

spécial. C'est d'abord une céphalalgie intense qui se montre dès le début de la réaction. Bientôt celle-ci s'établit, la peau devient chaude, l'enfant a de la fièvre, la cyanose a disparu. Le visage et surtout les pommettes se colorent et présentent des plaques d'un rouge accentué. La diarrhée se supprime ou diminue considérablement; elle change de caractère, devient verdâtre et se réduit à 2 selles en 24 heures. L'abattement augmente; la langue est petite, rouge aux bords, sèche, couverte de fuliginosités. L'intelligence s'obscurcit. Bientôt le coma s'établit complet et profond. Alors abandonné dans son lit, le facies animé, les yeux fermés, bordés d'une sécrétion muco-purulente à moitié desséchée, la respiration haute et rapide, faisant entendre un marmotement continu, poussant des cris lorsqu'on veut le bouger, plongé enfin dans une torpeur dont rien ne peut le tirer, le petit malade offre bien à un haut degré l'aspect méningitique. La mort arrive rapidement par asphyxie progressive sans retour même fugitif de la connaissance; le coma persiste jusqu'à la fin. L'anurie est ici fréquente; on peut noter l'albuminurie. »

Quelques symptômes en particulier. — La diarrhée et les vomissements existent dans tous les cas de choléra chez les enfants comme chez les adultes, sauf dans le choléra sec dont je n'ai pas vu un exemple dans l'enfance. La fréquence et la durée sont variables. Dans les cas légers, les vomissements durent un jour et la diarrhée deux, avec 2 à 4 selles par jour. Dans les cas moyens, on note 4 à 8 selles en 24 heures et la diarrhée dure 3 jours environ. Dans les cas graves qui ont guéri, la diarrhée quelquefois incessante au début et les vomissements répétés persistent en moyenne 7 jours pour la diarrhée et 5 jours pour les vomissements.

La diarrhée. — La diarrhée au début est fécaloïde, mais elle change vite de caractère; c'est un liquide trouble, grisâtre, tenant en suspension des grains riziformes; ceux-ci écrasés entre deux lames de verre montrent souvent après coloration une culture pour ainsi dire pure de bacilles-virgules. L'odeur des selles est spéciale; on ne saurait mieux la comparer qu'à l'odeur de l'amidon cuit, de l'empois ou à celle de la fleur de pêcher. Cette odeur bien particulière frappe l'odorat à l'entrée dans une salle de cholériques. A la période de réaction la bile reprend son cours et les selles sont verdâtres, puis elles redeviennent fécaloïdes et leur odeur ordinaire réapparaît.

Les vomissements. — Les vomissements, quelquefois bilieux au début, sont par la suite composés d'un liquide trouble, comparable aux selles; ils nécessitent souvent de grands efforts qui contribuent à épuiser les malades; dans les cas graves, fréquemment à la fin, ils se suppriment; les enfants n'ont plus la force de vomir.

La respiration. — La respiration dans les cas légers et moyens conserve son rythme normal; dans les cas graves elle devient irrégulière, courte, pénible; les enfants poussent de temps à autre de grands soupirs après un certain nombre de respirations superficielles; elle devient haletante, bruyante dans la réaction pseudo-méningitique.

La voix. — La voix est éraillée dans les cas moyens; elle se supprime dans les cas graves, elle arrive à n'être plus qu'un chuchotement à peine distinct. C'est un des résultats les plus frappants de l'injection intra-veineuse

que de voir revenir la parole un peu rauque, mais forte, dans le cours même de l'opération.

Circulation. — Les troubles circulatoires ont la plus haute valeur, l'état du pouls est l'élément le plus important du pronostic et sa disparition indique l'urgence de l'injection intra-veineuse; plus le cas est grave, plus il perd de sa force et augmente de fréquence. Il s'affaiblit progressivement, puis devient incomptable; enfin on ne sent plus qu'un frémissement ondulatoire qui peut lui-même disparaître dans les cas graves. Quand le pouls était perceptible et présentait une assez grande fréquence, de 84 à 135 pulsations d'après nos observations personnelles, il était alors souvent à la fois irrégulier, inégal et quelquefois intermittent.

L'injection intra-veineuse modifie rapidement cet état. Dans le cours même de l'opération le pouls redevient sensible, puis comptable et à la fin plein, ample, régulier et ralenti, il reprend ses caractères physiologiques. Variot insiste également sur « cette suspension générale de la circulation artérielle et veineuse ».

