



Thèse

1896

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

---

## Contribution à l'étude de la scarlatine maligne pseudo-diphthérique

---

Halatcheff, Théodore

### How to cite

HALATCHEFF, Théodore. Contribution à l'étude de la scarlatine maligne pseudo-diphthérique. Doctoral Thesis, 1896. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:27211

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:27211>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:27211](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:27211)

UNIVERSITÉ DE GENÈVE  
MAISON DES ENFANTS MALADES, CHEMIN GOURGAS

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

# SCARLATINE MALIGNE

PSEUDO-DIPHTHÉRIQUE

PAR

**Théodore HALATCHEFF**

né à Choumla (Bulgarie.)

---

**THÈSE INAUGURALE**

*présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine.*

---

GENÈVE  
IMPRIMERIE P. DUBOIS, QUAI DES MOULINS, 5

1896



A MES VÉNÉRÉS MAÎTRES

P<sup>R</sup> ED. MARTIN

*Privat-Doctent*

AD. P'ESPINE

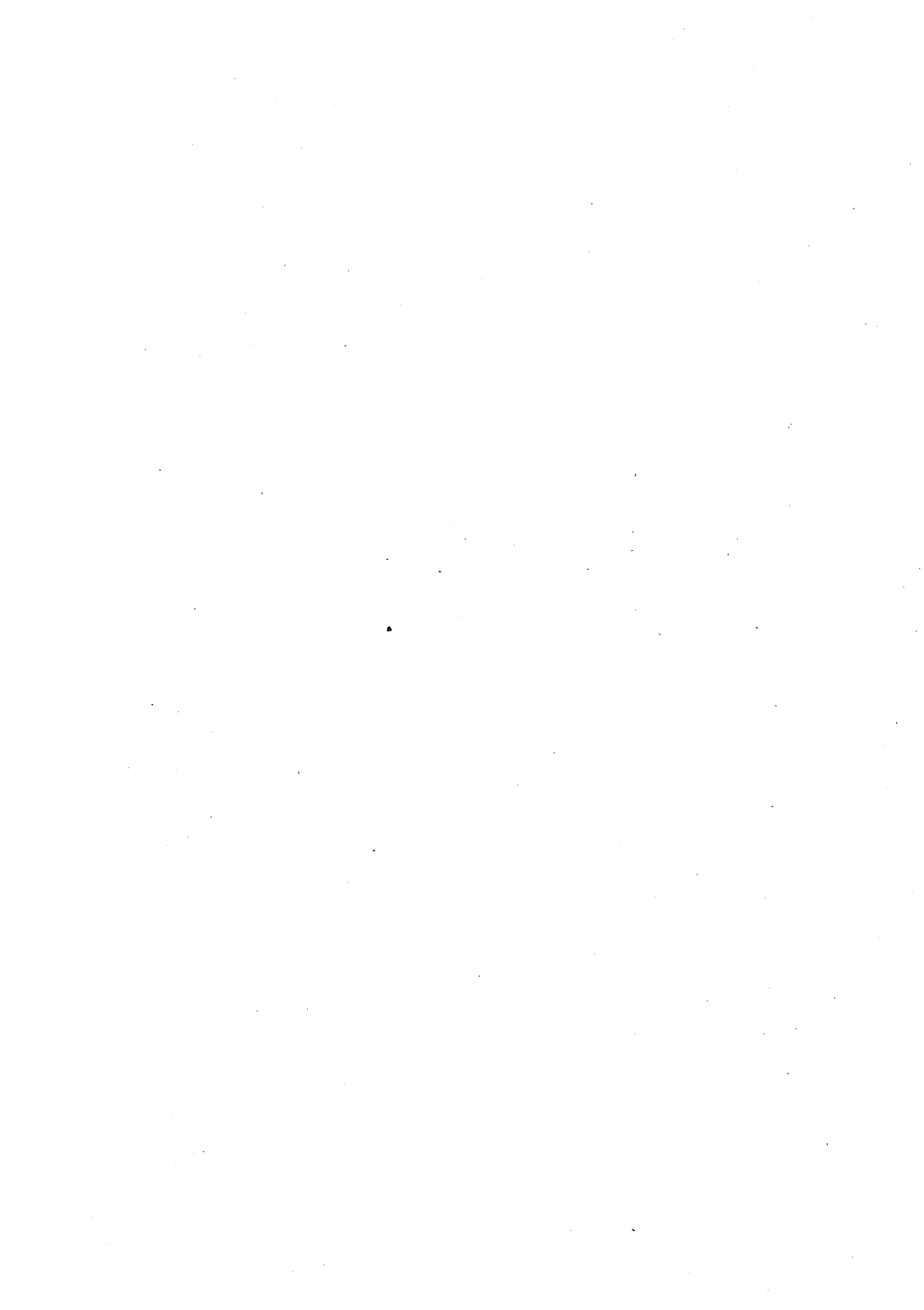
*Professeur*

*à l'Université de Genève.*

HOMMAGE RESPECTUEUX

D'ESTIME ET DE RECONNAISSANCE

---



À MON PÈRE

TÉMOIGNAGE SINCÈRE D'AFFECTION

À MA MÈRE

HOMMAGE DE VIVE TENDRESSE



## INTRODUCTION

---

Ayant eu l'occasion d'observer au commencement de cette année dans le service du D<sup>r</sup> Martin, à la Maison des Enfants malades, quelques cas de scarlatine d'une gravité exceptionnelle, nous avons pensé qu'il serait intéressant et utile d'étudier ces cas, d'en rechercher la fréquence et les effets au point de vue de la mortalité générale de cette affection.

M. le Professeur D'Espine a voulu nous aider de ses lumières, et nous remettre quelques examens bactériologiques concernant la question, ainsi que deux observations. Le D<sup>r</sup> Martin nous a permis de publier les observations qu'il a recueillies à la Maison des Enfants malades. Nous les prions de recevoir ici l'expression de notre reconnaissance.

### **Délimitation, définition du sujet de notre étude.**

Nous n'avons pas la prétention de traiter ici toute la question des scarlatines malignes, ce qui nous entraînerait trop loin. Laissant de côté les scarlatines hyperthermiques si bien décrites par Trousseau, les formes ataxiques, adynamiques, typhoïdes,

hémorragiques et syncopales de la maladie que nous n'avons pas eu l'occasion d'observer, nous aurons surtout en vue dans cette étude les cas de scarlatine compliqués d'un état général grave infectieux et d'une angine *pseudo-diphthérique*. Cette forme est caractérisée surtout par des modifications de l'éruption, une angine de forme particulière avec fétidité de l'haleine et des symptômes digestifs sur lesquels nous aurons à revenir.

---

## CHAPITRE PREMIER

### Historique.

De toutes les fièvres éruptives, la scarlatine est celle dont l'histoire est la plus courte. Confondue, dans les temps anciens et au moyen-âge, avec la rougeole et la diphtérie, elle n'a été décrite pour la première fois qu'en 1656, sous le nom de rossania par Ingrassias <sup>1</sup> à Naples, et en Angleterre, en 1705 par Sydenham <sup>2</sup> qui lui donna le nom de scarlatine.

La forme angineuse maligne que nous avons en vue dans ce travail, paraît avoir déjà prédominé dans certaines épidémies malignes du 17<sup>e</sup> siècle, ainsi dans l'épidémie décrite par Huxham <sup>3</sup> sous le nom de mal de gorge ulcéreux, ulcerous sore-throat et par Fothergill <sup>4</sup> sous le nom de mal de gorge putride sore-throat).

Bretonneau <sup>5</sup> en décrivant pour la première fois comme entité morbide la *diphtérie*, la distingua nettement des angines pseudo-membraneuses et gangréneuses de la scarlatine.

Son élève Trousseau dans ses cliniques accentue ces caractères tout en reconnaissant que l'angine

<sup>1</sup> *De tumoribus proeter naturam*, 1556, cap. I page 194.

<sup>2</sup> *Th. Sydenham opera universa*. Ed. III. London, 1705, p. 224.

<sup>3</sup> Huxham. *On fevers*, London 1772, page 266.

<sup>4</sup> *Arch. génér. de médecine*, tom. XIII. page 29.

<sup>5</sup> *Fothergill's Works*. London 1783, vol. I page 344.

pseudo-membraneuse tardive survenant au 8<sup>me</sup> ou 9<sup>me</sup> jour d'une scarlatine maligne pseudo-diphthérique, a été bien décrite au point de vue clinique et anatomopathologique, principalement par deux médecins allemands, Hensch et Heubner dont nous analyserons succinctement les travaux.

Hensch<sup>1</sup> pour bien spécifier que l'angine scarlatineuse maligne n'a rien de commun avec la diphthérie, propose de l'appeler nécrotisante, bien qu'il ne nie pas que la diphthérie puisse dans certains cas être une complication de la scarlatine. Du 3<sup>me</sup> au 5<sup>me</sup> jour de la maladie, dit-il, on remarque sur les amygdales, l'apparition de plaques jaunâtres ou gris blanchâtres et un engorgement des ganglions sous maxillaires. Dans la forme la plus légère, les fausses membranes qui peuvent s'étendre sous forme de taches blanchâtres sur le bord des piliers et de la luette, persistent souvent pendant 1 à 2 semaines en entretenant une fièvre rémittente et finissent par tomber en laissant parfois de petites pertes de substance qui saignent et finissent par cicatriser. Dans la forme grave les fausses membranes peuvent s'étendre à la paroi postérieure du pharynx et à la cavité nasale. Une odeur fétide s'exhale de la bouche et du nez; il y a du jetage séro-purulent, parfois sanguinolent.

