

morbide, léger mais réel, avait eu lieu dans le tissu cutané (Walch, Fauchier, Graves, Carrière); 5° que, dans quelques autres cas, on a remarqué soit une rougeur passagère (Guillemaut), soit un picotement à la peau (Tyler); 6° qu'on a vu, à la fin de la maladie, l'urine devenir albumineuse (Carrière); 7° enfin que plusieurs de ces malades qui n'avaient pas eu les apparences extérieures de la scarlatine, ont cependant communiqué cette affection avec éruption à des individus avec lesquels ils avaient été en contact (Graves, Carrière, Gérardin).

Pour ajouter à la certitude, il aurait fallu savoir si les personnes atteintes par cette scarlatine incomplète n'avaient pas eu déjà cette maladie, ou si elles étaient devenues incapables de la contracter. Plusieurs des observateurs que j'ai cités assurent que la plupart des individus chez lesquels la scarlatine s'est produite sans éruption étaient adultes; ce qui pourrait donner lieu de supposer qu'il ne s'agissait pour certains que d'une récurrence.

**6. — Variétés relatives à l'angine.** — L'angine existe quelquefois à peine, ou elle fatigue si peu les malades, qu'ils ne s'en aperçoivent pas. On a admis une scarlatine sans angine.

Il peut n'exister qu'une rougeur vive sans tuméfaction des amygdales. Plus souvent ces organes sont tuméfiés.

Dans les cas plus graves, les parois du pharynx sont tapissées par la matière pultacée, caséiforme, précédemment indiquée. C'est ce degré qui a motivé la dénomination de *scarlatine angineuse*.

Elle devient aphteuse, ulcéreuse, gangreneuse, avec otorrhée, coryza, abcès, lorsque la phlegmasie est encore plus intense ou plus étendue. De là des formes diverses.

### I. — Complications de la scarlatine.

De nombreuses complications viennent modifier l'aspect ou aggraver le danger de la scarlatine.

1° La maladie exanthématique avec laquelle elle a le plus de rapport est la *rougeole*. Ces deux maladies peuvent se succéder, comme le Dr Roser en a donné des exemples (1); mais d'autres fois elles se combinent et forment un exanthème mixte, que je décrirai sous le nom de *rubéole*.

2° La scarlatine s'est rencontrée avec la *variole*. Celle-ci peut lui succéder, comme cela eut lieu à Paris en 1769 et 1770. Desessartz observait dans le quartier de Picpus cette succession, qui avait lieu à peu de jours d'intervalle; ou bien ces maladies marchaient ensemble (2). Vieusseux a vu la scarlatine se développer au moment où s'opérait la dessiccation des pustules varioliques; elle fut très-grave et même mortelle (3). Si le purpura se joint à ces deux exanthèmes, le danger est plus grand. On en trouve un exemple dans l'exposition des faits fournis en 1834 par le service de Baudelocque (4); l'enfant mourut le cinquième jour. Un fait presque en tout semblable a été publié par M. Sparadafora; la mort eut lieu le dixième jour (5). M. Marson, chirurgien de l'hôpital des varioleux, a vu sept fois en onze ans la scarlatine venir se joindre à la variole, mais un seul malade mourut (6). M. Gregory, médecin de la même maison, a vu et mentionné cette coïncidence (7), qui a été observée par M. Barnes (8).

3° Dans quelques épidémies, le caractère inflammatoire était très-prononcé; on pouvait supposer qu'un état phlegmasique s'était emparé des surfaces internes, ainsi qu'il avait envahi toute l'enveloppe cutanée. L'hypersthénie paraissait évidente. On eût dit la synoque unie à la scarlatine.

4° D'autres fois une disposition générale opposée avait lieu. L'*hyposthénie*, l'*altération du sang*, étaient mises hors de doute

(1) *Med. Correspond.* (Union méd., 1855, p. 200.)

(2) *Ancien Journal*, t. XLIX, p. 533.

(3) *Journal général*, t. VI, p. 417.

(4) *Constant; Gaz. méd.*, t. II, p. 312.

