

qu'en ont les familles), la ranime plutôt; il a une action sédative très marquée et abaisse la température d'un degré, d'un degré et demi. Quand il existe du délire, il est très utile de verser sur la tête et la nuque du malade, pendant le bain, de l'eau froide. Le bain doit être prolongé pendant dix minutes, un quart d'heure, suivant la façon dont le malade le supporte. Mais son action n'est que passagère. Il faut le renouveler toutes les trois ou quatre heures ou, pour parler plus exactement, dès que la température s'élève de nouveau et atteint 39°,5. Dans un cas de scarlatine maligne avec anurie, les bains froids appliqués par Juhel-Rénoy ont sauvé un enfant de cinq ans qui avait de l'hyperthermie, du délire, des convulsions, du coma. Le premier bain fut donné à 25 degrés, avec eau froide à 16 degrés sur la tête; l'enfant frissonne au bout de 6 minutes et sort du bain qui n'avait plus alors que 22 degrés. Le cours des urines se rétablit et le coma disparut (COMBY, *Traité de thérapeutique appliquée*, IV).

Il n'y a pas à hésiter : dans les formes très graves de scarlatine maligne, les bains froids systématiquement employés peuvent seuls sauver le malade. L'asphyxie, la tendance au collapsus cardiaque constituent les seules contre-indications à l'emploi des bains froids. Dans ces cas, lorsque les accidents cardiaques ne sont pas assez intenses pour qu'il soit impossible de recourir à la balnéation, il est préférable d'employer les bains tièdes. Du reste, les bains tièdes à 50 degrés, 55 degrés, rendent, dans les formes moins graves de scarlatine, les services les plus signalés. J'en ai obtenu dans beaucoup de cas des résultats excellents, et dans ma pratique je les emploie très souvent, dans les formes hyperthermiques, avec accidents nerveux d'intensité moyenne, réservant les bains froids pour les formes très graves.

Du reste l'hydrothérapie peut être employée sous d'autres formes : les lotions froides ont la même indication que les bains. On emploie l'eau à 20 ou 25 degrés. On passe sur toutes les parties du corps du malade, en exerçant une pression assez forte, une grosse éponge largement imbibée d'eau. La lotion dure de une à deux minutes et, après elle, comme après le bain, le malade, qu'on n'essuie pas, est enveloppé dans des couvertures chaudes. Ce n'est qu'au bout d'une demi-heure au moins que sa chemise lui est remise. Les effets de ces lotions sont excellents, moins marqués pourtant que ceux du bain froid. L'enveloppement froid, recommandé par Baginsky et bien étudié par notre collègue Rendu, peut rendre aussi de grands services. On enveloppe, pendant plusieurs heures, le malade dans un drap trempé dans de l'eau à 12 ou 14 degrés, bien exprimé et disposé de telle sorte qu'il soit en contact avec toutes les parties du corps. Ces enveloppements peuvent être renouvelés toutes les quatre ou cinq heures. Certes, ces enveloppements n'ont pas l'efficacité des bains froids, mais ils n'en sont pas moins très utiles. Il faut aider l'action de l'eau froide ou tiède, par l'alcool, les excitants, parmi lesquels l'acétate d'ammoniaque aux doses indiquées plus haut, les toniques. Le chloral agit bien comme adjuvant de la balnéation contre le délire, à dose variable suivant l'âge de l'enfant.

La scarlatine, comme toutes les maladies infectieuses, se complique souvent d'accidents cardiaques qui constituent, dans certains cas, une contre-

indication absolue à la balnéation. Quand ils s'accompagnent d'accès de collapsus, ils peuvent menacer la vie à bref délai. Le meilleur moyen de les combattre est la caféine, sous forme d'injections hypodermiques. Les enfants la supportent très bien, et à dose élevée. On injecte 5 à 10 centigrammes et même, dans certains cas très graves, 20 centigrammes chaque fois, et la dose, pour 24 heures, varie de 20 centigrammes à 1 gramme suivant l'âge de l'enfant, suivant la façon dont il supporte le médicament. Si dans la plupart des cas, en effet, les enfants atteints de ces graves troubles cardiaques supportent admirablement les hautes doses de caféine, doses qu'il faut atteindre pour obtenir une action efficace, il est des cas où l'excitation nerveuse déterminée par cet agent force à l'abandonner. Dans ces cas, les injections sous-cutanées de sulfate de spartéine donnent également d'excellents résultats, sans avoir les inconvénients de la caféine. J'emploie une solution dosée à 4 centigrammes de sulfate de spartéine par gramme d'eau distillée, et j'injecte chaque fois une demi-seringue de Pravaz, c'est-à-dire 2 centigrammes. On peut injecter dans les 24 heures, 2, 4, 6, 8 et même, chez les enfants de quinze ans, 10 centigrammes de sulfate de spartéine. Tonique et régulatrice du cœur, diurétique aussi, la spartéine répond absolument aux indications dans les cas dont je parle. Si elle n'a pas toute l'efficacité de la caféine, elle ne présente pas ses inconvénients. C'est un merveilleux agent contre les accidents de collapsus cardiaque; je lui préfère cependant la caféine dans les cas graves; mais, quand elle ne peut être tolérée par les malades, le sulfate de spartéine, que j'ai eu l'occasion d'employer très souvent, m'a donné d'excellents résultats, aussi bien du reste dans les accidents cardiaques de la diphtérie et de la fièvre typhoïde, que dans ceux qui compliquent certaines scarlatines.