Des fausses membranes sont parfois rejetées par le nez; il y a des épistaxis. Quelquefois, quand les enfants résistent à l'infection générale, il peut se produire par la gangrène des pertes de substance considérables des amygdales.

<sup>1</sup> *Vorlesungen über Kinder Krankheiten*, Berlin, 1884, 569.

Heubner<sup>1</sup> attire l'attention sur la *diphthérie scarlatineuse* « cette complication dont dépend plus que de toute autre la mortalité d'une épidémie ». Dans une grave épidémie de scarlatine, qui sévit à Leipzig de 1877 à 1878, il perdit un quart de ses malades, soit 26 % ; les deux tiers des décès étaient dus à la diphthérie scarlatineuse.

La gravité de cette forme de scarlatine est causée par une septicémie qui se développe d'une façon aiguë ou subaiguë au cours de cette affection pseudo-membraneuse du pharynx. Les fausses membranes contiennent presque exclusivement des streptocoques. Tandis que dans un quart des cas, l'infection septicémique est légère et que la guérison de la scarlatine n'est que retardée par elle ; dans un cinquième des cas, la maladie prend un caractère pestilentiel, les sécrétions de la gorge prennent une odeur infectée jointe à un gonflement énorme du cou, l'intoxication générale est intense, et les malades succombent à la fin de la première semaine ou au commencement de la seconde semaine.

Dans la majorité des cas, soit environ les trois cinquièmes la septicémie ne se développe que peu à peu, d'une façon insidieuse subaiguë. Tandis que rien au début ne fait soupçonner la gravité du cas, vers le 4<sup>me</sup> ou 5<sup>me</sup> jour de la maladie on constate un épaississement et une extension des dépôts blancs sur les amygdales, qui prennent une teinte de mauvais aloi. La fièvre au lieu de diminuer ou de tomber comme dans les cas normaux, reste très élevée ou même aug-

<sup>1</sup> *Über Scharlach diphtherie und deren Behandlung Verhandl., des fünften Congress für innere Medicin. Wiesbaden. 1886, page 374.*

mente d'intensité. Vers la fin de la première semaine, l'haleine devient fétide, il se forme des gerçures et des excoriations aux commissures labiales et sur la langue ; les ganglions sous-maxillaires s'engorgent. La nécrose des tissus peut entraîner les pertes de substance considérables des amygdales, parfois même une perforation du voile du palais. Indépendamment des adénites suppurées et de leurs complications du côté du tissu cellulaire, des veines du cou et du tissu cellulaire du médiastin, cette forme de diphtérie scarlatineuse finit par amener la mort par hecticité au bout d'une ou deux semaines, quelquefois même après la troisième semaine.

L'auteur insiste sur le fait qu'elle n'est pas due au bacille de Löffler, mais aux streptocoques. Je me rappellerai à ce sujet les recherches Bahr<sup>1</sup>, de Crooke, de Fränkel et de Freudenberg. Heubner se loue comme traitement efficace de la diphtérie scarlatineuse, d'injections phéniquées intra-amygdaliennes. Il injecte une demi-seringue de Pravaz d'une solution d'acide phénique à 3 %; les injections sont répétées à partir du 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> jour de la maladie pendant 4, 6 et même 10 jours. Il dit ainsi avoir abaissé la mortalité de 50 % à 16 %.

La démonstration bactériologique de la nature streptococienne de l'angine maligne scarlatineuse appartient donc à Heubner et à ses élèves,

D'Espine<sup>2</sup> avait déjà signalé en 1886 que le bacille de Löffler n'existait pas dans l'angine scarlatineuse

<sup>1</sup> Heubner et Bahr<sup>1</sup>, *Berl. Klin., Wochensch.*, 1884.

Fränkel u. Freudenberg. *Centralblatt für klin. medic.* 1885.

<sup>2</sup> *Revue de la Suisse romande*, 1886, page 584; 1888 p. 49.

et il démontra en 1888 la présence constante du streptocoque.

Bourges<sup>1</sup> dans la thèse concernant l'angine de la scarlatine en 1891, fait une étude bactériologique complète de la question et arrive à la conclusion que l'angine pseudo-membraneuse, précoce de la scarlatine, n'est pas habituellement diphtérique et est due à la présence des streptocoques. Il en est de même de quelques angines pseudo-membraneuses tardives. Dans ces dernières, il y a en général complication de diphtérie; l'examen bactériologique a révélé la présence du bacille de Löffler.

La pénétration du streptocoque dans le sang est la cause de nombreuses complications, arthrites, pleurésies, néphrites, etc., dans lesquelles on a retrouvé le même microbe.

On comprend donc aujourd'hui, grâce aux recherches microbiennes, pourquoi Trousseau disait que la diphtérie scarlatineuse n'aime pas le larynx; c'est de la *pseudo-diphtérie*, malheureusement aussi grave, aussi redoutable que la diphtérie vraie.

<sup>1</sup> *Thèses de Paris, 1891.*

---

## CHAPITRE II

### **Etiologie.**

Naguère la scarlatine présentait à Genève comme dans la majorité des pays de race latine, un degré très marqué de bénignité.

Le Dr Marc D'Espine, dans son *Essai analytique de statistique mortuaire* portant sur les décès de 13 années dans le canton de Genève (1838—1847 et 1853 à 1855), a trouvé 83 décès par scarlatine, dont 4 seulement ont été dus à des formes graves de l'angine scarlatineuse.

La scarlatine a occasionné 5 décès sur mille ou « 1 décès sur 10,000 habitants. Nous estimons approximativement à Genève, dit-il, que la mortalité n'atteint pas dans une épidémie de scarlatine 1 cas sur 20 ou 30, peut-être même sur 40 ».

Cette mortalité pour l'année de mortalité maximum à Genève était 7 fois plus forte en Angleterre qu'à Genève et pour la mortalité minimum 20 fois plus forte<sup>1</sup>.

Depuis 10 ans, le Dr Martin a eu l'occasion d'observer, à la Maison des Enfants malades, 185 cas de scarlatine très inégalement répartis sur ces 10 an-

<sup>1</sup> Dr Marc D'Espine. — *Essai analytique et critique de statistique mortuaire comparée.* — Genève et Paris, 1858, page 232.

nées, comme on peut le voir d'après le tableau ci-joint :

Années.	Guéris.	Morts.
1886	4	0
1887	15	4
1888	24	4
1889	5	0
1890	12	0
1891	21	8
1892	0	0
1893	14	1
1894	17	0
1895	26	4
1896 six premiers mois.	21	3
	159	24

Total des cas : 183.

En 1889, 4 malades ont succombé à l'albuminurie ; sur ces quatre, trois étaient reçus mourants ou gravement atteints d'œdème pulmonaire dès leur entrée.

En 1888, outre 3 cas d'œdème pulmonaire suite d'albuminurie, 1 malade est mort de complication diphtérique cinq semaines après le début de la maladie.

Ce n'est qu'en 1891 que le D<sup>r</sup> Martin a eu l'occasion d'observer, comme il le dit dans un travail publié de la *Revue médicale de la Suisse romande*, les premiers cas d'angines diphtéroïdes précoces accompagnés d'un état général grave ; cette forme redoutable de la maladie a entraîné la mort dans 5 cas. En 1893, un nouveau cas de scarlatine toxique, présentant les mêmes caractères, a entraîné la mort chez un enfant le 4<sup>e</sup> jour après le début de la maladie. En 1895, nous

retrouvons deux décès tenant à la même cause et trois en 1896. En outre, dans un certain nombre de cas, cette forme de scarlatine a mis pendant quelques jours la vie des petits malades en danger, mais sans entraîner la mort.

Il ne faudrait pas se baser sur la proportion des décès observés à la Maison des Enfants malades pour établir une statistique de la mortalité de la scarlatine à Genève, pendant ces dix années. Souvent il arrive en effet, que sur deux ou trois malades atteints de scarlatine dans une même famille, celui qui présente des complications graves est envoyé à la Maison des Enfants malades, tandis que les autres sont traités à domicile.

## CHAPITRE III

### **Symptomatologie.**

Nous ne décrivons pas ici les symptômes de la scarlatine normale, nous voulons seulement d'après l'analyse des observations que nous avons rapportées, dire quelques mots des principaux phénomènes qui constituent la gravité de la forme pseudo-diphthérique de la scarlatine maligne.

**La fièvre** est vive comme dans les scarlatines normales, elle présente seulement une durée plus considérable, qui dépasse toujours une semaine dans les cas où la maladie ne se termine pas rapidement par la mort, comme dans les observations X, XI, XII, XIV et XVI. La fièvre baisse en général dans les douze heures qui précèdent la terminaison fatale, comme dans les observations I et II.

Jamais dans cette forme de scarlatine maligne, la température n'atteint le chiffre excessif de 42 à 43 degrés, que l'on remarque dans les formes ataxiques ou hyperthermiques proprement dites.

La hauteur de la fièvre n'est pas un symptôme sur lequel on puisse se baser pour affirmer la gravité de la maladie.

Cependant, la température a dépassé 41°, dans l'observation XI et dans l'observation XVI, communiquée par le professeur D'Espine.

2° **L'éruption** ne présente pas non plus dans tous les cas des caractères bien tranchés dans la forme qui nous occupe ; assez *confluente en général*, elle s'accompagne parfois de sudamina, comme dans les observations V et XIII.

Une teinte *lie de vin* se montre souvent à une période avancée de la maladie, alors que les troubles dans la respiration déterminent un certain degré d'asphyxie, cette teinte lie de vin coïncide en général avec un peu de refroidissement des extrémités, elle est notée dans les observations I, II, IV, X et XVII.

