

scarlatine et à sa suite, le rein constitue un organe très vulnérable et qu'il faut éviter tout ce qui peut en troubler le fonctionnement, le refroidissement et les écarts de régime. C'est pour cela que, suivant l'opinion de l'éminent professeur de la Faculté, j'ai l'habitude de maintenir les scarlatineux au régime lacté, absolu pendant une quinzaine de jours, mitigé ensuite; et j'attribue à cette manière d'agir le fait que je n'observe presque jamais de néphrite chez les scarlatineux soumis à mes soins.

**Anatomie pathologique.** — La néphrite scarlatineuse, comme les autres néphrites, a passé, au début des études histologiques entreprises à ce sujet, par les mêmes alternatives; on a voulu la systématiser, la spécifier: Kelsch, Kiener, Charcot en ont fait un type de néphrite interstitielle aiguë; Klebs la considère comme exclusivement glomérulaire; d'autres comme Lecorché, Bartels, Lancereaux, ont fait ressortir l'importance des lésions parenchymateuses. En vérité, la néphrite scarlatineuse, comme les autres variétés de néphrite, ne se cantonne pas dans une région déterminée du rein; elle frappe aussi bien la région glomérulaire que celle des pyramides, les vaisseaux et le tissu conjonctif que les épithéliums. C'est une néphrite mixte. Guinon, dans son article du *Traité de médecine*, l'a très complètement décrite; aussi, comme depuis cette époque il n'y a pas eu de travaux importants à ce sujet, je ne saurais mieux faire que de reproduire les principaux traits de sa description.

Lorsque le malade succombe dans les premiers jours de la scarlatine, et que le rein présente déjà des lésions, il est hyperhémie, dur; la coupe est rouge foncé. L'épithélium de la capsule de Bowmann commence à desquamier, celui des tubes contournés est tuméfié, infiltré de granulations graisseuses, les cellules embryonnaires s'accumulent autour des vaisseaux. C'est une néphrite diffuse aiguë, légère (Cornil et Brault). Lorsque le malade a succombé à une période plus avancée de la maladie, l'aspect du rein est variable suivant l'époque à laquelle la mort a eu lieu. Tantôt il est hyperhémie avec des hémorragies intra-tubulaires; tantôt il présente des hémorragies, soit à sa surface, soit à la coupe; tantôt il a l'apparence du gros rein blanc; à la coupe, les glomérules font une saillie rougeâtre sur un fond blanc jaunâtre; les épithéliums sont toujours profondément altérés dans cette forme. Enfin lorsque les malades succombent à une période plus avancée encore, le rein peut présenter les caractères du petit rein contracté.

Les lésions histologiques frappent tous les éléments du rein. Klebs, Rosenstein, Litten, ont insisté sur la glomérulite, et en font la caractéristique du rein scarlatineux. Les glomérules sont toujours altérés, souvent imperméables. Mais quelles sont les lésions? Ici, les histologistes ne s'entendent plus. Pour Klebs, il y a multiplication des noyaux interstitiels du paquet vasculaire; pour Litten, ce sont les noyaux de la paroi vasculaire elle-même. Klebs explique l'urémie par la compression, Litten l'attribue à l'obstruction des vaisseaux. Pour Kelsch, tous les éléments des glomérules sont lésés et transformés en une masse nucléaire. Cornil et Brault donnent moins d'importance aux lésions glomérulaires et font jouer un grand rôle à la diapédèse.