(5) *Ibid.*, 1837, p. 234.

(6) *Med.-chir. Trans.*, t. XIX, 1847. — et *Archives*, 4<sup>e</sup> série, t. XVI, p. 56.

(7) P. 91, 344, 345.

(8) *Medical Times*, t. XII, p. 371.

par la connaissance des conditions hygiéniques antérieures, par l'aspect de l'éruption, par les taches pétéchiales dont elle était parsemée, par sa tendance à la gangrène, par la petitesse du pouls, par le mauvais effet des débilissants.

Les exemples de complication du *purpura* avec la scarlatine sont assez nombreux. Très-souvent la mort a terminé rapidement cette maladie (1).

Quelquefois l'altération du sang est plus apparente que réelle; la congestion augmente la tendance à la stase et donne à la peau une teinte livide.

Dans le cas suivant, il y avait stase et tendance à l'infiltration sanguine. On eut recours aux émissions sanguines d'abord, aux toniques ensuite.

II<sup>e</sup> Obs. — Louis D..., âgé de dix-neuf ans, de Chartres, charron, d'une constitution forte et d'un tempérament sanguin, ayant eu à plusieurs reprises des fièvres tierces, éprouve, le 5 août 1855 et les jours suivants, de la fièvre accompagnée de douleurs contusives dans les membres inférieurs, de mal de gorge augmentant par la déglutition, et d'apparition sur les avant-bras et sur le tronc de petits points rouges qui en se réunissant constituent de larges taches vivement colorées.

8 août. Le malade entre à la clinique interne: pouls large, plein, régulier, fréquent (100); peau chaude, moite, pommettes colorées, céphalalgie, rougeur des piliers et du voile du palais; déglutition difficile; rougeur étendue sur les membres supérieurs avec teinte un peu violacée; commencement de desquamation lamelleuse sur les avant-bras. A la partie inférieure du cou et supérieure du thorax, petites plaques d'un rouge livide, irrégulières, disparaissant à la pression du doigt. Sur le reste du tronc, teinte uniforme couleur lie de vin, diminuant sans disparaître entièrement sous le doigt. Cette teinte livide est plus prononcée sur le dos et sur la région sacrée. Le membre inférieur gauche présente une rougeur bleuâtre. Sur le droit, larges plaques séparées par des intervalles de peau moins rouge. A la partie supérieure et externe de la cuisse, les plaques sont petites, irrégulières; quelques-unes sont surmontées d'une papule livide, entourée d'un petit cercle d'un rouge lie de vin; engorgement œdémateux des extrémités

(1) Storck; *Annus med.*, II. — Leroux; *Cours de Méd.*, t. I, p. 195. — wendelstadt; *Biblioth. méd.*, t. XXV, p. 105. — Armstrong, p. 93. — Weber; *Clinique des Hôpit.*, 1829, t. V, p. 143. — Clinique de Chomel; *Gaz. des Hôpit.*, t. XI, p. 54. Etc.

inférieures; langue rouge, humide; épigastre indolore; selles normales. (Gargarisme avec l'eau d'orge et le lait; tisane d'orge; quinze sangsues à l'anus.)

9. Moins de céphalalgie; la lividité de l'éruption a diminué.

10. L'éruption a gagné la face, qui est d'un rouge vif et un peu tuméfiée; pharyngite inter se. (Gargarisme avec le borate de soude; cauterisation gutturale avec le nitrate d'argent.)

11. Pouls 96; face rouge et très-tuméfiée; céphalalgie.

12. Délire pendant la nuit; face moins tuméfiée et moins rouge; commencement de desquamation sur toute la surface du corps. (Potion avec extrait mou de quinquina, 2<sup>gr</sup>,0; et muse, 0<sup>gr</sup>,25.)

13. Pouls 80; un peu de délire. (Même traitement.)

14, 15, 16. Continuation de la desquamation, diminution de la fièvre.

Du 17 au 28, disparition successive des divers symptômes.