Quelques auteurs ont parlé de la disparition rapide de l'éruption qui pâlit plus rapidement que dans les formes normales.

Ce fait est mentionné dans les observations XI et XII.

Nous avons observé dans quelques cas de scarlatines un piqueté hémorrhagique, coïncidant avec une éruption confluente ; le phénomène s'est montré surtout dans deux cas de scarlatine de moyenne intensité et sans accidents toxiques ; nous le trouvons mentionné cependant dans notre cinquième observation.

**Angine.** — Si les caractères de la fièvre et de l'éruption ne sont pas suffisants pour déterminer la forme de la maladie que nous avons en vue, ceux de l'angine ont une tout autre valeur.

Dès le début de la maladie, la gorge est rouge et tuméfiée. Les fausses membranes apparaissent le deuxième jour, comme dans les observations I, IV, X, XI, le troisième jour, comme dans les observations II et V, le quatrième comme dans les observations III, VI, VIII, le cinquième, comme dans les observations XII, XIV, XVI, le sixième jour, comme dans

l'observation IX. Ces fausses membranes sont blanchâtres plus ou moins épaisses, elles occupent tantôt seulement les amygdales (observations I, III, VI et XIV), tantôt, et nous avons remarqué surtout ce fait dans les observations de l'épidémie de 1891, elles tapissent tout l'isthme du gosier, les piliers, la luette, les amygdales, le pharynx et même la voûte palatine (observations VI, VIII, IX, X, XI, XIII, XV). Ces fausses membranes sont fréquemment accompagnées d'un jetage plus ou moins marqué (observations I, IV, V, VI, VIII, IX, X, XII, XIII, XV, XVI), avec issue de fausses membranes ou de pus par les narines (observation XV).

Ces fausses membranes remplissent le fond de la gorge et l'orifice postérieur des fosses nasales, et recouvrent une muqueuse gonflée et sanguinolente, quelquefois même ulcérée, gênent considérablement l'hématose comme dans l'observation XIV.

Presque toujours cette angine s'accompagne d'une haleine plus ou moins *fétide*, nous trouvons le fait signalé dans les observations I, II, III, IV, VII, VIII, X, XI et XVI. Cette fétidité de l'haleine indique parfois un certain degré d'ulcération ou même de destruction des tissus sous-jacents, comme dans les observations IV, V, X, XIII; elle se remarque très rarement dans les cas de scarlatine avec angine bénigne, et nous paraît un symptôme d'une certaine importance, au point de vue du pronostic. C'est bien à tort que quelques auteurs ont prétendu que la forme ulcéreuse de l'angine accompagne surtout les complications diphtériques de la scarlatine. Cette tendance à l'ulcération, à la nécrobiose des tissus, se remarque au contraire dans la forme pseudo-diphtérique, toxique, sans bacilles de

Löffler, comme dans les observations I, II, IV, V, VI, XV et XVI, le voile du palais est en partie détruit, comme dans l'observation XIII, dans un autre cas XI, ce sont les gencives qui sont ulcérées, saignantes, et les dents qui sont dénudées, tombent d'elles-mêmes.

Souvent on observe des complications, soit du côté des oreilles, otites moyennes suppurées, avec destruction plus ou moins complète du tympan et de l'oreille moyenne, comme dans les observations XIII et XV, soit du côté des conjonctives oculaires, soit enfin des abcès latéropharyngiens ou sous-maxillaires, des bubons scarlatineux, complications sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici, et qui se retrouvent dans d'autres formes de la maladie.

*Les troubles digestifs* accompagnent souvent ces cas de scarlatine angineuse maligne. Surtout dans les observations recueillies en 1895 et 1896 (obs. III, IV, I, II, V, VI, VII), nous notons les vomissements qu'il ne faut pas confondre avec les vomissements du début de la scarlatine qui sont très fréquents surtout chez les jeunes enfants, et ne comportent aucun pronostic grave ; mais si les vomissements, après avoir disparu, reparaissent le deuxième, troisième ou quatrième jour de la maladie, s'ils sont incessants, alimentaires et bilieux, et persistent pendant plusieurs jours, ils indiquent un degré d'infection avancé et sont d'un fâcheux pronostic, nous les trouvons mentionnés dans les observations I, III, IV, IX.

La respiration irrégulière comme dans les observations II, IV, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XV et XVI, le pouls petit et rapide, parfois irrégulier avec cyanose des extrémités et tendance au refroidissement, est

fréquemment signalé les derniers jours de la maladie, surtout lorsque la terminaison doit être fatale comme dans les observations I, II, IV, X, XII, XIV.

Quant au délire, surtout accusé pendant la nuit, accompagné d'agitation ou de coma (obs. III, XV), il a été noté dans presque toutes nos observations.

---

## CHAPITRE IV

### Marche. Terminaison.

La marche de la maladie est variable, suivant les cas, et nous devons le dire suivant les épidémies.

On pourrait même distinguer dans la forme angineuse toxique, deux subdivisions, la *forme rapide* qui tue en 4, 5, 6 jours, comme dans les observations I, II, III, IV, ou se termine assez rapidement par la guérison comme dans les observations V et VII. Et la *forme prolongée* que nous trouvons dans les observations X, XI, XII, XIV et XVI, dans laquelle les symptômes d'angine toxique n'ont apparu qu'au bout de six à huit jours.

Il arrive parfois, cependant, comme dans l'observation XVI, que la maladie présente dès le début un caractère de gravité considérable, s'accompagne de bonne heure d'une angine toxique, avec fausses membranes, et se termine fatalement, seulement après une durée assez longue.

Dans les 16 observations relatées, nous trouvons 10 cas mortels et 6 guérisons.

Dans les cas mortels, la mort a eu lieu :

Le 4 <sup>me</sup> jour dans	2 cas.	Le 11 <sup>e</sup> jour dans	1 cas.
» 5 <sup>e</sup>	» 1 »	» 13 <sup>e</sup>	» 1 »
» 6 <sup>e</sup>	» 2 »	» 14 <sup>e</sup>	» 1 »
» 7 <sup>e</sup>	» 1 »	» 20 <sup>e</sup>	» 1 »

---

## CHAPITRE V

### Recherches bactériologiques.

Dans ce chapitre, nous ne ferons pas l'historique des recherches bactériologiques du sujet qui nous occupe, historique qu'on trouvera admirablement bien décrit dans la thèse du Dr Bourges <sup>1</sup>.

Les examens bactériologiques qui ont été faits dans huit cas, soit par le professeur D'Espine, soit par M. Massol, ont fait découvrir dans tous les cas la présence de nombreux streptocoques associés dans un cas avec des staphylocoques.

Nous n'avons pas à dessein mentionné dans notre étude une observation recueillie à la Maison des Enfants malades, dans laquelle l'angine à streptocoques s'est compliquée de véritable diphtérie avec bacilles de Löffler et qui a entraîné la mort au bout de 25 jours. Etant donné que dans les huit examens pratiqués en 1895 et 1896, on a trouvé des streptocoques, il nous paraît très probable que les angines non examinées des huit cas antérieurs ont été aussi streptococciques.

---

<sup>1</sup> *Recherches bactériologiques sur les angines de la scarlatine*, Paris, 1891-92.

## CHAPITRE VI

### **Traitement.**

Comme nous venons de le voir d'après le pronostic, la forme de scarlatine maligne qui nous occupe est grave, le plus souvent mortelle, sans que les médications les plus actives employées jusqu'à aujourd'hui aient pu modifier avantageusement sa marche.

Cependant, une médication instituée dès le début peut dans quelques cas contribuer à soutenir le malade et lui permettre de faire les frais de la maladie et favoriser la guérison. Les cas de ce genre ne sont pas rares dans la littérature médicale. Trousseau et Hensch en citent des exemples, et parmi nos observations nous en trouvons quelques-unes intéressantes à ce point de vue, surtout les observations V, VII, XIII.

Bornons-nous à énumérer les traitements qui se sont montrés les plus efficaces, en nous souvenant que jusqu'à ce jour, nous ne connaissons aucun spécifique capable (comme le serum Roux-Behring, pour la diphtérie) de guérir cette redoutable complication.

### **Traitement prophylactique.**

Nous pensons que dans le cas où un malade atteint de scarlatine et d'angine pseudodiphtérique se trouve

en traitement dans la même salle que d'autres enfants atteints de scarlatine, il serait bon de l'isoler si possible ; sans en avoir la preuve absolument positive, nous sommes portés à croire que cette forme d'angine est contagieuse ; souvent on en rencontre plusieurs à la même époque et dans le même milieu.

Comme traitement local du nez et de la gorge, le D<sup>r</sup> Martin, avec beaucoup d'autres praticiens, emploient des irrigations fréquemment répétées avec une solution d'acide salicylique au 2/1000, recommandées par le professeur D'Espine pour l'angine diphtérique <sup>1</sup>.

S'il survient des accidents d'adynamie, lorsque le pouls est misérable et fréquent, que les extrémités se refroidissent, les toniques, l'alcool, le quinquina et surtout les injections d'éther et de caféine, sont souvent utiles pour relever les forces du malade.

Lorsque, par suite de l'angine et du développement exagéré des fausses membranes dans la gorge et le nez, il existe un certain degré d'asphyxie, les révulsifs, les bains sinapisés et les ventouses peuvent être de quelque utilité.

Enfin, lorsque la fièvre est intense et dépasse 39,5 ou 40 degrés, les bains tièdes et les enveloppements humides sont utiles pour combattre l'hyperthermie et le délire.