Quand l'angine est très intense, il faut diriger contre elle une médication énergique; les attouchements de la gorge avec la glycérine phéniquée à 5 pour 100, ou avec le liquide de Gaucher, peuvent rendre alors de grands services, combinés aux grands lavages qu'il faut faire plus fréquemment que dans les formes moyennes. Ainsi que je l'ai indiqué plus haut, je crois l'eau oxygénée le meilleur des topiques à employer en pareil cas. Dans les formes graves de l'angine scarlatineuse, je fais faire des attouchements plus fréquents (cinq ou six par 24 heures). 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 microbes (Guinon).

**Traitement des complications.** — La néphrite, dont le début, souvent insidieux, nécessite pour être reconnu à temps une surveillance constante et un examen quotidien des urines, doit être traitée très énergiquement. Dès le début, on doit faire appliquer des ventouses scarifiées, de 4 à 10, suivant l'âge de l'enfant, au niveau de la région rénale. Les jours suivants on pratique des applications quotidiennes de ventouses sèches. Le régime lacté absolu est rigoureusement prescrit, et le lendemain de l'application des ventouses scarifiées on donne une purgation assez forte; l'eau-de-vie allemande est très bien supportée par les enfants à la dose de 5 à 20 grammes, dans un peu de thé léger. Les jours suivants on donne le tanin, soit sous

forme de solution dans l'eau, soit en pilules, soit en cachets. Suivant l'âge de l'enfant, la dose varie de 0 gr. 20 à 0 gr. 60, 0 gr. 80 et même 1 gramme. On peut en continuer l'usage pendant longtemps. Si la néphrite persiste, j'y joins de l'iode, sous forme de sirop iodo-tannique, très bonne préparation bien tolérée par les enfants. Ce traitement doit être plus ou moins longtemps continué suivant l'évolution de la néphrite. On peut alterner les préparations iodo-tanniques avec les sels de strontium, le lactate surtout, qui est bien supporté en solution par les enfants à des doses variant de 0 gr. 50 à 2 grammes suivant l'âge.

Le passage à l'état chronique de la lésion rénale, très rare ainsi que je l'ai indiqué, sera d'autant plus sûrement évité que la néphrite, reconnue dès son début, sera plus vigoureusement attaquée.

Il est des cas où la néphrite, diffuse dès son apparition, s'accompagne d'emblée d'accidents urémiques graves. Dans ces cas, il faut recourir soit aux émissions sanguines générales plus ou moins abondantes, plus ou moins répétées, soit aux sangsues appliquées derrière les oreilles.

**Angines secondaires.** — Presque toujours diphthériques, elles doivent être traitées par les injections de sérum antidiphthérique, à doses plus ou moins considérables, et répétées plus ou moins souvent, suivant les cas.

**Complications pleurales et cardiaques.** — La péricardite, souvent suppurée, est presque toujours mortelle. La pleurésie, presque toujours purulente, est une pleurésie à streptocoque. Elle est justiciable de l'empyème pratiqué d'une façon aussi précoce que possible.

**Arthropathies de la scarlatine.** — Dans les formes légères, même le salicylate de soude ne les modifie pas. C'est du reste là un caractère commun à tous les pseudo-rhumatismes infectieux. Dans les formes atténuées, des applications de teinture d'iode et des fomentations chaudes sont très utiles. Dans les formes graves, suppurées, c'est à l'arthrotomie qu'il faut avoir recours. Quand il n'y a pas d'infection générale trop profonde et qu'une seule articulation est prise, elle est quelquefois suivie de succès. Je n'insiste pas sur le traitement des autres complications de la scarlatine (otite, œdème, phlegmons cervicaux, etc.). Mais je tiens à indiquer de nouveau que le caractère commun à toutes ces complications est la tendance à la suppuration. La bactériologie, précisant ce que l'observation clinique avait depuis longtemps reconnu, a montré que toutes ces complications reconnaissent le même agent pathogène, le streptocoque.

