette une singulière clarté sur la véritable nature de la scarlatine puerpérale. C'est que, depuis l'application des méthodes antiseptiques ou obstétriques, elle est devenue rarissime, ou paraît être inconnue dans les maternités (Varnier). Elle en a disparu avec les accidents infectieux de la puerpéralité. Il est donc rationnel d'admettre que ces prétendues scarlatines n'étaient que des érythèmes infectieux dus aux toxines du streptocoque. » Ce qui me paraît militer en faveur de cette opinion, c'est que cette prétendue scarlatine puerpérale, qui est contagieuse de femme en couche à femme en couche, ne crée ni épidémicité ni contagiosité chez les gens de l'entourage, adultes ou enfants. Il s'agit donc là d'un érythème infectieux scarlatiniforme.

J'en dirai autant des érythèmes scarlatiniformes des blessés et des opérés, érythèmes quelquefois décorés, improprement je crois, du nom de scarlatine chirurgicale. De ce que ces différents états ont pour agent essentiel la toxine du streptocoque; de ce que le streptocoque paraît être un des agents importants de la scarlatine, nos classifications bactériologiques concernant les streptocoques ne sont pas encore assez avancées, il s'en faut, pour nous permettre de faire table rase de la spécificité de la scarlatine. En résumé, il y a d'une part une scarlatine et d'autre part des érythèmes scarlatiniformes.

**Pronostic.** — Le pronostic de la scarlatine doit toujours être réservé, même dans les formes en apparence bénignes, car beaucoup d'accidents surviennent pendant la convalescence (anasarque, urémie, diphthérie, pleurésie purulente, suppurations multiples) et éclatent alors que le malade semblait guéri. Il faut également compter avec les



*reliques* chroniques de la maladie, lésion cardiaque, mal de Bright, chorée, etc. Pour la scarlatine, comme pour toutes les maladies épidémiques, l'intensité du mal et ses allures varient avec les *épidémies*. Sydenham, qui n'avait connu que les formes les plus bénignes de la scarlatine, hésitait à lui donner le nom de maladie; Graves raconte que les épidémies de 1800 à 1804 furent terribles en Irlande<sup>1</sup>, tandis qu'elles devinrent extrêmement bénignes pendant une trentaine d'années, pour reprendre une excessive intensité à Dublin en 1851 et 1854. Bretonneau, qui, à l'exemple de Sydenham, considérait la scarlatine comme une maladie très bénigne, puisque en vingt ans il n'avait pas perdu un seul malade, changea d'avis lorsque éclata à Tours une terrible épidémie qui fit de nombreuses victimes.

Non seulement les épidémies de scarlatine peuvent être graves pour toute une population, mais leur gravité, leur malignité peut se *circonscrire* à un petit foyer, à une maison, à une famille; les observations de Stoll, de Graves, sont là pour l'affirmer. Que la malignité dépende de la nature même de l'agent infectieux, ou qu'elle soit inhérente à la constitution particulière des individus, il n'en est pas moins vrai que « lorsque dans une famille la scarlatine arrive avec des allures terribles, tuant le premier de ceux qu'elle a frappés, il faut se méfier et craindre, car probablement elle fera d'autres victimes » (Trousseau). J'ai constaté la justesse de ces assertions: dans une famille de la ville d'Amiens, trois personnes, la mère et les deux enfants, ont été prises de scarlatine avec complications diphthériques, et toutes trois ont succombé en peu de jours.

On a signalé maintes fois la gravité de la scarlatine dans la race anglo-saxonne. Tandis qu'en France, elle cause trois fois moins de décès que la rougeole, déjà en Belgique elle cause plus de décès que cette maladie. En Angleterre, elle figure au premier rang parmi les causes de mortalité; à Paris, elle donne en moyenne 100 décès par an, à Londres

1. *Clin. méd.*, trad. Jaccoud 1865, t. I.

elle en donne 4 à 5000. Chez les Anglais habitant l'Europe continentale, la scarlatine est plus fréquente et plus grave que chez les indigènes<sup>1</sup>.

L'âge est important à considérer au point de vue du pronostic. De la statistique dressée par Marfan et Apert<sup>2</sup>, il résulte que dans les hôpitaux d'enfants de Paris la mortalité est d'autant plus forte que le petit malade est plus jeune (50 pour 100 de 0 à 1 an, 11 pour 100 de 1 à 2 ans, 2 pour 100 de 2 à 10 ans, 0 pour 100 au-dessus de cet âge). A Aubervilliers, chez les scarlatineux adultes, Legendre a observé une mortalité de 1,88 pour 100<sup>3</sup>.