Rarement on aura l'occasion comme on le fait dans les formes graves, hyperthermiques proprement dites de la scarlatine, d'employer les bains froids répétés deux ou trois fois par jour. Après cette courte énumération des médications le plus fréquemment em-

<sup>1</sup> *Rev. Méd. de la Suisse rom.* 1889, n° 1.

ployées, il nous reste à dire un mot du traitement récemment préconisé par Marmoreck, par le sérum antistreptococcique.

Ce sérum a été employé dans cinq des observations que nous avons publiées et trois fois sans succès. Dans les deux observations où la guérison a eu lieu, l'injection de 10 cc. de sérum à deux reprises n'a pas déterminé un abaissement notable de la température, et a été suivi, malgré des précautions antiseptiques, d'abcès volumineux au niveau de l'injection.

Dans un seul cas (6<sup>e</sup> observ.), chez une fillette de 14 ans, deux injections de 10 cc., pratiquée à 48 heures de distance ont paru amener une légère détente dans les symptômes généraux. Dans une observation du D<sup>r</sup> D'Espine, nous trouvons mentionnées des rougeurs diffuses et une éruption érythémateuse, probablement due à l'injection de sérum. Dans l'observation V, du D<sup>r</sup> Martin, une éruption papuleuse, presque confluyente, ayant débuté par la face, puis gagnant le tronc et les membres, est survenue trois jours après l'injection. Sans pouvoir nous prononcer d'une façon définitive, d'après un nombre aussi restreint d'observations, nous pensons avec beaucoup d'auteurs récents que ce sérum n'a pas fait suffisamment ses preuves.

---

## CHAPITRE VII

### Conclusion.

Les conclusions que nous pouvons tirer de cette étude peuvent se résumer comme suit :

1° La scarlatine maligne peut se présenter sous une forme *pseudodiphthérique*, absolument distincte des complications diphthériques proprement dites de la maladie.

2° Cette forme est caractérisée par une angine à streptocoques, survenant soit dès le début de la scarlatine, soit dans le deuxième septénaire, elle s'accompagne d'un état général grave avec tendance au délire, à la cyanose et au refroidissement, elle se termine fréquemment par la mort, soit dès les premiers jours de la maladie, soit après une durée plus considérable ; dans ce dernier cas, l'angine s'accompagne fréquemment d'ulcérations ou de nécrose des tissus sous-jacents.

---

## CHAPITRE VIII

### Observations.

#### 1<sup>re</sup>. OBSERVATION.

M. L., âgé de cinq ans, entre le 10 avril 1896 à la Maison des Enfants malades. Né de parents bien portants il aurait perdu une sœur âgée de 6 mois, de méningite, lui-même a eu la coqueluche à deux ans, la rougeole à quatre ans et s'en est bien remis. Malade depuis le 9 au matin, il a présenté dès le premier jour une fièvre assez vive, des vomissements, un mal de gorge intense et une éruption confluyente.

Le 10, à son entrée, on constate une éruption très marquée de scarlatine, la langue est chargée, la gorge est gonflée, rouge, recouverte de points blancs, pas de jetage, l'examen bactériologique (Massol) fait découvrir l'existence de streptocoques, mais pas de Löffler, la température est de 39°5 le matin et 40°1 le soir.

Le 11 avril, angoisse, subdélirium pendant la nuit, l'éruption prend une teinte vineuse, la gorge est rouge, gonflée, il existe du jetage, les vomissements qui avaient cessé le deuxième jour ont reparu bilieux et alimentaires, temp. 39°1 le matin, 40° le soir.

Le 12, la langue commence à se dépouiller, agitation et délire presque toute la nuit, le visage est blême, le regard fixe, les vomissements persistent, l'éruption pâlit rapidement, temp. 40°1 le matin, 40°3 le soir, bain tiède.

Le 13, le délire et les vomissements persistent, le pouls est plus faible, un peu de refroidissement des extrémités; cris plaintifs et continus, grande faiblesse malgré les lavages répétés à l'acide salicylique, l'haleine prend une odeur infecte

gangréneuse, temp. 39°5 le matin, 39°7 le soir, bains, aspersions froides sur la tête.

Le 14, respiration fréquente et irrégulière, nuit agitée, délire, pouls 120 irrégulier; coma, le ventre est creux, l'enfant ne vomit plus depuis le 11 au soir. Injection de caféine, temp. 38°5 le matin, 38°7 le soir, le délire a persisté, les extrémités se sont refroidies; mort dans la nuit dans le coma le sixième jour après l'éruption.

### 2<sup>me</sup> OBSERVATION.

C. J. âgée de sept ans.

Cette enfant bien portante habituellement, tombe malade le 11 mai 1896. Céphalalgie, vomissement, éruption de scarlatine assez intense. Elle entre dans la journée du 12 mai à la Maison des Enfants malades, présentant une éruption scarlatineuse typique assez confluyente, une temp. de 39°5, une langue blanche au centre, rouge sur les bords, la gorge est rouge, légèrement gonflée, le soir 39°7.

Dans la journée du 13, sauf une légère augmentation de la fièvre, les symptômes restent les mêmes sans aggravation; temp. 39°8 le matin, 40°2 le soir, mais dans la nuit du 13 au 14, l'état général devient mauvais, délire, agitation, angoisse.

Le 14, l'éruption prend une teinte violacée, la respiration devient angineuse, la bouche fuligineuse, le pouls petit, dépressible et des fausses membranes grisâtres tapissent le fond de la gorge; la temp. est de 39°7 le matin, de 40° le soir.

Le 15 mai, l'agitation, le délire persistent, odeur fétide de l'haleine, pouls petit, irrégulier, cyanose des extrémités. Morte à 9 heures du soir, le 5<sup>me</sup> jour de l'éruption.

L'examen du contenu de la gorge fait le 13 mai a fait découvrir des *streptocoques* et pas de bacilles de Löffler.

### 3<sup>me</sup> OBSERVATION.

N. J., âgée de huit ans. Cette enfant nourrie au sein a eu la diphtérie à l'âge de quinze mois, depuis lors, elle est res-

tée maigre mais assez bien de santé, demeurant à Meillerie ; elle est arrivée à Genève le 25 juin 1895 et a été en contact avec son petit cousin atteint de scarlatine.

Le 30 au soir, elle a présenté de la fièvre, des vomissements.

Vue le 1<sup>er</sup> juillet par le D<sup>r</sup> Martin, elle présentait une éruption scarlatineuse bien marquée, la gorge était rouge sans plaques blanches, la fièvre vive, les ganglions sous-maxillaires engorgés.

Le 2 juillet, on constate que l'enfant a été agitée la nuit et que des vomissements verdâtres ont réapparus, les ganglions sous-maxillaires sont très engorgés, la langue est sèche. Plaques blanchâtres sur les amydales, odeur infecte de la bouche. L'enfant entre à 5 heures du soir à la Maison des Enfants malades, on lui fait de suite une injection de 10 cent. cubes de sérum Roux et des lotions dans la gorge à l'acide salicylique. On lui administre dans la soirée et la nuit 2 bains tièdes, malgré cela le délire persiste, temp. 40°5.

Le 3 juillet, matin 39°8, les vomissements diminuent un peu, quelques gouttes de cognac sont supportées. Plaques grisâtres sur les deux amydales, injection de caféïne. Pendant la journée, l'enfant est angoissée, nouvelle injection de sérum Roux ; l'après-midi il existe de l'abattement, le teint est plombé, des fausses membranes grisâtres remplissent le fond de la gorge. La nuit est très agitée, anxiété respiratoire, refroidissement des extrémités.

Morte à 6 heures du matin, le 4 juillet, soit le 4<sup>me</sup> jour de l'éruption. L'examen bactériologique des produits de la gorge le 2 juillet n'a révélé que des stéptocoques et des staphylocoques, pas de bacilles Löffler.

#### 4<sup>me</sup> OBSERVATION.

Léon R, âgé de cinq ans, entre le 11 décembre à la Maison des Enfants malades.

Malade depuis le 8, son affection a présenté de la gravité dès le début ; depuis deux jours il a des vomissements con-

tinuels, il est dans le délire; éruption violacée, vomissements, cyanose des extrémités, temp. 39°6.

Dans la nuit du 11 au 12, il ne cesse de délirer et d'être agité, la gorge est rouge et gonflée sans enduit blanchâtre, il existe un peu d'odeur de l'haleine, du ronflement, la respiration est angineuse, un peu de jetage, cyanose des extrémités, le pouls est petit, irrégulier, le malade a de la peine à avaler. Injection de 20 cent. cubes de sérum *anti-streptococcique* sans aucun résultat, le malade n'a pas uriné depuis 24 heures et meurt à 3 heures de l'après-midi dans le coma, soit le 4<sup>me</sup> jour après l'éruption.

Voici maintenant trois cas dans lesquels les symptômes ont présenté une gravité un peu moins considérable.

#### 5<sup>me</sup> OBSERVATION.

J. Louise, âgée de cinq ans demeurant rue de Neuchâtel 16, entre le 24 février à la Maison des Enfants malades. Malade depuis le 22, elle entre en pleine éruption avec une température de 40°6 le soir.

Le 25, on constate que l'éruption est confluyente, la langue dépouillée, respiration un peu angineuse, nez bouché. Pharynx rouge, gonflé, sans fausses membranes; injection salicylée; temp. 39°6 le matin et 40° le soir.

Le 26, temp. 39°2 le matin, la nuit a été mauvaise, gêne respiratoire, délire, cou gonflé, ganglions sous-maxillaires volumineux, l'éruption scarlatineuse s'accompagne de sudamina et a pris une teinte légèrement ecchymotique, 10 cent. cubes de sérum *anti-streptococcique* à 11 heures du maitn, le soir temp. 40°2, pouls 116 régulier.