Sécrétion urinaire. — Toujours ralentie, même dans les cas légers, elle est diminuée davantage dans les cas moyens où l'anurie se montre dans le quart des cas, mais ne dure pas plus d'un jour. Dans les cas graves l'anurie est très fréquente (trois quarts des cas) et se prolonge 2 et même 5 jours. L'albuminurie, par contre, est plus rare que chez l'adulte; je ne l'ai vue que deux fois. Une fois enfin j'ai observé une glycosurie passagère.

Température. — Dans les cas moyens, la température est à 37 degrés; elle peut exceptionnellement dans le cours de la maladie tomber à 36°,4 (un cas). Quand la réaction est simple, la température ne dépasse pas 37°,5. Dans les cas graves, j'ai observé les chiffres suivants: chez 4 enfants qui sont morts, j'ai noté au moment de l'entrée 36°,8 - 37° - 37°,9 - 38°,8; par contre chez 4 enfants qui ont guéri, j'ai noté 36°,4 - 36°,6 - 36°,7 et 37°,1. Tous atteignent ou même dépassent 38 degrés (maximum 38°,5) à la période de réaction. Il semble donc que les températures basses n'entraînent pas un pronostic aussi mauvais que chez l'adulte¹.

On peut dire qu'en somme toute la symptomatologie du choléra relève d'une intoxication due à des poisons qui, élaborés dans l'intestin par le bacille spécifique, pénètrent dans la circulation générale et se répandent ainsi dans tout l'organisme. Il résulte, en effet, des expériences de Bosc que « les humeurs des cholériques, urines et sang en particulier, peuvent être très toxiques et reproduisent chez l'animal auquel on les injecte les symptômes du choléra mortel le plus typique. Le sérum du sang des cholériques gravement atteints contient une énorme quantité d'une substance dont les effets sont identiques à ceux que Petri, Pfeiffer, etc., ont obtenus à l'aide des toxines sécrétées par le bacille-virgule au milieu des cultures artificielles ».

(¹) Ce fait paraît d'une portée plus générale. M. Budin (communication orale) m'a dit recevoir chaque hiver dans son service des enfants à la mamelle, refroidis par suite de la misère ou de la négligence des mères: il en sauve un grand nombre; il a observé 30 degrés comme température rectale chez un enfant qui a guéri.

Complications. — Sont d'une manière générale les mêmes que chez l'adulte. On peut signaler la conjonctivite et la bronchite surtout. Eisenschitz indique les infarctus pulmonaires. Les éruptions sont très rares : j'en ai vu 2 cas. L'érythème scarlatiniforme débute 2 jours après l'injection intra-veineuse et envahit le front, le nez où il est surtout accentué, puis le reste de la face. La peau un peu chaude offre à ce niveau un léger relief. Il se termine au bout de deux jours par desquamation furfuracée. Koch, qui a consacré un mémoire à ce sujet, signale 2 cas d'érythème généralisé et polymorphe, scarlatiniforme par place, rubéolique en d'autres endroits; il s'y joignit des poussées d'urticaire. En résumé l'érythème, bien que plus rare, évolue chez l'enfant comme chez l'adulte; j'ai étudié longuement il y a dix-huit ans ses diverses modalités cliniques.

Le choléra chez les femmes grosses : influence sur le fœtus. — Le choléra menace l'enfant même avant sa naissance. Queirel consacre un mémoire à ce sujet. Sur 67 femmes enceintes, il a eu 59 morts et 28 guérisons. 29 femmes qui ont avorté ou accouché prématurément ont fourni 20 morts et 9 guérisons. Dans les 58 cas où la grossesse a continué jusqu'à la mort ou à la guérison, il y a eu 19 morts et 19 guérisons.

L'avortement se voit généralement au deuxième jour de l'attaque cholérique; il est fréquent dans la deuxième moitié de la grossesse; près du terme on peut avoir quelques enfants vivants, mais ils succombent le plus souvent au choléra dans les premiers jours de l'existence. La cause de l'avortement a été rapportée aux crampes utérines ou à la stagnation du sang placentaire, soit mieux encore à l'infection ou à l'intoxication¹.

Tizzoni et Cantani font l'examen d'un fœtus de 5 mois, expulsé le 5^e jour d'un choléra grave. Une bouillie rougeâtre et verdâtre remplace le méconium dans un intestin qui présente des sugillations sanguines.