Les sérums antistreptococciques de Marmorek et de Roger peuvent-ils prévenir ces complications, ou bien, quand elles existent, en conjurer la gravité? C'est avec le sérum de Marmorek que les expériences ont été faites, par Josias d'abord, par Baginsky ensuite. Josias (*Tribune médicale*, septembre 1895) a cherché à prévenir les infections secondaires et les accidents toxiques, si fréquents dans la scarlatine, en injectant, aux petits malades du pavillon de la Scarlatine de l'hôpital Trousseau, de petites quantités de sérum antistreptococcique. Il a injecté à une cinquantaine de scarlatineux une dose minima de 5 centimètres cubes de sérum de Marmorek, dans le but de les mettre à l'abri des complications de la scarlatine. Ces expériences ont été

faites de concert avec Nocard. Les injections, non douloureuses, ont été très bien supportées: on n'a noté qu'un seul accident imputable au sérum, une éruption d'urticaire. L'auteur n'a perdu aucun des malades injectés; mais il se hâte d'ajouter que ces injections n'ont nullement modifié la marche de la maladie, ni prévenu les complications ganglionnaires ou rénales. Le sérum employé avait été recueilli par Nocard sur le mouton. Baginsky (*Société de médecine berlinoise*, 11 mars 1896) a soigné 57 cas de scarlatine par les injections de sérum de Marmorek. La statistique, qui comprend en réalité 48 cas, est divisée en trois groupes. Dans le premier groupe, qui comprend 27 cas, on a employé avec un certain succès, et en injections successives, 20, 50, 60 centimètres cubes de sérum. La température est tombée après la première ou la seconde injection, et il ne s'est pas produit de complication.

Le second groupe comprend 16 cas, avec 6 morts. — Deux enfants ont rapidement succombé: probablement à la gravité de l'intoxication. Dans le 3<sup>e</sup> cas, la mort est survenue à la suite d'une otite avec mastoïdite; le 4<sup>e</sup> et le 5<sup>e</sup> enfant ont été emportés par des complications de bubons, d'arthrites, de néphrite, que l'on observe d'ailleurs sans sérum. Tous les autres cas de ce groupe ont présenté des complications; mais Baginsky fait remarquer que la quantité de sérum était insuffisante. Dans le troisième groupe, on compte 5 cas, où les injections ont été faites tardivement, et seulement pour combattre une complication déjà survenue. En somme le traitement a donné 7 morts sur 48 cas, soit une mortalité de 14,6 pour 100. Mais ces cas sont trop peu nombreux pour permettre une conclusion. On peut seulement dire que le sérum ne paraît pas avoir eu d'effet nuisible. Du reste la question de l'efficacité du sérum antistreptococcique, après avoir été résolue hâtivement dans un sens affirmatif, demande, semble-t-il, à être soumise à un supplément d'enquête. M. Baginsky, qui ainsi a essayé sans résultat le sérum de Marmorek dans la scarlatine, fit en 1902 de nouvelles expériences avec un sérum antistreptococcique préparé par M. Aronson. La proportion de décès ne fut que peu abaissée, 11 pour 100 au lieu de 14 pour 100. M. Baginsky injectait 20 centimètres cubes de sérum à la fois, et il répétait cette dose jusqu'à six fois. Les injections de ce sérum semblent déterminer un abaissement plus précoce de la température. Somme toute, les résultats ont été médiocres.

Plus récemment (septembre 1902), M. Moser, assistant de M. Escherich (de Vienne), a cherché un véritable sérum antiscarlatineux. Partant de l'opinion que les streptocoques trouvés dans les différentes maladies constituent autant d'espèces distinctes, M. Moser a cherché à immuniser des animaux au moyen de cultures de streptocoques provenant exclusivement d'enfants scarlatineux. Il immunisa des chevaux en leur injectant des cultures vivantes, sur bouillon, de sang de scarlatineux, et il obtint de la sorte un sérum auquel il se croit autorisé à attribuer une action spécifique contre la scarlatine.