Le 27 février, la nuit a encore été agitée, la gorge gonflée, respiration angineuse, jetage; 2<sup>me</sup> injection de sérum anti-tococcique, temp. 40° le matin, 40° le soir.

Le 28 février, 38°8 le matin, 39°4 le soir, l'état général est un peu meilleur, les ganglions ont un peu diminué.

Le 29 février, 38°8 le matin, 38°9 le soir, de nouveau sub-délirium, angoisse, assoupissement et diarrhée, injection de

15 cent. cubes de sérum anti-streptococcique, mais pas de vomissement.

Le 1<sup>er</sup> mars, temp. 40° le matin, 40°9 le soir, la diarrhée est arrêtée, le subdélirium persiste la nuit, l'état de la gorge est plutôt meilleur, encore un peu de jetage par le nez. Eruption morbilliforme légèrement papuleuse, presque confluyente, ayant débuté le 29 février par la face, puis ayant gagné le tronc et les membres, quelques ulcérations superficielles sur la langue et au milieu du voile du palais.

Le 2 mars, temp. 39°2 le matin, 39°2 le soir, l'éruption papuleuse persiste, état général meilleur.

Le 3 mars, l'éruption a presque complètement disparu, 37°8 le matin, 38° le soir.

Le 6 mars, abcès au niveau du point injecté.

Incisé le 7, il donne issue à 200 gr. de pus infect avec quelques débris de tissu cellulaire sphacélé.

Le 6 mars, la malade va bien, elle sort guérie le 4 avril.

#### 6<sup>me</sup> OBSERVATION.

B. B. âgée de quatorze ans, entre le 8 janvier 1896 à la Maison des Enfants malades ; bien portante habituellement. Sa maladie a débuté le 6 janvier par un frisson, de la fièvre et des vomissements.

Le 7, éruption scarlatineuse bien marquée avec état général grave (subdélirium) vue par le D<sup>r</sup> Maillart.

Le 8, éruption confluyente, ganglions cervicaux engorgés, gorge rouge, langue dépouillée, temp. 39°7.

Le 9, temp. 39° le matin, 39°8 le soir, un peu d'agitation et de subdélirium la nuit.

Le 10, temp. 39°6 le matin, 40°1 le soir, des vomissements bilieux et de la diarrhée apparaissant pendant la nuit, délire et rêvasseries, pouls régulier rapide.

Le 11 janvier, temp. 39°5 le matin, la gorge est rouge, gonflée avec quelques points blanchâtres sur les amygdales, pas de jetage, temp. 40° le soir.

Le 12 janvier, pouls faible un peu rapide, 116, injection

de 0,20 c. de caféine, temp. 38°5 le matin, 40° le soir, la nuit a été mauvaise, agitation, délire.

Le 13 janvier, temp. 38°1 le matin, 39°6 le soir, le pouls s'est relevé, l'état général meilleur, fuligo des lèvres et du nez, encore un peu de subdélirium la nuit, injection sous-cutanée au flanc de 10 cent. cubes de sérum anti-streptococcique.

Le 14 janvier, temp. 38°3 le matin, nuit encore un peu agitée, pouls meilleur, quelques râles dans les bronches, dans la nuit une injection de caféine et le matin une nouvelle injection de 9 cc. de sérum anti-streptococcique dans le flanc droit, temp. 38°7 le soir.

Le 15 janvier, nuit meilleure, pouls plus ferme, langue rouge enflammée, état général meilleur, temp. 38° le matin, 38°4 le soir.

Le 16 janvier, la fièvre tombe.

Le 22 janvier, il se forme un abcès au flanc droit, au niveau de la première piqûre.

Incisé le 24, il s'en écoule du pus épais, phlegmoneux, bien lié.

Le 30, bouffissure de la face, nouvelles poussées de fièvre, l'urine contient une grande quantité d'albumine.

Le 31 janvier, gonflement des ganglions sous-maxillaires droits, la fièvre persiste ainsi que l'albumine, temp. 38°7 le matin, 38°9 le soir.

Le 1<sup>er</sup> février, l'urine est rouge, peu abondante, il se produit de nouveau quelques vomissements de lait dans la journée.

Le 3 février, la fièvre tombe, environ 2 ‰ d'albumine.

Le 11 février, l'albumine a disparu, la malade sort guérie le 3 mars.

#### 7<sup>me</sup> OBSERVATION.

Léon Bapst, trois ans et demi, entré le 19 mai 1896 à la Maison des Enfants malades.

Diagnostic : *Scarlatine*.

Cet enfant est malade depuis le 17 mai, scarlatine depuis le lundi 18 mai.

Le 19, éruption peu accusée, température 39°8.

Le 20, rougeur et gonflement de la gorge, éruption très forte; langue se dépouille, un peu de dyspnée pulmonaire, légère submatité à la base gauche avec quelques râles; bains et maillot.

Le 21 (38°2), odeur fétide l'haleine; vomissements de lait, le matin et la nuit; agitation, cris, délire, pouls 128, irrégulier, respiration irrégulière, yeux excavés, teinte livide de l'éruption, pupilles dilatées, diarrhée. 2 injections de caféine.

Le 22, nuit meilleure, 38°1, l'éruption a repris le soir une couleur normale, pouls 108 régulier, la diarrhée a diminué, les vomissements sont arrêtés, l'odeur fétide de l'haleine a disparu, les ganglions sont peu volumineux; gorge encore rouge et gonflée.

Le 28, pas d'albuminurie.

Le 10, va bien.

#### 8<sup>me</sup> OBSERVATION.

S... J., âgée de 8 ans, entrée à la Maison des Enfants malades le 26 juin 1893. Sœur atteinte de la scarlatine, retournée à la maison il y a huit jours.

Mal de gorge et fièvre depuis le 23. Eruption depuis le 24.

Le 26 juin mal de gorge, gonflement, rougeur, langue en partie dépouillée à la pointe; ganglions peu volumineux. Temp. 39°6 le matin et 39°7 au soir. Gêne respiratoire (respiration angineuse); pus à l'arrière-gorge; jetage.

Le 27, nuit agitée, délire; fausses membranes blanc-jau-nâtre, jetage purulent et forte diarrhée. Temp. 38°9 et 38° soir.

Le 28, nuit très agitée; jetage considérable par le nez. Le liquide injecté sort par le nez. Le voile du palais est recouvert à la partie inférieure d'un enduit blanchâtre lardacé; haleine fétide. Temp. 39°6 matin et 39°4 soir. Traitement irrigations salicylées.

Le 29, nuit agitée; gorge toujours la même. Ganglions sous-maxillaires un peu volumineux. Pouls 150. Toujours

agitation la nuit. Eruption violacée. Temp. 39° matin et 39°5 soir.

Le 30, toujours en agitation, presque pas d'urine (pas de sommeil depuis le début de la maladie). Les liquides reviennent en partie par le nez. Toujours enduit lardacé sur le voile du palais, remontant sur la voute palatine. Un peu moins de jetage; éruption cuivrée. Pouls 120. Angoisse. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés.

Mort le 1<sup>er</sup> juillet, après 5 jours de maladie.

#### 9<sup>me</sup> OBSERVATION.

M... E., âgé de trois ans, entré à la Maison des Enfants malades pour un abcès de la hanche; le 16 avril 1891 contracte une scarlatine intense; l'éruption se montre le 23 au soir.

Dès le 24 elle est compliquée d'une angine pseudo-membraneuse d'un blanc éclatant existant sur la luette et les deux amygdales, les piliers et le pharynx.

Le 24, temp. 38°9 le matin, 39°5 le soir.

Le 25, temp. 38°9 le matin, 39°2 le soir; l'angine persiste.

Le 26, temp. 38°5 le matin, 39°7 le soir; l'éruption pâlit.

Le 27, temp. 39°3 le matin, 39°7 le soir; la gorge est tapissée de fausses membranes blanchâtres éclatantes; gonflement énorme, diffus de tout le cou. Respiration pénible, angineuse, la bouche est entr'ouverte.

Le 28, temp. 39°3 le matin, 40° le soir; gonflement énorme du cou, jetage séreux, diarrhée, vomissement, très peu d'urine rendue, délire d'actions, dyspnée. Mort à 8 heures du soir, le 6<sup>me</sup> jour de l'éruption.

#### 10<sup>me</sup> OBSERVATION.

E... D., entré le 28 juillet 1891 à la Maison des Enfants malade, atteint de scarlatine depuis 4 jours, compliquée dès le 1<sup>er</sup> jour d'angine intense.

Le 26 juillet, il existait déjà des fausses membranes dans

la gorge et un gonflement considérable des ganglions cervicaux.

Le 28 juillet, temp. 40°9, jetage, respiration angineuse.

Le 29, la nuit a été passable, gonflement des paupières et des conjonctives ; angoisses et gêne respiratoire, temp. 39°7 le matin, 40°7 le soir.

Le 30 juillet, temp. 40°3 le matin, 40°5 le soir.

Le 31 juillet, temp. 39°2 le matin, 40°3 le soir ; nuit mauvaise, délire, état général mauvais.

Le 1<sup>er</sup> août, temp. 39°7 le matin, 40° le soir ; la gorge se nettoie un peu, mais le jetage persiste.

Le 2 août, agitation, angoisse, subdélirium la nuit ; temp. 40°2 le matin, 40°3 le soir.

Le 3 août, mauvaise nuit, un peu de refroidissement des extrémités, tendance à la syncope ; temp. 39°4 le matin, 40°2 le soir ; injection de caféine.

Le 4 août, le pouls se relève un peu, 40° le matin, 40°1 le soir.