Dans le sang du cœur par le microscope, dans l'intestin par la culture d'après la méthode de Koch, ils décèlent la présence de germes qui ont, disent-ils, tous les caractères du bacille-virgule.

Rosario étudie la transmission de la mère au fœtus après opération césarienne *post mortem* ou après avortement du 5^e au 6^e mois. Trois fois sur cinq, il a trouvé les lésions du choléra, mais les cultures du sang et du méconium ont toujours été négatives. Il rappelle que si expérimentalement la transmission placentaire se fait dans le plus grand nombre des cas, il faut qu'il y ait lésion du placenta (foyers hémorragiques); aussi est-elle plus fréquente chez le cobaye où ces lésions ne sont pas rares.

Mortalité. — D'une manière générale, le choléra est plus grave chez les enfants que chez les adultes. Voici quelques statistiques : Eisenschitz a 55 pour 100 de mortalité, Kirilline 66,7 pour 100; ma statistique personnelle donne 48 pour 100; mais, si je n'envisage que les cas graves, j'ai 75,5 pour 100 et seulement 60 pour 100 si je ne compte que les cas où j'ai fait l'injection intra-veineuse. L'âge a une grande importance; au-dessous de 1 an, Eisenschitz a 100 pour 100 de décès, Monti 81,8 pour 100; je n'ai eu que deux

(¹) Chez une de nos malades, une menace d'avortement avec col tout à fait effacé a été enrayée par l'injection intra-veineuse. Un mois plus tard cette femme est accouchée d'un enfant bien portant.

enfants au-dessous de 1 an, ils sont morts. Happe (de Hambourg) donne les chiffres suivants : au-dessous d'un an 89,66 pour 100; de 1 à 5 ans 75 pour 100; de 5 à 15 ans 45 pour 100. Ces chiffres sont significatifs.

Diagnostic. — Le diagnostic du choléra chez les enfants présente deux sortes de difficultés : au début on hésite à rapporter les premiers cas, forcément isolés, à une épidémie qui n'est pas encore déclarée; plus tard surgit une difficulté inverse : ne pas prendre pour le choléra d'autres affections à symptômes analogues. Souvent enfin on est réduit à l'examen objectif : il faut se passer de renseignements.

Les cas de choléra brusque éveillent l'idée d'un empoisonnement : tartre stibié, sublimé, arsenic, etc.; les commémoratifs, l'examen chimique des matières, les recherches bactériologiques dans les cas douteux peuvent seuls établir le diagnostic. D'autre part, une simple indigestion, une recrudescence de lientérie en temps d'épidémie suffisent à éveiller des craintes que le temps seul écarte ou confirme; citons encore le choléra infantile dont le nom seul évoque la similitude symptomatique et qui, dans la période estivale surtout, peut exister côte à côte avec le choléra asiatique; mentionnons enfin l'étranglement interne. Dans les cas douteux, il faut avoir recours à l'examen bactériologique.

Diagnostic bactériologique. Koch se servait de la méthode des plaques sur gélatine. La méthode de Schottelius est plus sûre et plus rapide : on recueille les parties solides (grains riziformes de préférence) des selles suspectes, on verse dessus du bouillon stérilisé et on met à l'étuve à 57 degrés. En 12 à 18 heures, il se forme une pellicule à la surface du tube; on prend une mince portion de ce voile que l'on porte sur de la gélose; sur un autre tube onensemence la totalité du voile. Ces deux nouvelles cultures donnent le bacille cholérique presque pur. Laser insiste sur l'odeur repoussante qui se dégage des tubes.

Le *bacille-virgule*, plus court que le bacille de la tuberculose, mais plus épais, présente une forme légèrement arquée : d'où son nom. Il pousse sur tous les milieux à 57 degrés; il liquéfie la gélatine en forme d'entonnoir; il donne rapidement un voile sur le bouillon; sur la gélose il produit une culture blanchâtre qui noircit en vieillissant; il pousse sur la pomme de terre; il coagule le lait; enfin il donne la réaction de l'indol par l'addition de quelques gouttes d'acide sulfurique (rouge du choléra).

Ce germe est mobile et présente à la fois des mouvements d'oscillation et de translation, il est pourvu de cils que décèle le réactif au tanin et au sulfate ferreux. Il présente enfin dans certaines conditions de milieu des formes d'involution déjà entrevues par Ferran.