L'épithélium de la capsule est gonflé au début, un exsudat granuleux et fibrineux la distend, sépare le bouquet glomérulaire de la capsule et le refoule vers le hile; de nombreux leucocytes émigrés des vaisseaux, des granulations graisseuses (Litten) se mêlent à cet exsudat. On y trouve des hématies dans les cas aigus, quelquefois une véritable hémorragie. A un degré plus avancé, la sclérose envahit tout le bouquet vasculaire, la capsule s'épaissit et s'entoure de tissu fibreux. L'épithélium est toujours touché. La dégénérescence graisseuse des épithéliums constitue souvent avec la glomérulite la seule lésion. Pour Leichtenstein, Bartels, Lancereaux, Lecorché, les lésions épithéliales sont prédominantes: ce seraient la tuméfaction trouble, la disparition des noyaux, la désintégration et la chute de l'épithélium. Ces lésions atteignent les tubes contournés, les tubes droits et les anses de Henle. Les lésions interstitielles sont aussi importantes; il existe une diapédèse considérable des globules blancs qui constitue autour des capillaires qui accompagnent les tubes droits un véritable œdème lymphatique. Les noyaux embryonnaires ou les leucocytes abondent partout entre les tubes, et surtout autour des glomérules. Cette lésion existe surtout dans les formes aiguës et rapides. Litten a signalé une dégénérescence hyaline des vaisseaux, et Fischer la périartérite des petites artères.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de la scarlatine ne présente généralement aucune difficulté, et pourtant elle est souvent méconnue. Cela tient à ce que beaucoup de médecins n'ayant pas passé par les hôpitaux d'enfants n'ont jamais vu de scarlatine. C'est une pyrexie relativement rare chez l'adulte, assez rare pour qu'en 6 ans, dans un grand service de l'hôpital Tenon, je n'aie pu en montrer qu'un cas aux élèves. De plus, l'éruption de la scarlatine, n'atteignant que rarement le visage, doit être recherchée; si on n'y pense pas, on ne la recherche pas là où elle existe, et on la méconnaît.

Toutes les fois qu'on est appelé auprès d'un enfant atteint d'angine, il faut songer à la possibilité d'une scarlatine, la chercher dès le premier jour, et les deux ou trois jours suivants. J'attache une grande importance à cette règle de pratique, dont j'ai maintes fois vérifié l'utilité, et que je recommande constamment à mes élèves. Elle est basée sur la variabilité extrême des caractères de l'angine de la scarlatine. J'ai insisté sur ce fait en décrivant les symptômes, et montré que la pharyngopathie varie depuis le simple énanthème jusqu'à l'angine la plus intense, d'apparence même diphtérique. En se conformant à cette règle, on évitera toujours l'erreur, si grave pour le médecin, si dangereuse par ses conséquences pour le malade, de méconnaître une scarlatine. Le diagnostic doit être envisagé à deux périodes: les phénomènes du début, le diagnostic de l'éruption. La scarlatine débute brusquement, par de la fièvre et des vomissements. Ce mode de début est si fréquent qu'il faut y songer toujours lorsque ces phénomènes se présentent avec une grande intensité. A vrai dire, beaucoup de maladies aiguës débutent ainsi. Mais cette brutale entrée en scène est tellement dans les allures de la scarlatine que, lorsqu'elle existe, le médecin doit y penser. C'est l'examen complet du malade qui lui permettra de se prononcer.

Quand les phénomènes généraux sont très développés, et qu'il s'agit du

début de ces scarlatines malignes, dans lesquelles le malade passe en quelques heures d'une santé parfaite aux désordres nerveux les plus graves, le diagnostic serait impossible sans la notion de contagion ou d'épidémie.

Est-il nécessaire de parler de diagnostic entre la scarlatine et la variole? L'erreur ne pourrait être commise que lorsqu'il y a un rash scarlatiniforme au début : la douleur de reins si intense, si caractéristique, l'absence d'angine, l'apparition rapide des papules varioliques lèveront rapidement tous les doutes. Du reste, le rash de la variole a souvent une apparence ecchymotique qui n'existe qu'exceptionnellement dans la scarlatine.

Les phénomènes de catarrhe de la rougeole sont assez caractéristiques pour qu'il n'y ait pas d'erreur, même si l'éruption ne présente pas de caractère très net. Lorsque l'éruption de la varicelle est précédée d'un rash scarlatiniforme, on peut croire être en présence d'une véritable scarlatine. L'apparition de l'éruption de varicelle, qui suit, à quelques heures, celle du rash, dissipe l'erreur. J'ai vu plusieurs fois commettre cette confusion. La rubéole, cette fièvre éruptive si intéressante que nous ne connaissons bien que depuis quelques années seulement, pourrait prêter à l'erreur, par ce fait que son éruption peut, dans certains cas, prendre l'apparence scarlatineuse. Il n'y a pas d'angine dans la rubéole; on y constate presque toujours un léger catarrhe oculo-nasal. Mais ce qui la caractérise absolument c'est l'adénopathie cervicale ou sous-occipitale, si nette et dont la ressemblance à tous les points de vue avec l'adénopathie de la syphilis est si remarquable. De plus, l'éruption est presque toujours hybride, scarlatineuse en certains points, rubéolique en d'autres.