Le 5 août, temp. 39°8 le matin, 40°2 le soir ; nuit meilleure, mais le 5 au matin, angoisses, cris, pâleur et grincements de dents.

Le 6 août, excavation du volume d'une noisette en avant des piliers et de l'amygdale droite, recouverte d'un enduit grisâtre et sanieux, lèvres fuligineuses et saignantes ; temp. 39°5 le matin, 40°6 le soir.

Le 7, temp. 40°4 le matin, 40°6 le soir. Etat général mauvais.

Le 8, temp. 40°, l'excavation augmente et tend à se creuser derrière l'amygdale ; grincement de dents, odeur fétide de l'haleine, dyspnée, mort dans la journée.

#### 11<sup>me</sup> OBSERVATION.

N... P., âgée de 3 ans, atteint de fracture du fémur, suite de chute d'un premier étage, entre le 1<sup>er</sup> août 1891, à la Maison des Enfants malades ; contracte la scarlatine le 13 août. Eruption scarlatineuse et amygdalite pultacée dès le 2<sup>me</sup> jour, fièvre vive.

Le 14, temp. 39°6 le matin, 39°7 le soir.

Le 15, temp. 40°2 le matin, 41° le soir; angine intense fausses membranes épaisses; gorge gonflée, tuméfiée, saignante.

Le 16, 40°4 le matin, 40°9 le soir.

Le 17, 40°2 le matin, 40°1 le soir; les ganglions sont volumineux.

Le 18, 39°6 le matin, 39°5 le soir.

Le 19, 39°6 le matin, 40°6 le soir.

Le 20, 40° le matin, 40° le soir. Les ganglions diminuent la gorge est toujours tapissée de fausses membranes, odeur fétide de l'haleine, respiration angineuse, agitation, délire, gencives bleuâtres, saignantes. Une incisive est expulsée le soir.

Le 21, temp. 40°4 le matin, 40°3 le soir.

Le jetage diminue, la gorge se nettoie; 2 incisives tombent, le 22 août, temp. 39°3 le matin, 40°3 le soir.

Otite purulente, les 2 canines inférieures et une incisive inférieure tombent; les gencives sont déchiquetées, saignantes; le 23 août, temp. 39°1 le matin, 38°8 le soir.

Le 24 août, angine fétide, plaques blanches tapissant la gorge et s'avancant jusque sur la voûte palatine et la langue; temp. 39°7 le matin, 40°2 le soir.

Le 25 août, 40°4 le matin, 40° le soir; une molaire est encore tombée, il ne reste plus que deux dents.

Le 26 août, 40°2 le matin, 41°2 le soir; coma, délire; mort le 27 août, à 7 heures du matin; le 14<sup>me</sup> jour de la maladie.

#### 12<sup>me</sup> OBSERVATION.

Un garçon de deux ans entre le 10 avril à la Maison des Enfants malades, atteint de scarlatine depuis le 3 avril. Les complications diptéroïdes ont débuté le 8, soit le cinquième jour de la maladie. Nous constatons à son entrée que la luette, les amygdales, le voile du palais sont tapissés de fausses membranes d'un blanc éclatant, les ganglions sous-maxillaires sont volumineux, jetage, voix conservée, respi-

ration angineuse, teint plombé, état général mauvais, pouls petit, fréquent, temp. 40°4.

*Traitement.* — Perchlorure de fer à l'intérieur. Injections dans le nez et la bouche toutes les heures avec une solution d'acide salicylique au  $\frac{2}{1000}$ .

11 avril, gêne respiratoire pendant la nuit, pas de tirage, ganglions sous-maxillaires énormes; fétidité de l'haleine, jetage, angoisse, yeux rouges et gonflés. Temp. matin 40°, soir 39°7.

Le 12 avril, temp. mat. 39°8, soir 39°7, mêmes symptômes que la veille, gonflement considérable du cou.

Le 13 avril, temp. matin 39°, soir 39°5, les ganglions ont un peu diminué de volume, teint plombé, état général mauvais, pouls petit.

14 avril, temp. matin 39°6, soir 40°3, mauvais état général, respiration irrégulière, le nez est encombré de fausses membranes malgré les injections; grand abattement, pouls petit.

Le 15 avril, temp. 39°5. Nuit très mauvaise, angoisse, respiration angineuse, état comateux, mort dans la journée.

### 13<sup>me</sup> OBSERVATION.

*Revue Médicale de la Suisse Romande, 1891.*

Enf. B., six ans, frêle et délicate. Sa mère a perdu deux frères d'une maladie de poitrine. Une sœur de la malade est morte de méningite tuberculeuse. Elle même a été opérée il y a trois ans pour un polype du rectum avec large implantation.

Début de la scarlatine le 25 février; éruption confluyente.

Le 1<sup>er</sup> mars, soit le cinquième jour de la maladie, complications diphtéroïdes, fausses membranes d'un blanc éclatant sur la luette, les amygdales, le voile du palais.

Le 2 mars, gonflement considérable de l'isthme du gosier et des ganglions sous-maxillaires.

Le 3 mars, la voûte du palais, les fosses nasales sont garnies de fausses membranes, jetage, gêne respiratoire, asphyxie pharyngée, rien au larynx, Injections d'acide sali-

cylique au  $\frac{1}{2000}$  toutes les heures. Perchlorure de fer à l'intérieur.

Vers le 10 mars, les fausses membranes diminuent; la respiration est plus facile.

Le 15 mars, toux paralytique, dysphagie, rejet des liquides par le nez, accès de suffocation.

Le 17 mars, la gêne de la déglutition augmente; l'enfant ne peut plus boire à la tasse; il est nourri avec une petite cuillère et des lavements de peptone.

Le 20 mars, les deux membres inférieurs sont paralysés, le gauche complètement pendant dix jours, le droit incomplètement. Injection de sulfate de strychnine de 0,001, deux fois, puis trois fois par jour.

Les fausses membranes tapissant la gorge persistent jusqu'au 24 mars. On aperçoit ce jour-là une vaste ulcération des deux côtés du voile du palais, plus marquée à droite. Ces ulcérations ne sont entièrement cicatrisées que le 20 avril.

Vers le 2 avril, l'enfant commence à avaler plus facilement, lorsque surviennent de vives douleurs d'oreilles accompagnées de fièvre et suivies au bout de quelques jours, d'un écoulement abondant de pus fétide par les deux conduits auditifs.

Le 8 avril, les liquides avalés avec difficulté reviennent en partie par le nez et les oreilles. Une injection d'acide salicylique par les oreilles revient chargée de pus par le nez et la bouche.

Le 15 avril, écoulement abondant de pus d'une fétidité repoussante par les oreilles.

Le 20 avril, maigreur, faiblesse extrême; le liquide est avalé plus facilement et ne revient plus par les oreilles.

Au commencement de mai, le D<sup>r</sup> Colladon examine l'enfant. Surdité absolue, destruction complète des deux tympans, écoulement fétide abondant. Injection d'une solution phéniquée d'abord faible, puis plus concentrée. L'écoulement diminue.

Le 10 mai, apparition d'un gonflement douloureux au-dessus de l'apophyse mastoïde droite. Ce gonflement augmente peu à peu et s'accompagne de rougeur de la peau et fluctuation.

Le 20 mai. Ethérisation. Incision jusqu'à l'os dénudé et ablation avec une pince d'un séquestre du volume d'une noisette, qui n'adhère presque plus, même aux parties profondes du rocher. Pensement à la gaze iodoformée et à la l'ouate sublimée. Ecoulement très abondant de pus par l'oreille et par l'incision. Paralyse faciale du côté droit depuis l'opération; l'orticulaire est pris.

Le 25 mai, l'apophyse mastoïde gauche est gonflée à son tour.

Le 29 mai, l'extraction d'un séquestre encore plus volumineux que celui provenant du rocher du côté droit et qui adhérerait encore quelques peu aux parties profondes. Pensement tous les deux jours, iodoforme, injections sublimées.

Le 3 juin, la suppuration est moins abondante par les oreilles et les ouvertures du rocher.

Le 4 juin, léger écoulement purulent par le nez et gonflement de la racine du nez et du sac lacrymal, suivit peu après de suppuration et perforation du sac lacrymal.

Le 20 juin, les ouvertures des rochers sont presque entièrement cicatrisées; l'écoulement purulent diminue, de même que la paralysie faciale.

L'enfant est revu en septembre. Son état général s'est beaucoup amélioré; la suppuration du sac lacrymal est tarie depuis le milieu d'août. L'écoulement purulent des oreilles diminue. La surdité paraît un peu moins absolue.

#### 14<sup>me</sup> OBSERVATION.

Communiquée par le Dr D'Espine et le Dr Gœtz.

O... B., âgé de douze ans, issu d'un père tuberculeux, mort à l'âge de cinquante ans, et d'une mère névropathique, mais jouissant ordinairement d'une bonne santé. Un frère bien portant. Nourri au biberon et n'a jamais eu de maladie grave; rougeole à l'âge de huit ans, bien guéri. Tempérament lymphatique.

Le 8 janvier 1896 cet enfant, bien portant, tombe malade; je constate amygdalite intense, un gonflement des piliers et des amygdales, gêne de la déglutition, inappétence, fièvre.

Le lendemain éruption commençant par le cou et envahissant petit à petit tout le corps, éruption bien caractérisée et bien sortie, léger enduit pultacé sur les amygdales; traitement : gargarisme avec solution acide salicylique à 1<sup>00</sup>/<sub>00</sub>.