L'injection de ce sérum n'a été faite que dans des cas graves. Pour les malades inoculés le premier ou le second jour, la mortalité a été nulle. Ceux qui n'ont été injectés que le troisième jour ont eu une mortalité de 14,29 pour 100. La mortalité s'élève à 40 pour 100 pour les cas traités le

cinquième jour, et à 50 pour 100, chez les malades injectés le neuvième. La température et le pouls s'abaissent rapidement. Les complications seraient plus rares et moins graves chez les malades injectés. En outre, les injections prophylactiques de sérum de Moser ont eu, dans les cas où la maladie n'a pas été prévenue, une action très favorable sur sa marche. M. Escherich se montre très partisan de l'efficacité du sérum de Moser. D'après lui l'amélioration se montre dans les 24 heures qui suivent l'injection, qu'il faut répéter dans certains cas. Toutefois, il faut noter que M. Baginsky ne considère pas le sérum de Moser comme spécifique.

Nous n'avons pas encore en France d'expérience à ce sujet. A mon sens il faudra de nombreux faits cliniques pour entraîner la conviction. La difficulté d'apprécier la valeur d'une médication est si grande, surtout quand il s'agit d'une maladie qui, comme la scarlatine, est essentiellement variable dans ses allures, son évolution, sa gravité! Sydenham, la jugeant d'après l'épidémie qui lui permit de la décrire, la croyait essentiellement bénigne, et quelques années plus tard elle prenait, en Angleterre, le caractère de gravité qu'elle y a conservé depuis. En France, Bretonneau, qui pendant 20 ans n'avait pas vu mourir un malade atteint de scarlatine, se trouve brusquement, en 1820, en présence d'une épidémie qui ravage la Touraine. Attendons donc, pour être fixé sur la valeur du sérum de Moser, qu'une expérience prolongée permette de formuler une opinion définitive. Quant à présent, en Allemagne, les avis semblent partagés sur son efficacité.

## III

## ROUGEOLE

PAR LE D<sup>r</sup> J. COMBY

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

La rougeole, *morbilli* (*measles*, anglais; *Masern*, allemand; *rosolia*, italien; *sarampión*, espagnol), est une maladie générale infectieuse, spécifique, contagieuse, caractérisée par des taches rouges cutanées et par un catarrhe oculo-nasal, buccal, pharyngo-laryngé et bronchique précédant l'exanthème. C'est la plus répandue des fièvres éruptives.

**Historique.** — Très commune en Europe et dans tous les pays civilisés, la rougeole n'a pas toujours présenté l'universalité qu'elle accuse aujourd'hui. Elle semble avoir été importée chez nous par les Sarrasins au XIII<sup>e</sup> siècle; depuis cette époque, elle a pris racine dans l'ancien continent et les progrès de la navigation l'ont disséminée partout, dans le nouveau comme dans l'ancien monde.

Longtemps confondue avec la scarlatine et même la variole, elle ne fut nettement distinguée que par Sydenham, Borsieri, Willan, Bateman, et après eux par la pléiade des médecins d'enfants (Blache, Guersant, Trousseau, Rilliet et Barthez, Henoch, Cadet de Gassicourt, J. Grancher, Sevestre, Demme, etc.) qui ne se sont pas contentés d'étudier minutieusement son évolution particulière, mais qui ont voulu aussi pénétrer ses modes de propagation dans un but prophylactique. Girard, Bécclère, Grancher, Sevestre, Bard, ont bien établi que la rougeole était surtout contagieuse pendant la période d'invasion et cessait de l'être sûrement après la fin de l'éruption (*Thèse de Paris*, 1882, Bécclère). Plus récemment, on a essayé de dévoiler l'agent de la contagion. Cet agent existe, les inoculations positives, la transmission directe ou indirecte le prouvent. Et cependant les travaux de Coze et Feltz, de Canon et Pielicke, de Cornil et Babès, de Lesage, ne semblent pas avoir résolu le problème ni triomphé des difficultés qui s'opposent à la mise en évidence d'un germe pathogène que tout le monde soupçonne, mais que personne ne peut saisir.

De nombreux travaux ont été consacrés à la rougeole dans ces dernières années; parmi les plus récents, nous citerons les articles ROUGEOLE des *Dictionnaires* Dechambre (Sanné) et Jaccoud (d'Espine) et des *Traité des maladies des enfants* de Rilliet et Barthez, Picot et d'Espine, Cadet de Gassicourt, Henoch, Baginsky, Descroizilles, J. Comby, l'article du professeur J. Grancher dans le *Traité de médecine et de thérapeutique* de P. Brouardel (Paris, 1895), la monographie du D<sup>r</sup> Barbier (*La rougeole, Bibliothèque médicale* Charcot-Debove, Paris, 1894), les études et les communications du D<sup>r</sup> Sevestre à la Société médicale des hôpitaux (1889, 1890), les communi-