

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

pansement, d'attouchement détersif, il est utile de toucher deux ou trois fois par jour la gorge avec un tampon d'ouate trempé soit dans du jus de citron, s'il s'agit de manifestations pharyngées peu intenses, soit dans un collutoire à l'acide salicylique si les lésions sont plus accentuées. Voici la formule que je prescris ordinairement :

Glycérine	18 grammes
Alcool à 90°	2 —
Acide salicylique	1 gramme

L'eau oxygénée à 12 volumes est un excellent topique contre l'angine de la scarlatine. Je l'emploie du reste maintenant dans le traitement de toutes les angines, et je ne connais pas de meilleur agent en pareil cas. Les attouchements se font deux ou trois fois par jour.

Pour bien faire ces attouchements, il est bon de nettoyer d'abord la gorge avec un tampon d'ouate sèche et de faire ensuite l'attouchement avec un autre tampon imbibé du collutoire ou d'eau oxygénée; ils doivent être pratiqués légèrement. On doit les cesser lorsque tout exsudat a disparu, et surtout lorsque la muqueuse a pris cet aspect rouge écarlate et vernissé qui résulte de la chute de l'épithélium. A cette période en effet ces attouchements seraient douloureux, irritants, et il faut se borner aux lavages. Du reste, il faut prescrire dès le début les grands lavages de la bouche faits au moins deux fois par jour avec de l'eau boriquée chaude à 5 ou 4 pour 100. L'eau phéniquée doit être proscrite pour ces lavages, les enfants avalant souvent quelques gorgées de liquide, ce qui ne serait pas sans inconvénient s'il s'agissait d'une solution phéniquée même faible, l'enfant y étant très sensible. A vrai dire, je crois que, dans ce cas, comme dans la diphtérie, l'eau bouillie serait aussi utile; le lavage agit comme agent détersif, simplement mécanique, en enlevant les sécrétions bucco-pharyngées. Ces injections doivent se faire soit avec l'irrigateur, soit avec un vase maintenu élevé et muni d'un tube de caoutchouc aboutissant à la canule en os, qui est maintenue sur la langue et l'abaisse pendant qu'une personne tient la tête de l'enfant inclinée en avant au-dessus d'une cuvette. Ces injections, qui doivent être continuées, en les réduisant à deux par jour après la guérison de l'angine, pendant toute la durée de la maladie et même pendant une quinzaine de jours après la première sortie, ont une très grande importance : non seulement en assurant, dans une certaine mesure, l'asepsie buccale, par le fait de l'élimination fréquente des sécrétions qui s'accumulent dans cette cavité, elles constituent un moyen de prévenir les complications de la scarlatine, dont l'agent pathogène, le streptocoque, a pour habitat la cavité buccale dès le début de la maladie, mais encore elles ont une utilité réelle au point de vue prophylactique. J'ai insisté sur ce point en étudiant l'étiologie et la pathogénie de la scarlatine.

Je ne conseille pas les injections nasales, ayant observé des cas assez nombreux d'otites, qui m'ont semblé déterminés par des injections données d'une façon imparfaite. Si l'enfant est assez grand, je fais renifler deux fois par jour de l'eau boriquée, ou de l'eau bouillie, et, après chacun de ces lavages, introduire dans les narines, aussi profondément que possible, de la vase-

line boriquée à 1 pour 10, ou bien insuffler dans chaque narine, une fois par jour, de la poudre d'aristol. L'huile de vaseline mentholée à 1 pour 100 est actuellement le meilleur agent que nous connaissions pour combattre l'infection nasale. On peut l'injecter dans le nez de l'enfant, soit avec la seringue de Pravaz non munie de son aiguille, soit avec la seringue à extrémité arrondie que M. Marfan a fait construire pour cet usage. Quand on se trouve en présence d'une de ces formes de coryza septique grave observé quelquefois dans la scarlatine, les irrigations nasales peuvent être pratiquées sans danger, grâce au dispositif imaginé par MM. Roger et Josué. On introduit dans chaque narine successivement un tube de caoutchouc souple, percé de trous sur sa continuité. Son extrémité est ramenée dans la bouche, comme celle d'une sonde de Belloc introduite dans les narines pour le tamponnement. De cette façon tout danger d'infection de la trompe d'Eustache par projection de particules septiques est conjuré. Carslaw, de Glasgow (*Semaine médicale*, 24 octobre 1894), pour assurer l'antisepsie des cavités nasales, recommande l'introduction dans les narines de bougies médicamenteuses en gélatine contenant de l'eucalyptol ou de l'iodoforme. Ces bougies y sont laissées à demeure. Cette pratique me semble difficile, sinon impossible à faire tolérer par les enfants. Je fais également laver matin et soir la vulve des petites filles avec de l'eau boriquée, que je remplace par une solution de sublimé à 1 pour 5000 s'il y a le moindre indice de vulvite. Dans ce cas il est nécessaire de faire un pansement de la vulve après chaque lavage, avec de l'ouate aseptique imbibée de la solution de sublimé, ou enduite d'une pommade boriquée, salolée ou iodoformée.