Le 12, albuminurie, précipité abondant par la chaleur et l'acide nitrique. La fièvre continue les soirs suivants; malgré cela l'état général paraît bon, et rien ne fait pressentir une aggravation. Le cœur et les poumons auscultés tous les jours ne présentent rien d'anormal. La fièvre persiste oscille entre 39° et 39°5, elle ne tomba pas malgré l'emploi de sulfate de quinine et de bains; l'éruption persiste et la desquamation commence.

Dans la nuit 18 au 19 une aggravation considérable se produit dans l'état du malade que j'avais quitté relativement bien la veille et qui ne se plaigait que d'une chose, d'être obligé de garder le lit. La gorge est guérie.

Le 19, au matin, 11<sup>me</sup> jour de la maladie, je trouve le jeune O... B. dans l'état suivant : Temp. axillaire 40°5, traits tirés, langue sèche, respiration fréquente; pouls très rapide, 140, petit, replié. Les battements du cœur sont faibles et très fréquents. Subdélirium; cependant l'enfant a encore toute sa conscience et répond très bien au question qu'on lui fait.

Traitement : bain, potion à l'acétate d'ammoniaque, éther et cognac. A une heure, tempér. 40°5, pouls très petit et très faible, fréquent presque incomptable. Injection au tiers moyen de la cuisse de dix centimètres cubes de sérum antistreptococcique. L'état s'est considérablement aggravé. Le malade repose inerte dans son lit sans connaissance. La bouche entr'ouverte, les lèvres sèches, les yeux à demi-ouverts, perte de la conscience.

Ces accidents ne sont nullement amendés, par l'injection du sérum; deux injections d'éther sont pratiquées dans l'après-midi. Sans que le malade sorte de son état, s'adynamie profondément et la mort survient à 5 heures sans agonie, au moment où l'on se préparait à pratiquer une seconde tition de sérum.

15<sup>me</sup> OBSERVATION.

Communiquée par M. le Dr Léon Revilliod (Clinique Médicale).

S... M., âgée de 21 ans, issue d'un père mort d'un cancer du larynx, après 5 ans de maladie. Mère morte en 1873 d'une attaque; deux frères bien portants et cinq sœurs bien portantes. Une sœur et un frère morts probablement de tuberculose. A 13 ou 14 ans a eu la rougeole et en 1890 une pneumonie qui a duré quatre semaines de laquelle elle s'est bien guérie.

Le 22 septembre 1892 elle se réveille avec mal au cou et une dysphagie. Le même jour un point blanc apparut sur la partie supérieure de l'amygdale gauche. Le soir le pharynx devient rouge, la langue blanche et la malade se plaint de céphalalgie. — Temp. 40° et 39° soir.

Le 24, l'éruption envahit tout le tronc et les membres. Temp. 40° le matin et 39°7 le soir. Langue chargée au milieu, se dépouillant aux bords. La dysphagie persiste très forte; Pharynx écarlate, sec; pas de traces de fausses membranes; amygdales non hypertrophiées; soif ardente. mais la malade ne peut pas boire. Pas d'anorexie, pas de nausées, ni vomissements. Voix très nasonnée, dort la bouche ouverte. Pas de dyspnée. Pouls égal régulier et plein.

Le 25, elle a dormi un peu, grande faiblesse et fièvre ardente. Temp. 40° et 39°1. La température baisse le soir.

Le 26. La température remonte de nouveau. Peau sèche, le cou commence à desquamer, ne dors pas, abattue et ne répond pas. La céphalée persiste; coryza séreux droit, pharynx stationnaire. Pas de fausses membranes. Pouls faible, respiration haute. Membranes blanc-jaunâtres sur les bords des parties extérieures des piliers. Narine gauche obstruée. Transpiration abondante et spontanée. Temp. 39°4 et 39°1.

Le 27, sommeil nul, céphalée; moins bien que hier soir. Temp. baisse. Coryza abondante. Vésicules au cou et les aisselles. Temp. 39°0. Le même jour, expulse de fausses membranes contenant beaucoup de streptocoques, mais point de Löffler. Agitation, douleur d'oreilles.

Le 28, la malade a un peu dormi. Oreilles moins douloureuses. Fuligo aux lèvres ; croûtes dans le nez. Nez bouché, coule moins. Enduit grisâtre sur les parties postérieures et les bords libres du voile du palais. Vésicules de desquamation partout. Temp. 38°5.

Le 29. Angoisse, adynamie, sopor. Coryza sec. Syncope à 9 h. du matin. Dans l'après-midi état général meilleur ; le nez ne coule plus, l'enfant mouche et crache des morceaux concrets de fuligo. Voix nasonnée. Plus de dysphagie. Gorge nettoyée. Plus de douleurs d'oreilles. Pas d'écoulement.

Le 30, a dormi peu. Tendance à la syncope, céphalalgie et desquamation sur tout le ventre. Epistaxis la nuit, la respiration haute et dyspnéique. Temp. 39°5.

Le 1<sup>er</sup> octobre. Nuit mauvaise et agitée. Temp. 39°. Paquets de fausses membranes rendues en crachant. Nez sec.

Le 2. Grandes fausses membranes de desquamation de l'arrière-pharynx. Ulcération stationnaire sur le pilier intérieur droit. Croûtes noirâtres dans la narine droite. A dormi presque toute la nuit. Oreille gauche coule. Temp. 39°1.

Le 3. Pouls bon, respiration un peu haletante. Photophobie et peu d'appétit. Les jours suivants tout va pour le mieux.

Le 22, encore un peu de fièvre mais le 5 novembre elle est partie pour la maison des diaconesses de Berne toute guérie.

#### 16<sup>me</sup> OBSERVATION.

Communiquée par MM. les D<sup>rs</sup> D'Espine et Ferrière.

Alice H..., âgée de deux ans et demi. Belle enfant, très robuste. Samedi 7 mars 1896 début brusque à 11 h. du matin par de l'abattement et de la fièvre.

Nuit agitée le 8 mars. Le D<sup>r</sup> Ferrière constate le soir une forte fièvre 40° et une éruption généralisée à tout le corps, d'une coloration modérée, apparue au dire des parents déjà

le 7 mars au soir. Rougeur marquée du pharynx et des piliers, sans gonflement et sans dysphagie marquée.

Le 9 mars, nuit agitée, temp. élevée 40°5, puis 40°8, puis 40°2. Abattement, soif.

L'exanthème scarlatineux est très coloré et général.

Pas de fausses membranes dans le pharynx. Un peu plus de gonflement que la veille. Journée meilleure. L'enfant s'assied dans son lit par moments et cause un peu. Temp. 39°5 et 40°. Traitement : lavages toutes heures avec de l'eau chambrée.

Le 10, nuit mauvaise, plaintes, agitation. Temp. prise vers 2 heures du matin 40°5. Erythème toujours très foncé. Les piliers postérieurs du voile du palais sont recouverts d'un léger enduit grisâtre, et qui ne présente pas le caractère des fausses membranes. Bains réfrigérants, lavages fréquents, compresses de Priessnitz autour du cou.

Le 11, nuit agitée, moins que les précédentes. Temp. environ 41°2. Erythème scarlatineux, toujours très intense, violacée. Pas de fausses membranes de la gorge, ni de gonflement marqué des ganglions sous-maxillaires. La température dans la journée, ne descend pas au-dessous de 39°5 dans le rectum. Bains et lavages.

Le 12, temp. élevée, oscille entre 39°5 et 41°. L'érythème scarlatineux est plus accentué que la veille sur le ventre et le dos. Le soir, légères fausses membranes grisâtres, minces, principalement sur le pharynx. Gonflement marqué des ganglions sous-maxillaires. Grand abattement ; respiration rapide et courte. Pouls moins fort. Peu d'urine et pas d'albumine.

Le 13, fausses membranes nettes, blanches, peu étendues et peu épaisses. Gonflement plus accentué de la muqueuse. L'érythème scarlatineux est toujours intense. Etat sub-typhoïdique. Température oscille entre 39°5 et 40°5, malgré des lavages généraux faits toutes les 1/2 heures, des maillots et un lavement de quinine. Le soir les températures restent élevées. Une seule fois à 11 h. du matin après un maillot, la tempér. tomba à 39°1.

Le 14, consultation avec le Dr D'Espine. Les tubes ensemençés avec les fausses-membranes de la gorge et exami-

nés par M. Massol ne contiennent que des cultures de streptocoques; il n'y a pas de Löffler. La temp. à 8 h. 39°5; à 11 h. 39°2; à 4 h. 40°; à 8 h. soir 40°5, malgré 4 bains tièdes et des lavages généraux fréquents. Consultation avec le D<sup>r</sup> D'Espine. On décide de faire une injection de sérum Marmorek de l'Institut Pasteur (10 c. c. envoyés par M. Massol) faite à 10 heures du soir.

Le 15. Aucune modification locale dans la quantité des fausses membranes. Haleine fétide. La fétidité n'est diminuée que par les lavages fréquents salicylés de la gorge et du nez, ramenant des paquets des fausses membranes. Aucune modification dans la température qui oscille entre 39°2 et 40°5.

Seconde injection de 10 c. c. du sérum Marmorek, le soir, à 9 h. 30.

Le 16 mars, même état, prostration, rougeurs diffuses ne tenant plus à la scarlatine et attribuées à l'injection du sérum; un peu de cyanose des lèvres et des joues; continuation des lavages et des bains. L'enfant a toujours une forte fièvre qui oscille entre 39°1 et 40°6, respiration difficile sans vrai tirage laryngé.

Le matin à 9 heures, troisième injection de sérum Marmorek, continuation de la fièvre, dont la moyenne de la journée est de 38°95.

Le 17 mars, même état local, fausses membranes de la gorge, jetage des narines, fétidité, paquets de fausses membranes rejetés par le nez après lavage, même fièvre, moyenne 39°65.