**Étiologie. — Bactériologie.** — La scarlatine est épidémique et contagieuse, et les inoculations plusieurs fois tentées n'ont donné aucun résultat positif. Elle atteint surtout les enfants entre l'âge de six et dix ans et elle confère en général l'immunité. Un certain nombre d'observations prouvent que le fœtus peut être contagionné par sa mère.

La scarlatine est contagieuse pendant la période d'éruption, mais elle l'est surtout pendant la période de desquamation. La poussière des lambeaux épidermiques est très contagieuse. La contagion est directe ou indirecte; directe quand il y a *contact* avec le malade, indirecte quand la maladie est transmise par des objets divers, par des jouets, par des ustensiles de toilette, par des habillements, ayant appartenu au scarlatineux. La contagion peut même se faire à distance au moyen d'objets recelant et transportant les germes contagieux. On a incriminé avec raison les livres et les lettres; en voici quelques observations indéniables: Sanné rapporte qu'une dame et sa fille, habitant la Bretagne, reçoivent d'une personne habitant l'Allemagne une lettre dans laquelle celle-ci annonce qu'elle est convalescente d'une scarlatine et qu'elle desquame d'une façon tellement abondante que, tout en écrivant sa lettre, elle avait été con-

1. Bordier, *Géographie méd.*, p. 237.

2. Marfan et Apert. La scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades, en 1895. *Soc. méd. des hôp.*, 8 mai 1896.

3. Legendre, *Soc. méd. des hôp.*, 8 mai 1896.



trainte de secouer son papier à plusieurs reprises, afin d'en chasser les pellicules qui y tombaient. La mère et la fille qui avaient reçu cette lettre sont prises de scarlatine; la mère succombe et la fille guérit à grand-peine. Grasset (de Riom) rapporte un fait analogue; une fillette étant atteinte de scarlatine, les parents recueillirent des lambeaux épidermiques de desquamation, et, à titre de curiosité, ils envoyèrent ces lambeaux, dans une lettre, au petit frère de la malade. L'enfant prit la scarlatine. J'ai cité dans le courant de cet article l'observation d'un jeune garçon atteint de néphrite chronique scarlatineuse; il avait pris, lui aussi, la scarlatine de sa sœur, qui, éloignée de lui, ne cessait de lui envoyer des lettres contenant évidemment la poussière épidermique contagieuse.

Par où pénètre le germe contagieux; est-ce par les voies respiratoires; l'amygdale n'est-elle pas le réceptacle du virus? La question est livrée à des hypothèses.

**Bactériologie.** — Les recherches bactériologiques faites dans le but de découvrir le microbe de la scarlatine sont encore peu concluantes. En 1875 Klebs avait décrit des monadines scarlatineuses, mais il ne les avait pas cultivées. Plus tard Edington a signalé dans le sang et dans les squames scarlatineuses huit sortes de bactéries parmi lesquelles une seule, apparaissant sous forme de bâtonnet ou de diplocoque, serait capable de provoquer chez les animaux, et en particulier chez les veaux, une affection fébrile accompagnée d'éruption cutanée comparable à celle de la scarlatine<sup>1</sup>. Le streptococcus conglomeratus, que Kurth considérait comme l'agent pathogène de la scarlatine, n'a aucune propriété spécifique.

L'origine bovine de la scarlatine est du reste soutenue, depuis plusieurs années, par bon nombre de médecins et de vétérinaires anglais: la contagion s'exercerait par les ulcérations du pis des vaches et par l'usage du lait.

En somme, nous ne connaissons pas le microbe patho-

<sup>1</sup> Ann. de l'Institut Pasteur, 1888, p. 453.

gène de la scarlatine, mais nous savons quels sont les agents qui créent chez les scarlatineux les *infections secondaires* (Marie, Raskin, Babès, Wurtz, Bourguès). En premier lieu nous devons citer le streptocoque qui existe dans presque toutes les lésions (arthrites simples et suppurées, ulcérations amygdaliennes et pharyngées, adénites cervicales et adéno-phlegmon, exsudat diphthéroïde de la gorge, pus des otites, exsudats pleurétiques, néphrites).

Au streptocoque s'adjoignent souvent d'autres microbes, staphylocoque, coli-bacille, pneumocoque, bacille sapro-gène (Babès), etc. Le streptocoque revêt chez le scarlatineux des aptitudes et une virulence spéciale, mais ce streptocoque n'a par lui-même aucune spécificité, il provoque chez les animaux des suppurations et l'érysipèle; et l'angine scarlatineuse paraît pouvoir engendrer l'érysipèle par contagion<sup>1</sup>.

**Traitement.** — La scarlatine légère et de moyenne intensité ne demande que quelques soins hygiéniques. Les formes graves, à *température très élevée*, à *prédominance nerveuse*, seront traitées au moyen des affusions d'eau froide ou des bains froids. J'ai souvent constaté les bons effets de ce traitement dans le service de Trousseau, et je l'ai souvent mis en pratique suivant ses préceptes.