La peau des scarlatineux doit être l'objet de soins attentifs, qui ont pour but d'en assurer le bon fonctionnement en facilitant et en hâtant la desquamation. Beaucoup de médecins recommandent dès le début l'emploi des bains tièdes ou des lotions. C'est une excellente pratique, fort utile à l'hôpital où elle est appliquée par un personnel expérimenté, mais assez délicate à instituer en ville, où le plus souvent le personnel qui sert le malade manque de l'expérience nécessaire à ce sujet; de plus les familles n'acceptent les bains qu'à titre d'exception dans les cas graves : s'il survenait un accident de convalescence, on ne manquerait pas de l'attribuer à l'emploi des bains et de le reprocher au médecin. A vrai dire, dans les cas légers, où l'indication des bains n'existe pas, on peut y suppléer facilement; je fais dès le début laver les mains tous les jours avec de la liqueur de Van Swieten étendue de cinq fois son volume d'eau chaude ayant bouilli; mêmes précautions pour le siège et les parties génitales; le visage est lavé tous les jours avec un tampon d'ouate imbibée d'eau boriquée ou d'eau chaude ayant bouilli; les ongles soigneusement nettoyés chaque jour. Enfin, tous les jours, dès que la fièvre est tombée, je fais onctionner la surface du corps avec de la vaseline boriquée. C'est un moyen d'aseptiser la peau, de favoriser la desquamation et, quand elle se produit, de faciliter la chute des squames épidermiques. C'est du reste une pratique indiquée par West, qui conseillait de faire deux fois par jour pendant l'éruption, une fois par jour pendant la convalescence, des onctions sur toute la surface du corps avec de l'axonge

fraîche. Scoulteten alternait les frictions sur tout le corps, avec une flanelle imbibée d'huile chauffée au bain-marie, et les grands bains tièdes prolongés. Il usait de cette pratique au début de la période de desquamation, qu'il rendait ainsi beaucoup plus rapide. Ces onctions avec des corps gras aseptiques sont excellentes et, dans les cas simples, rendent de grands services, autant que les bains qu'on hésite souvent à prescrire, quand il n'y a pas nécessité, et que très souvent l'installation des malades rend difficiles à organiser.

Cependant, pendant la période de desquamation, les bains tièdes sont très utiles; grâce à eux la desquamation se produit beaucoup plus rapidement. L'alimentation du malade doit être rigoureusement surveillée. Avec le professeur Jaccoud, je pense que le régime lacté absolu, prescrit dès le début, doit être continué jusqu'après la chute de la fièvre, et j'attache comme lui une très grande importance à cette pratique. Le lait est un excellent aliment, produisant peu de toxines intestinales; sa digestion est facile, et surtout il assure la diurèse. Or, dans la scarlatine, comme dans toutes les autres maladies infectieuses, le médecin doit se préoccuper du bon fonctionnement du rein, qui, on le sait, est une des principales voies d'élimination des toxines; à ce double point de vue le régime lacté a une importance extrême dans la scarlatine. Jusqu'à la chute complète de la fièvre, je prescrivis donc le régime lacté absolu; quand la température est revenue depuis plusieurs jours à la normale, et que l'appétit commence à renaître, j'y ajoute du chocolat, du café au lait, du potage au lait, puis des œufs; ce n'est qu'au bout d'une huitaine de jours de ce régime, la quantité d'aliments étant ainsi progressivement augmentée, que j'autorise la viande et les légumes, ne donnant bien entendu jamais ni poisson, ni viande de porc, ni mets épicés; mais, alors même que le malade s'alimente normalement, il ne boit que du lait aux repas, et, dans leur intervalle, j'exige un litre, un litre et demi, deux litres de lait, suivant l'âge des enfants, et je continue ce régime lacté mixte, jusqu'au 40^e jour et au delà. Comme le professeur Jaccoud, je n'ai jamais vu de malades soumis à ce régime, et prenant les précautions nécessaires contre le froid, présenter de l'albumine pendant la convalescence de la scarlatine. Je lui attribue, à ce point de vue, une valeur prophylactique très importante. Ziegler (de Potsdam) suit cette pratique, et en 6 ans, sur 100 enfants traités, il n'a pas observé un seul cas de néphrite. Bien entendu, j'autorise le malade à boire, indépendamment du lait, des boissons, tièdes pendant la période fébrile, à la température de la chambre ensuite, aqueuses, légèrement acidulées ou additionnées d'un sirop choisi selon le goût de chacun: il est important que les scarlatineux, comme tous les malades atteints de maladies infectieuses, boivent beaucoup, pour exciter les fonctions du rein et entraîner dans les urines les matériaux usés et les toxines qui menacent la vitalité des cellules organiques.