On pouvait penser que le vibron cholérique était une espèce bien définie, facilement reconnaissable. Aujourd'hui on doit conclure avec Metchnikoff : « Dans l'état actuel de la bactériologie, les vibrions ne se présentent pas comme des espèces bonnes et définies, mais forment un groupe de forme variable et bigarré dans lequel il est difficile de se reconnaître. »

Le *vibron de Deneke* tiré du fromage est pathogène. L'intoxication qu'il

produit se rapproche de la symptomatologie du choléra. Expérimentalement l'ingestion des cultures donne chez l'homme la diarrhée.

Le *vibrio proteus* de Finkler et Prior détermine aussi quelques troubles intestinaux chez l'homme qui ingère les cultures. Les symptômes se rapprochent de ceux du choléra nostras.

Le *vibrio Metchnikovii* est mortel pour le cobaye et le pigeon. Il a été sans effet chez l'homme dans les expériences de Metchnikoff. Gamaleia dit qu'il peut donner le choléra nostras.

Viquerat essaye de fixer les différences de culture de ces germes. Le vibron de Finkler et Prior est plus gros, moins agile que le bacille-*virgule*; le cil est plus court, il liquéfie plus vite la gélatine en forme de bas et non en forme d'entonnoir, il ne donne pas de bulles de gaz, le voile sur le bouillon est plus tardif; il ne fait pas d'indol. Le bacille de Deneke produit un voile encore plus tardif (2 à 5 jours); il ne produit pas d'indol. La réaction de l'indol n'est pas pour Metchnikoff une réaction exclusive, le vibron de Gamaleia peut la donner.

Enfin on peut avoir recours à la réaction de Pfeiffer. Si dans le péritoine d'un cobaye neuf on injecte en même temps le vibron que l'on soupçonne cholérique et du sérum d'un autre animal vacciné contre le bacille-*virgule*, on constate bientôt l'immobilisation et la transformation rapide des microbes en granulations arrondies. Cette réaction n'existe que pour les vibrions cholériques (dans le cas particulier), c'est donc là un moyen de diagnostic. Le phénomène peut d'ailleurs se produire *in vitro* dans les tubes de culture; les germes alors s'immobilisent et se transforment en granulations qui se réunissent en amas. Sans être absolument exclusive, cette réaction a une grande valeur (Bordet).

Étiologie. — Le choléra frappe surtout les enfants dont les parents ont déjà été atteints par la maladie. Dans la statistique d'Eisenschitz, 52,6 pour 100 des cas rentrent dans cette catégorie. Dans ma statistique, j'ai 10 enfants sans renseignements, 5 où il n'y avait aucun cholérique dans la famille ou la maison, et 10 où la contagion se marque par 5 mères malades du choléra et 5 enfants, puis 6 enfants en trois groupes de deux (frère ou sœur) pris en même temps, enfin 2 cas où la contamination est probable. Dans un groupe le père est mort le premier du choléra.

Indépendamment de la contagion directe, la maladie peut se propager par le lait où le bacille-*virgule* peut vivre 1 à 2 jours (Uffelmann). Le germe vit 8 jours sur la viande, 4 jours sur une pomme, etc. On voit, sans qu'il soit nécessaire d'insister, les conséquences prophylactiques qui découlent de ces faits.

Traitement. — Peut se diviser en prophylactique, symptomatique et spécifique.

Traitement prophylactique. En temps d'épidémie il faut surveiller l'alimentation des petits enfants, surtout l'allaitement artificiel. Le lait est un bon milieu de culture pour le bacille cholérique, souvent il est étendu d'eau qui peut être contaminée. Il faut tenir les enfants éloignés des maisons suspectes; ils jouent volontiers par terre et les planchers sont fréquemment le

réceptacle de germes qui souvent sont apportés par les souliers des gens qui ont marché dans des déjections cholériques (le cuir des souliers est un milieu humide où le microbe conserve très longtemps sa vitalité: *Relation de l'épidémie italienne*, 1884). Il faut proscrire les fruits dont la surface peut être imprégnée de germes; on doit éviter toute cause de diarrhée (mauvaise hygiène) ou d'indigestion et soigner toutes ces indispositions comme de véritables maladies.