L'éruption une fois constituée, il ne peut y avoir de doute si tous les symptômes de la scarlatine sont au complet. Mais s'il s'agit de formes légères, de ces formes frustes dont j'ai parlé, il y a lieu souvent de se demander si l'on est en présence d'une scarlatine ou d'une éruption scarlatiniforme. De nombreuses influences peuvent déterminer en effet des érythèmes qui comme aspect, comme localisation, simulent absolument la scarlatine. Pourtant, dans le plus grand nombre des cas, il s'agit d'érythème polymorphe, et ce caractère a une grande importance.

La belladone, l'opium, la quinine, dans certains cas très rares, mais qu'il est important de connaître, peuvent donner lieu à des érythèmes dont l'apparence est absolument celle de la scarlatine. J'ai vu un fait où le diagnostic eût été des plus difficiles sans l'absence de fièvre et d'angine, et sans la notion de récurrence constante sous l'influence de la moindre dose de quinine. Guinon dit avoir vu un fait où l'antipyrine détermina une éruption scarlatiniforme avec angine et fièvre intense; le catarrhe oculaire permit d'éviter l'erreur. Généralement l'antipyrine détermine un érythème polymorphe qui ne ressemble nullement à la scarlatine.

Les érythèmes déterminés par le mercure sont plus difficiles à reconnaître. Lorsqu'il s'agit de formes légères, l'erreur est facile à éviter; mais dans les formes graves, pyrétiques, la ressemblance avec la scarlatine peut être absolue, ainsi que Morel-Lavallée l'a bien montré (*Revue de médecine*, juin 1890). L'éruption hydrargyrique en elle-même ressemble absolument à

celle de la scarlatine; c'est le même élément éruptif, formant par sa confluence les mêmes nappes éruptives, c'est la même miliaire. Ordinairement, il n'y a ni fièvre, ni angine, et la miliaire seule desquame avec les caractères si nets que j'ai indiqués; mais dans les formes graves le début peut être fébrile et brusque, et on a pu observer de la desquamation de la langue. Quant à la desquamation cutanée, dans ces cas, elle ressemble absolument à celle de la scarlatine; mais elle commence plus tôt, du 5<sup>e</sup> au 8<sup>e</sup> jour, et elle peut se renouveler plusieurs fois: quoi qu'il en soit, dans ces formes graves d'hydrargyrisme, le diagnostic serait impossible sans la notion d'étiologie.

L'érythème scarlatiniforme desquamatif, ou la dermatite exfoliatrice récidivante, pourrait être facilement confondue avec la scarlatine au début. Cependant, les phénomènes généraux sont très peu marqués, alors que l'éruption est plus prononcée que celle de la scarlatine. Cette discordance entre les lésions locales très intenses et les phénomènes généraux légers ou nuls, signalés par Besnier et Brocq, a une très grande importance. Si l'on y joint l'absence d'angine et d'adénopathie sous-maxillaire, on pourra, même au début, reconnaître la véritable nature des accidents, qui sera évidente au bout de quelques jours, par la précocité de la desquamation, qui est très abondante et se montre déjà alors que l'éruption est dans son plein développement. La chute des poils et des ongles appartient à la dermatite exfoliatrice et non à la scarlatine. Il est certain que les cas de scarlatine cités par Graves, et dans lesquels il dit avoir observé la chute des poils et des ongles, appartiennent à la dermatite exfoliatrice et non à la scarlatine. La notion de la récurrence si fréquente dans la dermatite exfoliatrice a aussi une grande importance au point de vue du diagnostic.