Combien de temps le malade doit-il rester au lit? Quinze jours à trois semaines au moins, suivant l'intensité de la scarlatine. Je ne permets guère le premier lever avant trois semaines, à moins de scarlatine très bénigne, et pendant la saison chaude. Le séjour à la chambre doit durer six semaines en tout. La première sortie n'aura pas lieu avant le 40^e jour, et encore elle sera

subordonnée au temps. Si l'on a affaire à des cas dans lesquels la desquamation soit très prolongée, la première sortie devra être différée, aussi bien pour le malade que pour les personnes avec lesquelles il pourrait se trouver en contact. Mais, en prenant les soins de la peau indiqués plus haut, ces desquamations prolongées ne s'observent guère.

Tel est le traitement d'une scarlatine normale: repos au lit, régime lacté, antisepsie de la bouche, de la gorge, des narines et de la peau, telles en sont les principales indications. En s'y conformant, on n'observera jamais d'accidents dans le cours d'une scarlatine de moyenne intensité. Il me faut maintenant indiquer la conduite à tenir dans les formes graves, anormales, malignes de la scarlatine et le traitement des complications qui peuvent se présenter pendant la convalescence.

Traitement des formes anormales de la scarlatine. — Dans les formes anormales de la scarlatine, le danger vient surtout de l'hyperthermie, des accidents nerveux qui l'accompagnent presque toujours, mais peuvent pourtant se montrer en dehors d'elle, et de l'intensité de l'angine.

Lorsque la fièvre atteint et dépasse 40 degrés et se maintient à ce taux, sa continuité devient un danger; de plus elle s'accompagne toujours d'un délire plus ou moins violent, d'une agitation très vive et très souvent de troubles dans les fonctions du rein, caractérisés surtout par le peu d'abondance de l'urine. Elle nécessite alors une médication dirigée particulièrement contre elle. Avec presque tous les médecins, je crois que les substances antipyrétiques de la matière médicale, sauf la quinine, ne doivent pas être employées. L'antipyrine, l'acide salicylique, le salicylate de soude sont tous plus ou moins toxiques et, dans ces formes graves, il faut les laisser de côté. La quinine, soit sous forme de sirop, soit en suppositoires, la digitale peuvent être employées; mais, dans les formes avec hyperthermie intense, la balnéation froide ou tiède, seule, donne de bons résultats. Ici, comme dans la fièvre typhoïde, l'eau froide rend les plus grands services. Non seulement elle abaisse la température, mais elle calme l'agitation nerveuse, détermine presque toujours un sommeil plus ou moins prolongé, et surtout elle amène la diurèse. L'action sur le pouls est également des plus manifestes; il tombe de 180 à 150 chez les enfants. La diarrhée et les vomissements, très fréquents dans ces formes graves, s'atténuent ou cessent sous l'influence de la balnéation. L'action de l'eau froide à tous ces points de vue est merveilleuse. C'est Currie qui l'employa le premier en 1798, sous forme d'affusions froides. Les deux premiers malades à qui il les appliqua furent ses deux fils, atteints de scarlatine maligne. Après leur guérison, il les prescrivit à un grand nombre de malades et en fixa dès lors les deux indications qui nous guident encore aujourd'hui: l'hyperthermie et les accidents nerveux. Currie procédait de la façon suivante: le malade était porté nu dans une baignoire, et on projetait sur lui plusieurs seaux d'eau aussi froide que possible. Ces affusions étaient répétées toutes les heures. Trousseau adopta cette pratique.

Brand, Jürgensen, Bartels, Liebermeister, Cohn, préconisèrent les bains froids à 18 ou 25 degrés donnés systématiquement dès que la température atteint 39°,5. Le bain froid, loin de faire rentrer l'éruption (c'est la terreur