Le 18 mars, idem, moyenne 39°31.

Le 19 mars à 4 heures du soir, 4<sup>me</sup> injection de 10 c<sup>3</sup> de sérum Marmorek. Un nouvel examen des fausses membranes démontre qu'il n'y a pas de Löffler et qu'il s'agit d'une angine à streptocoques, pas d'effet sur la température, température moyenne 39°4.

Le 20 mars, continuation des draps mouillés, des lavages généraux et du nettoyage de la gorge et du nez; température un peu moins élevée, moyenne 38°1, mais état général mauvais. L'enfant se plaint beaucoup, paraît très angoissée, moins présente.

Le pouls est toujours très fréquent, de 140 à 150 pulsations, le fond de la gorge est tapissé de fausses membranes, dont une partie peuvent se détacher. On fait sortir des paquets de fausses membranes par l'injection nasale, l'engorgement ganglionnaire très marqué au début à presque disparu.

Il n'y a aucune réaction locale au niveau des injections, mais on constate au cou un érythème disséminé d'un rouge foncé, probablement dû au sérum. En même temps, sur la face antérieure des jambes, des groupes de vésicules.

Le 21 mars, même état, température moyenne 38°9.

Le 22 mars, continuation des lavages, quinine en lavement, temp. 39°. Les vésicules sur le devant de la jambe se sont ulcérées et forment de petits points purulents. Etat général mauvais, prostration, voix éteinte, pas de croup, continuation de l'haleine fétide, du jetage et des fausses membranes.

Le 23 mars, temp. moyenne 38°5, la fièvre augmente.

Le 24 mars (18<sup>me</sup> jour de la maladie), température moyenne 38°8.

Le 25 mars, temp. moyenne 38°2, injection de caféine, camphre, cognac, oxygène.

Mort dans la nuit du 25 au 26 mars, à 3 heures du matin. Mort paisible après trois inspirations profondes, espacées, le 20<sup>me</sup> jour de la maladie.

L'urine examinée a surtout, après les injections de sérum, été presque toujours exempte d'albumine, à part un ou deux examens qui ont démontré des traces passagères.

Le pharynx, vers la fin, était moins couvert de fausses membranes; il n'y a jamais eu d'ulcérations ou de gangrène. Le jetage du nez avait aussi beaucoup diminué vers la fin. Les ganglions du cou, engorgés au début, ont diminué plus tard. L'enfant a succombé à l'infection générale. Les symptômes nerveux à part la prostration ont été peu accusés.

---

*La Faculté de Médecine autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.*

*Le Doyen de la Faculté,*

**G. JULLIARD.**

Genève, le 29 juin 1896.

## RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

N°	Nom et âge.	Eruption.	Fièvre.	Etat de la gorge.	Etat digestif.	Etat général.	Examen bactériologique.	Traitement.	Durée et terminaison.
1.	M. L., 5 ans. Enfants Malades.	Dès le 1 <sup>er</sup> jour et confluente.	Vive dès le 1 <sup>er</sup> jour.	Enduit blanchâtre dès le 2 <sup>me</sup> jour fétidité dès le 4 <sup>me</sup> avec jetage.	Vomissements persistants.	Délire et refroidissement des extrémités.	Streptocoques.	Lavages à eau salicylée, injection de caféine.	Morte le 6 <sup>me</sup> jour de la maladie.
2.	C. J., 7 ans. Enfants Malades.	Le 2 <sup>me</sup> jour et confluente.	Vive.	Fausses membranes grisâtres dès le 4 <sup>me</sup> jour. Fétidité de l'haleine.	—	Délire et cyanoses.	Streptocoques.	Lavages à eau salicylée.	Morte le 5 <sup>me</sup> jour.
3.	N. J., 8 ans. Enfants Malades.	Le 4 <sup>me</sup> jour et confluente.	Vive.	Plaques blanches le 4 <sup>me</sup> jour. Fétidité de l'haleine.	Vomissements.	Abattement, teint plombé, refroidissement, cyanose.	Streptocoques.	Lavage de la gorge à l'eau salicylée, bains tièdes, injections de caféine. 2 inject. serum Roux.	Morte le 4 <sup>me</sup> jour.
4.	L. R., 5 ans. Enfants Malades.	Dès le 2 <sup>me</sup> jour violacée.	Vive.	Fétidité de l'haleine, respiration angineuse et jetage.	Vomissements continuels dès le 2 <sup>me</sup> jour.	Délire dès le 2 <sup>me</sup> jour, et cyanose des extrémités.	Streptocoques.	Injection de caféine, une de Marmoreck.	Morte le 4 <sup>me</sup> jour.
5.	J. L., 5 ans. Enfants Malades.	Dès le 2 <sup>me</sup> jour, confluente, echymot. sudamina.	Vive.	Fausses membranes peu épaisses, ulcération du voile du palais.	Vomissements et diarrhée.	Délire les 5 <sup>me</sup> , 6 <sup>me</sup> , 7 <sup>me</sup> et 8 <sup>me</sup> jour.	Streptocoques.	3 injections de Marmoreck.	Guérison
6.	B. B., 14 ans. Enfants Malades.	Le 2 <sup>me</sup> jour et confluente.	Vive.	Enduit peu abondant de la gorge le 5 <sup>me</sup> et le 6 <sup>me</sup> jour, pas de jetage.	Vomissements et diarrhée.	Subdélirium dès le 3 <sup>me</sup> jour.	Streptocoques.	2 injections de Marmoreck. et une de caféine.	Guérison.
7.	L. B., 3 1/2 ans. Enfants Malades.	Le 2 <sup>me</sup> jour, de moyenne intensité.	Modérée.	Léger enduit pultacé de la gorge. Haleine fétide.	Vomissements.	Délire le 4 <sup>me</sup> et le 5 <sup>me</sup> jour.	—	Bains tièdes et des maillots.	Guérison.
8.	I. J., 8 ans. Enfants Malades.	Le 2 <sup>me</sup> jour et confluente.	Vive.	Fausses membranes dès le 4 <sup>me</sup> jour. Respiration angineuse.	Vomissements et diarrhée.	Délire dès le 4 <sup>me</sup> jour, persistant jusqu'à la mort.	—	Lavages de la gorge à l'eau salicylée.	Mort le 7 <sup>me</sup> jour.
9.	M. E., 3 ans. Enfants Malades.	Intense.	Vive.	Fausses membranes blanchâtres dès le 2 <sup>me</sup> jour. Respiration angineuse, jetage et haleine fétide.	Diarrhée et vomissements.	Délire dès le 4 <sup>me</sup> jour.	—	—	Mort le 6 <sup>me</sup> jour.
10.	E. D. Enfants Malades.	—	Vive.	Fausses membranes dès le 2 <sup>me</sup> jour. Respiration angineuse. Ulcération de l'amygdale droit, fétidité de l'haleine, jetage.	—	Délire dès le 4 <sup>me</sup> jour. Refroidissement des extrémités.	—	Injection de caféine.	Mort le 12 <sup>me</sup> jour.
11.	N. P., 3 ans.	Normale.	Vive.	Fausses membranes dès le 2 <sup>me</sup> jour, fétidité de l'haleine. Respiration angineuse. Géngivite expulsive.	—	Délire dès le 13 <sup>me</sup> jour.	—	—	Mort le 14 <sup>me</sup> jour.
12.	X., 2 ans. Enfants Malades.	—	Vive.	Fausses membranes dès le 5 <sup>me</sup> jour. Respiration angineuse, jetage. Fétidité de l'haleine.	—	Délire dès le 6 <sup>me</sup> jour. Teint plombé.	—	Perchlorure de fer à l'intérieur. Lavage du nez, de la bouche, à eau salicylée.	Mort le 13 <sup>me</sup> jour.
13.	B., 6 ans. D <sup>r</sup> Martin.	Confluente, sudamina.	Vive.	Complications diphthéroïdes le 5 <sup>me</sup> jour, jetage. Respiration angineuse, ulcération du voile vers le 20 <sup>me</sup> jour.	Vomissements et diarrhée.	Paralyse du voile et des membres inférieurs.	—	Perchlorure de fer à l'intérieur. Lavage du nez, de la bouche, à eau salicylée.	Guérison.
14.	O. B., 12 ans. D <sup>rs</sup> Gœtz et D'Espine.	Normale.	Vive.	Léger enduit pultacé sur les amygdales.	Gêne de la déglutition.	Subdélirium.	—	Gargarisme avec eau salicylée, sulfure de quinine. Bains tièdes. Une injection Marmoreck. Deux d'éther.	Mort le 11 <sup>me</sup> jour.
15.	J. M., 21 ans. D <sup>r</sup> Revilliod.	Discrète.	Vive.	Fausses membranes sur les piliers le 4 <sup>me</sup> jour. Ulcération du pilier droit, jetage.	—	Angoisse, adynamie sopore, syncope.	Streptocoques.	Lavages de la bouche et du nez à eau salicylée.	Guérison.
16.	A. H., 2 ans. D <sup>rs</sup> D'Espine et Ferrier.	Normale.	Vive dès le 2 <sup>me</sup> jour.	Légères fausses mem- branes le 4 <sup>me</sup> jour. Haleine fétide. Respiration difficile, jetage.	—	Agitation, prostration, cyanose des joues.	Streptocoques.	Lavages du corps à eau, chambrée. Bains réfri- gérants, maillots. La- vages de la gorge et du nez à eau salicylée. 4 inject. Marmoreck, 1 de caféine, camphre, cognac et inhalat. d'O.	Mort le 20 <sup>me</sup> jour.