Le malade étant mis à nu dans une baignoire vide, on lui jette sur le corps trois ou quatre seaux d'eau à la température de 20 à 25 degrés centigrades, l'affusion devant durer une demi-minute environ. Ou bien, on place le malade sur un lit de sangles; deux grands seaux, contenant de l'eau à 20 degrés centigrades additionnée de vinaigre aromatique, ont été préparés à l'avance, et, au moyen de grosses éponges, deux personnes lotionnent rapidement et fortement le malade. Dans les deux cas, après l'affusion comme après la lotion, le malade est placé tout mouillé dans une couverture de coton; on lui donne une infusion de camomille, de thé ou de menthe poivrée, et une réaction

<sup>1</sup> Jaccoud. Scarlatine et érysipèle. *Gaz. des hôp.*, 18 juin 1891.



salutaire, généralement suivie de transpiration et d'abaissement de la température, ne tarde pas à se faire. On peut renouveler les affusions plusieurs fois en vingt-quatre heures. Suivant le cas, on peut mettre le malade au bain froid, d'après la méthode qu'on trouvera décrite au traitement de la fièvre typhoïde.

L'acétate d'ammoniaque, 2 à 3 grammes, dans une potion; le musc, 20 centigrammes à 1 gramme, le sirop d'éther, le bromure de potassium rendent également quelques services dans les formes nerveuses graves.

Dès le début de la scarlatine et en prévision de néphrite possible, le malade doit être mis au régime lacté (Jaccoud). C'est là un principe essentiel. Non seulement je prescris le régime lacté exclusif pendant la maladie, mais je le continue encore deux ou trois semaines après la guérison; on évite ainsi, ou l'on atténue, je le crois du moins, les complications rénales tardives.

Le traitement de l'angine scarlatineuse diffère suivant que l'angine est diphthérique ou non. Dans tous les cas, il faut toujours pratiquer avec soin l'antisepsie pharyngée. A cet effet, on fera usage d'irrigations pratiquées avec 58 gr. de liqueur de Labarraque pour un litre d'eau bouillie (Roux). A la liqueur de Labarraque, on peut adjoindre des badigeons de la gorge avec le topique suivant, préconisé par Roux :

Camphre . . . . .	} 3ã 40 grammes.
Menthol . . . . .	

Au cas de diphthérie compliquant l'angine scarlatineuse, on fera usage d'injections de sérum antidiphthérique; mais dans ces angines, l'adjonction du streptocoque au bacille diphthérique crée une virulence généralement exaltée. C'est surtout en pareil cas que l'injection de sérum produit des éruptions morbilliformes que Sevestre<sup>1</sup> attribue principalement à l'infection streptococcique. Ce fait serait en rapport

1. Sevestre. *Bull. méd.*, février 1896.

avec la statistique de Marfan et Apert<sup>1</sup>, qui ont constaté que chez les scarlatineux atteints d'angine membraneuse non diphthérique et soumis aux injections de sérum antidiphthérique, la fréquence des éruptions post-sérothériques est de 28 pour 100, tandis qu'elle n'est que de 10 à 15 pour 100 si l'angine est diphthérique.

Le streptocoque jouant le rôle prépondérant dans les angines non diphthériques de la scarlatine, faut-il faire usage du sérum antistreptococcique? Voici à ce sujet les conclusions d'un article paru dans la *Gazette hebdomadaire*<sup>2</sup> : Marmorek a publié tout d'abord une série de cas favorables à l'emploi de son sérum dans la scarlatine, et Dubois, qui consacre à ce sérum de longs développements et fait un plaidoyer en sa faveur, rapporte quatre observations dans lesquelles il aurait produit des résultats avantageux. Mais tous les auteurs sont loin de partager cet enthousiasme. Baginski n'a pas tiré de ses tentatives des résultats concluants. Josias estime que le sérum est sans influence marquée sur l'évolution de la scarlatine. Les faits de Marfan et d'Apert et de Comby sont loin d'être encourageants.

Le traitement prophylactique de la scarlatine consiste à isoler les scarlatineux pendant toute la durée de leur maladie. Il ne faut pas oublier que les lambeaux d'épiderme détachés au moment de la desquamation sont doués de propriétés contagieuses et les conservent pendant longtemps.

#### § 5. ROUGEOLE — INFECTION MORBILLEUSE

Les anciens auteurs ont souvent décrit la rougeole sous le nom de *fièvre morbilleuse*, de *morbilli*, petite peste; il est vrai qu'à cette époque tout était confusion, et ce n'est qu'avec Sydenham, à dater de 1760 et 1764 (épidémies de Lon-

1. *Soc. méd. des hôp.*, 8 mai 1896.

2. 19 juillet 1896.