Traitement symptomatique. — Il est des prescriptions d'ordre général et dont la banalité n'exclut pas l'importance. Il faut réchauffer les enfants (boules d'eau chaude, enveloppement ouaté), changer les linges souillés, maintenir les petits malades dans des salles chaudes et aérées, faire prendre du lait régulièrement en petite quantité, donner des boissons stimulantes, thé léger, cognac, ou de la glace en fragments contre les vomissements. On fera de la révulsion sous forme de frictions sèches. Comme agents thérapeutiques le nombre de ceux qui ont été employés montre leur efficacité relative.

Le salol, le salicylate de soude à doses assez fortes ont donné de bons résultats à Kirilline. Hayem préconise l'acide lactique dans du sirop de limon.

Happe donne le pourcentage de mortalité en rapport avec chaque mode de traitement. Le traitement par le calomel donne 51,6 pour 100 de mortalité (42 décès sur 155 malades). Le tanin fournit 52,5 pour 100 de décès (15 morts sur 40). L'opium donne 15,4 pour 100 (2 morts sur 12). Ces chiffres ont la valeur d'une simple indication; ainsi Eisenschitz dit que l'opium doit être évité et le calomel a donné de mauvais résultats à Kirilline. Nous avons employé l'acide lactique, le bismuth, les piqûres de caféine, quelquefois d'éther.

Dans le choléra grave, contre les déperditions aqueuses abondantes, on préconise l'entéroclisme de Cantani ou les injections sous-cutanées de sérum artificiel (66 pour 100 de décès, 12 sur 18 Happe).

Pour nous, dans le choléra algide, quand le pouls n'était pas comptable, nous avons employé l'injection intra-veineuse avec le sérum de Hayem. La quantité a varié de 250 à 1200 grammes. L'injection se fait dans une veine du bras ou de la jambe. J'ai fait 2 fois l'injection intra-artérielle, les veines étant trop petites. En pareille circonstance je ferais aujourd'hui l'injection intra-péritonéale; tentée deux fois en 1884, elle a donné 2 morts.

Les phénomènes immédiats et consécutifs de l'injection intra-veineuse sont les mêmes que chez l'adulte. Une observation vaut mieux que les commentaires. Il suffit de se reporter à celle que je donne comme exemple de réaction simple dans les cas graves (pour les détails voir mon travail sur l'épidémie de 1884).

Happe a 65,4 pour 100 de mortalité; ma statistique donne 60 pour 100. Mais il faut rappeler que seuls les cas désespérés sont soumis à cette méthode; je n'ai pas eu une guérison dans les cas graves en dehors de l'injection intra-veineuse. Mon opinion reste la même qu'en 1884: je puis dire que, si l'injection intra-veineuse ne guérit pas tous les cholériques, elle reste la ressource suprême qui nous a permis de sauver des malades à l'état de mort imminente.

Traitement spécifique. — Les espérances que firent naître les premières

recherches entreprises à ce sujet ne se sont pas réalisées. Aujourd'hui cependant, grâce aux nombreux travaux publiés (principalement ceux de Metchnikoff), se dégage cette vérité, qu'il n'y a aucune parité à établir entre l'infection cholérique, véritable choléra de laboratoire, due à l'inoculation sous-cutanée, péritonéale ou intra-veineuse du vibrion cholérique et le choléra humain, qui se prend par ingestion du bacille de Koch et détermine une intoxication de l'organisme. Ainsi s'explique que les différents procédés de vaccination contre l'infection cholérique soient sans effet contre le choléra humain. Qu'il s'agisse des cultures chauffées préconisées par Brieger, Kitasato, Wasserman et les Klemperer, qu'il s'agisse des vaccins phéniqués de Haffkine, qu'on emploie la sérumthérapie, c'est-à-dire le sérum des animaux vaccinés par les cultures chauffées, qu'on ait même recours au sérum des malades atteints de choléra, on protège les animaux en expérience contre l'infection cholérique, on n'obtient rien contre le choléra humain.

Ces injections confèrent au sérum des animaux traités un pouvoir bactéricide, d'où son efficacité contre l'infection cholérique, mais ce sérum n'est pas antitoxique, d'où son action nulle dans le choléra humain.

Influence des associations microbiennes. — D'autre part Metchnikoff a montré que les conditions de l'immunité et de la prédisposition cholériques chez l'homme se trouvent dans les associations que le vibrion cholérique peut réaliser avec les autres microbes de l'intestin. Certains de ces germes sont empêchants, d'autres favorisants : parmi ces derniers il faut citer la torula blanche, la sarcine et un bacille coliforme. Mashevski a entrepris récemment l'étude systématique des microbes de l'intestin en symbiose avec le vibrion cholérique et confirme les conclusions de Metchnikoff.