Les érythèmes scarlatiniformes qu'on observe dans certaines maladies infectieuses, la diphtérie et la fièvre typhoïde en particulier, pourraient dans certains cas entraîner des erreurs de diagnostic. Dans la diphtérie, ces érythèmes sont généralement assez tardifs et, à elle seule, leur date d'apparition suffirait à fixer leur véritable nature. Mais, quand ils sont très précoces, le diagnostic peut être très difficile. Il faut, dans ce cas, attendre la desquamation de la langue, et même celle de la peau, pour pouvoir se prononcer; pourtant si l'examen bactériologique, pratiqué dès le début, montre la présence du bacille de Loeffler dans les exsudats pharyngés, le diagnostic sera beaucoup facilité, puisque l'on sait que l'angine du début de la scarlatine est très exceptionnellement diphtérique. Quant à l'érythème scarlatiniforme de la fièvre typhoïde signalé par Murchison et observé depuis par beaucoup de médecins, c'est en se basant sur les mêmes considérations qu'on pourra le reconnaître. Les recherches récentes ont montré, du reste, que beaucoup de faits décrits autrefois comme des coïncidences de scarlatine soit avec d'autres fièvres éruptives, soit avec d'autres maladies, ne sont que des faits d'éruptions scarlatiniformes dues à des infections secondaires aujourd'hui très connues et dont le streptocoque est presque toujours l'agent.

En somme, le diagnostic de la scarlatine est relativement facile. Il est des faits, cependant, où l'analyse la plus minutieuse, l'observation ultérieure la plus attentive ne peuvent donner une certitude. Dans ces cas, la conduite à

tenir n'est pas douteuse ; il faut trancher la question dans le sens de la scarlatine, parce que le malade serait exposé, en cas d'erreur, aux complications les plus graves, et le médecin aux responsabilités les plus lourdes.

**Pronostic.** — Rien n'est plus difficile à fixer que le pronostic de la scarlatine : il varie du plus bénin au plus grave. C'est affaire d'épidémies : certaines sont remarquables par une certaine bénignité, d'autres par une gravité formidable, sans qu'il soit possible de savoir la raison de ces différences. C'est également affaire de race. La scarlatine semble, d'une façon générale, beaucoup plus grave en Angleterre que sur le continent, et il semble que les Anglais, même lorsqu'ils n'habitent plus l'Angleterre, conservent cette vulnérabilité plus grande à la scarlatine. On sait qu'à Boulogne et à Calais, où les populations anglaise et française sont juxtaposées et soumises à des conditions hygiéniques semblables, les scarlatines graves sont beaucoup plus fréquentes chez les Anglais que chez les Français. C'est aussi affaire de famille : certaines familles sont décimées par la scarlatine pendant des épidémies qui sont moins cruelles pour d'autres. Il y a de nombreux exemples de ces faits qui pourraient s'expliquer, peut-être, par des conditions d'hygiène particulière à ces familles. Même incertitude au point de vue du pronostic, de l'évolution de la maladie. Telle scarlatine d'apparence bénigne peut devenir grave inopinément, soit par l'apparition brusque, inexplicable, de phénomènes de malignité, soit par la production de complications imprévues. Parmi ces complications, beaucoup se montrent insidieuses, demandent à être cherchées ; aussi le rôle du médecin dans le traitement de la scarlatine est-il considérable, et ce traitement exige-t-il une grande attention.

**Traitement de la scarlatine.** — Pour le décrire méthodiquement, il faut envisager à part les cas de scarlatine simple, normale, d'intensité moyenne, sans complications, et les formes graves ; en outre la conduite à tenir en présence des nombreuses complications possibles de la scarlatine doit être exposée séparément.

**Traitement de la scarlatine simple sans complications.** — A vrai dire, le rôle du médecin, en pareil cas, se borne à prescrire des règles d'hygiène. Mais comme elles ont une grande importance, et que la marche régulière de la maladie dépend en grande partie de leur exécution, il est important de les exposer avec détail. Le médecin doit se préoccuper d'installer le malade aussi confortablement que possible et, pour prévenir les complications, d'assurer aussi complètement qu'il le pourra l'asepsie des cavités nasale et buccale. J'ai assez longuement parlé de l'origine le plus souvent pharyngée de ces complications, pour n'avoir pas besoin d'insister sur l'importance de cette pratique. Il devra se préoccuper également d'assurer le bon fonctionnement de la peau du malade et de prévenir la contagion des autres personnes de la maison.

