

Progrès des Sciences Médicales

DURÉE DE LA CONTAGIOSITÉ DE LA SCARLATINE

MM. Charles Lesieur, agrégé de Lyon, et Baur, médecin aide-major, étudient dans les *Annales d'hygiène* (mars) dans quelles conditions se fait surtout la contagion de la scarlatine.

On a longtemps cru que la scarlatine n'était contagieuse qu'à la période de desquamation, mais on sait maintenant qu'elle est contagieuse non seulement à la période d'éruption, mais même auparavant.

Vogl, médecin militaire bavarois, conclut, de l'étude de deux épidémies observées dans des casernes de Munich, à la transmission par contact direct de trois à cinq jours avant l'apparition des premiers symptômes. Le médecin principal Boisson cite 6 cas redevables d'une contamination à la période d'invasion, sur 15 cas observés à l'École du service de santé militaire.

Le point de départ du contact paraît être bucco-pharyngé.

"Le germe de la scarlatine, dit le professeur Vincent, réside essentiellement dans les sécrétions bucco-pharyngées, la salive, le mucus nasal, laryngé, trachéal et bronchique (Stickler). Le malade souille ses effets, sa literie, les murs, les planchers, ainsi que l'air lui-même par les particules salivaires et muqueuses qu'il expulse dans l'acte de parler, de tousser, de cracher, d'éternuer. Le ptyalisme exagéré entretenu par la dysphagie et l'angine favorise beaucoup la dispersion".

Cette localisation buccale de la cause pathogène explique et justifie les observations, très nombreuses maintenant, de contamination à la période pré-éruptive. C'est donc dès son début que la maladie est transmissible; mais combien de temps va-t-elle conserver ce pouvoir virulent?

Quand il s'agit de scarlatine déclarée, deux questions se posent; en effet combien de temps dure la période de contagiosité et par quel mécanisme s'effectue-t-elle?

Pour ce qui est de la durée de la contagiosité, le maximum de contagiosité, dit le professeur Vincent, se présente au début de la maladie, quand apparaissent l'angine et la fièvre, avant l'exanthème. La contagion continue pendant la phase éruptive. Enfin il n'est pas douteux que la maladie puisse être communiquée pendant la convalescence et à la période de desquamation. Le virus scarlatineux, dont la nature est encore inconnue, est en effet tenace et adhère aux vêtements, aux cheveux, à la barbe, aux vêtements des malades."

La contagion à longue échéance n'est pas douteuse. Neech signale un cas de contagion trois mois après l'éruption; et Sohanessen, vingt ans après, Fiessinger (1892) croit à la contagion à longue échéance. On a cité des cas de contagion après trois mois, 42 jours, cinquante jours, etc.

Quant au mécanisme de cette contagion, il ne semble

pas que les squames soient virulentes par elles-mêmes, mais elles servent probablement de véhicule au contact existant dans les sécrétions buccales. Pour ce qui est enfin des anomalies considérables que l'on voit, elles tiennent surtout à l'existence des cas frustes, dans lesquels l'éruption n'est pas reconnue.

* * *

ALBUMINURIES D'ORIGINE GÉNITALE.

On a décrit bon nombre de formes d'albuminuries légères et passagères comme l'albuminurie fonctionnelle, l'albuminurie physiologique, l'albuminurie orthostatique, l'albuminurie cyclique, etc., mais à côté de ces albuminuries, dont la nature d'ailleurs reste souvent encore assez obscure, MM. LeFur, et Besson pensent qu'il faut faire une place importante à certaines *albuminuries d'origine génitale*, prostatique ou séminale, qu'ils étudient très complètement dans un article de la *Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires de Lille* (no 33). Ce travail montre, en résumé, qu'il existe une catégorie assez nombreuse d'albuminuries d'origine génitale (*prostatique ou séminale*), dues à des lésions ou des troubles de la prostate et des vésicules séminales, que l'on confond presque toujours avec certaines albuminuries d'origine rénale (*orthostatiques, physiologiques, fonctionnelles, intermittentes, cycliques, nerveuses, pré-tuberculeuses, digestives, phosphaturiques, oxaluriques, etc.*)

Le diagnostic d'origine en est d'ailleurs parfois fort difficile à établir: il reposera beaucoup plus sur l'examen microscopique (présence de spermatozoïdes, de cellules prostatiques et corpuscules amyloïdes, parfois de leucocytes, absence de cylindres rénaux) que sur l'examen chimique de l'urine ordinairement impuissant à établir d'une façon précise l'origine de l'albumine.

Le seul moyen vraiment certain consiste à recueillir l'urine dans la vessie bien lavée ou mieux encore par *cathétérisme des uretères*; on ne trouve alors aucune trace d'albumine tandis que les urines émises spontanément ou recueillies par massage de la prostate ou des vésicules, ou encore après défécation en renferment d'une façon absolument indubitable: les quantités d'albumine observées sont d'ailleurs ordinairement minimes et varient de 0 gr. 10 à 1 gr.

L'on conçoit combien ces erreurs peuvent avoir d'importance au point de vue du pronostic (choix d'une carrière, admission aux écoles ou au service militaire, assurances sur la vie) et surtout au point de vue du traitement.

Tandis, en effet, que les albuminuries d'origine rénale nécessitent toujours une surveillance attentive et souvent le régime lacté, les albuminuries d'origine génitale, qui surviennent ordinairement chez les jeunes gens arrivés à la