Les jeunes lapins nouveau-nés qui résistent à l'ingestion d'une à deux cultures pures du bacille de Massaouah, succombent si on ajoute les microbes favorisants, même s'ils ont été au préalable vaccinés par les procédés déjà décrits. Ce résultat, en apparence paradoxal, s'explique facilement, car il suffit de répéter que les vaccinations protègent contre le choléra de laboratoire dû à l'inoculation sous-cutanée, péritonéale ou intra-veineuse du vibrion cholérique qui détermine une infection, tandis que le choléra pris par ingestion détermine une intoxication.

Contre le choléra humain qui est une intoxication il faut un sérum antitoxique.

Metchnikoff et Roux tirent un sérum antitoxique du sang d'un cheval traité par les toxines cholériques. Leur sérum est nettement préventif et donne 21 pour 100 de guérisons chez les animaux traités et soumis ensuite à l'ingestion du bacille cholérique et des microbes favorisants. Cependant, jusqu'ici du moins, c'est encore là un traitement de laboratoire non susceptible d'application à l'homme, car si l'on attend 24 heures après l'ingestion de la culture mortelle pour pratiquer l'injection du sérum, les animaux meurent tous sans exception. Peut-être qu'un avenir prochain nous donnera un sérum plus actif et vraiment curateur dont la clinique humaine pourra bénéficier.

PESTE

PAR H. DE BRUN

Professeur à la Faculté de Beyrouth.

Étiologie et prophylaxie. — On a dit qu'en général les enfants étaient prédisposés à la peste plus que les adultes, et ceux-ci plus encore que les vieillards. Mais il n'y a rien de fixe sur ce point. Dans quelques épidémies comme dans celle de Marseille en 1720-1721, les enfants furent épargnés (Mahé). Ils ne le furent malheureusement pas dans les épidémies récentes ; et si à Bombay la plus grande mortalité s'observa surtout dans la seconde enfance et dans l'adolescence, à Hong-Kong les enfants de tout âge furent atteints dans de plus grandes proportions que les adultes.

Nous n'avons pas ici à insister sur les modes de propagation et de transmission de la peste. Rappelons pour mémoire que le bacille pesteux qui peut garder sa vitalité pendant plusieurs mois dans un milieu obscur et à une température convenable, perd rapidement toute virulence quand il se trouve dans un milieu défavorable. Il est d'une extrême fragilité. S'il résiste assez bien au froid, par contre une température trop élevée lui est nuisible. A 42 degrés son développement subit un retard considérable ; il ne vit pas plus d'une heure à 50 degrés ; une température de 100 degrés le tue en une minute. La lumière solaire le tue en moins d'une heure. Il résiste mal à la dessiccation. L'action des désinfectants est extrêmement vive sur lui. Le sublimé à 1/1000°, l'acide phénique, les acides minéraux très dilués, les vapeurs de formaldéhyde, la fumée de bois de sapin le tuent rapidement. Rappelons également que la peste qui, dans quelques cas relativement rares, est transmise directement (pénétration dans les voies respiratoires de bacilles pesteux émanant de crachats de pneumonie pesteuse), dans la grande majorité des cas est transmise indirectement, soit par des objets inertes infectés (vêtements, draps, linges, sol humide), soit par des parasites (puces et peut-être punaises, mouches, moustiques¹).

Il est donc nécessaire, en cas d'épidémie, de soustraire les enfants au contact des différentes substances et des parasites qui pourraient les contaminer. Il faudra les empêcher de marcher pieds nus, les tenir dans la plus grande propreté, leur faire prendre chaque jour un bain savonneux (une solution savonneuse à 50 degrés tue le bacille de la peste en une demi-heure), leur laver les mains plusieurs fois par jour, examiner fréquemment la surface de leur corps, et y rechercher, pour la soigner avec sollicitude, la moindre petite plaie, la plus légère excoriation. Leur linge de corps doit être changé chaque jour, et chaque jour aussi leurs vêtements de la veille doivent être exposés au soleil pendant plusieurs heures. La localisation fréquente et

¹ LA BONNARDIÈRE et XANTHOPULIDES.