La chambre d'un malade atteint de scarlatine doit être, s'il est possible, vaste et bien aérée. Elle doit être débarrassée de tous les objets inutiles, contenir aussi peu de meubles et de tentures que possible. L'air y sera renouvelé, soit en faisant un feu clair dans la cheminée, soit en ouvrant la porte

communiquant avec une chambre voisine. La température n'y sera pas trop élevée, 17 à 20 degrés au plus. Baginsky ne craint pas le froid pour ses malades : il recommande de laisser la fenêtre ouverte hiver comme été ; j'avoue n'avoir jamais employé cette pratique, qu'il y aurait quelque peine à faire accepter par nos familles françaises.

Il faudra veiller à la position du lit du malade, qui ne devra pas être exposé à des courants d'air d'une porte ou d'une fenêtre vers la cheminée. Cette précaution a de l'importance. On a vu des complications de néphrite ou de rhumatisme pour la production desquelles la position défectueuse du lit semble n'avoir pas été sans influence. Le personnel qui donnera des soins au malade ne devra pas, quand la situation et l'installation de la famille le comportent, communiquer avec les autres personnes de la maison. C'est là une prescription impossible à réaliser dans la pratique, tout au moins dans l'immense majorité des cas. Le port de la blouse, par les personnes qui soignent les malades et par le médecin pendant ses visites, constituera, avec les lavages des mains avec une substance antiseptique, la liqueur de Van Swieten surtout, une précaution suffisante. Ce sont là des moyens très suffisants de s'opposer à la propagation de la scarlatine : quand ils peuvent être rigoureusement mis en œuvre, la contagion ne se fait pas aux personnes de la famille que leur devoir ou leur service ne fixe pas auprès du malade. De plus, pendant toute la durée de la maladie, si l'on exerce à Paris ou dans une ville où il existe des étuves à désinfection, le linge du malade devra être mis à part dans un sac et envoyé à l'étuve où il sera désinfecté avant d'être livré au blanchisseur. A la campagne, ou dans les villes dépourvues d'appareil à désinfection, on devra, avant de l'envoyer au blanchissage, le plonger pendant plusieurs heures dans un vase contenant une solution phéniquée à 1 pour 25 par exemple. Ceci dit des conditions d'installation du malade et de l'organisation de son service, revenons aux soins que nous devons lui donner.

Pendant les premiers jours et jusqu'à ce que l'éruption soit complètement développée, j'ai l'habitude de prescrire une potion à l'acétate d'ammoniaque à dose variable suivant l'âge de l'enfant, 0 gr. 50 au-dessous d'un an, 1 gramme d'un an à trois ans, de 2 à 5 grammes de deux à quinze ans ; j'y ajoute de l'alcoolature de racine d'aconit et de la teinture de digitale, à doses variables suivant les âges, si la fièvre est violente et s'il y a de l'agitation.

Quand l'éruption est complètement développée, l'acétate d'ammoniaque peut être suspendu ; on peut continuer l'alcoolature d'aconit pendant le temps que la fièvre persiste, si elle se maintient à un taux assez élevé. Mais ce n'est là qu'une médication accessoire et passagère ; l'important est de s'occuper dès le début d'assurer l'antisepsie de la bouche, du nez et de la peau.

L'angine de la scarlatine doit être traitée avec une persévérance d'autant plus grande, que l'on sait que le pharynx est l'habitat primitif du streptocoque, qui, dans une de ses variétés tout au moins, semble être, sinon l'agent pathogène de la scarlatine, du moins le microbe qui détermine le plus grand nombre de ses complications ; et qu'une fois l'angine guérie ou améliorée, la desquamation de la bouche, de la langue, du pharynx va laisser tout ouverte à l'absorption cette grande étendue de muqueuse. A titre de