5<sup>o</sup> Dans un grand nombre d'épidémies, l'état *ataxique* était rendu évident par le délire, les soubresauts de tendons, le hoquet, les spasmes, la jactitation, le coma, et par l'issue fatale et souvent inattendue de la maladie (1).

La scarlatine peut offrir dès son début, malgré des prodromes très-ordinaires, une extrême et rapide gravité. Le cas suivant, dans lequel la scarlatine n'avait été précédée que de deux accès fébriles, a offert des indices d'altération du sang et d'une lésion profonde de l'innervation.

III<sup>e</sup> Obs. — Jean B..., âgé de vingt-deux ans, né à Ajas (Basses-Pyrénées), domestique, d'un tempérament sanguin, atteint quinze jours auparavant d'inflammation du pharynx et du voile du palais, éprouve, le 2 juillet 1844, un accès de fièvre qui se reproduit le 4 accompagné de céphalalgie, d'inappétence, de soif, de nausées.

Le 6, ce malade entre à la clinique interne. Le matin, il a la peau naturelle, le pouls normal; la langue est un peu saburrale, l'abdomen est indolent. Pas de développement de la rate, ni toux ni douleurs thoraciques. Le soir, à six heures, accès de fièvre.

7. Apyrexie, nausées et fréquents vomissements de matières bilieuses sans douleurs épigastriques. (Sulfate de quinine, 0<sup>gr</sup> 80.)

8. Insomnie toute la nuit; sentiment de brisure dans tous les mem-

(1) Sims; *Med. Mem.*, t. V, p. 422. — Carron, p. 354. — Richelmi, p. 226. — Kletten, épid. de Poméranie, en automne 1801. — Épid. de Nesele (Poméranie), en 1819, par Letellier; Thèses de Paris, 1820, n<sup>o</sup> 98, p. 33. — Berndt, à Gripswald, p. 383. — Moeller, à Königsberg, 1844. — Most; *Journal de Bruxelles*, 1843, p. 225. — Cathcart de Dublin; *Dublin med. Press*, 1850, July, p. 3.

bres; céphalalgie intense; éruption, sur toute la surface de la peau, de petites taches d'un rouge vermeil extrêmement rapprochées; cuisson aux yeux; conjonctives injectées; soif, langue couverte d'un enduit pâle; herpès labial, rougeur du pharynx, tuméfaction de l'amygdale droite, douleur sous-sternale; abdomen douloureux, tendu, météorisé; constipation. (Quatre ventouses scarifiées sur la région sternale; deux sur l'épigastre; sinapismes aux pieds; tisane de guimauve; lavements émollients.)

Le soir, la peau est très-rouge; le pouls est plein, fréquent; les ventouses ont fourni assez de sang.

9. Pendant la nuit, délire violent. Le matin, de bonne heure, agitation, pouls petit, fréquent; teinte violacée de toute la peau; agitation. A 8 heures, mort.

Nécropsie le 40 juillet 1844.

*Habitude extérieure.* — Couleur livide de la peau, depuis la face jusqu'à la moitié des membres inférieurs. Les parois abdominales ont une teinte verte annonçant une putréfaction avancée, qui n'existe pas. L'épiderme se détache en tous points, excepté à la moitié inférieure des jambes, avec une extrême facilité. L'odeur cadavérique du sujet est cependant à peine sensible. En détachant l'épiderme du cuir chevelu, les cheveux suivent avec lui. Le côté droit de la face et du cou est très-tuméfié et rouge. En divisant les tissus, on aperçoit une quantité considérable de sang épanché. On dirait une ecchymose. Le tissu musculaire est partout d'un rouge foncé très-intense; ses fibres ne sont point ramollies.

*Encéphale.* — En divisant la peau pour ouvrir le crâne, il suinte une très-grande quantité de sérosité teinte de sang. L'aspect du cerveau avec ses méninges est celui de la peau d'un fœtus à terme mort d'asphyxie; sa teinte extérieure est d'un rouge violet presque lie de vin. La division des méninges laisse échapper en quantité une sérosité sanglante un peu livide.

Quant à la substance cérébrale elle-même, elle est arrivée à un tel point de ramollissement, qu'elle tombe en lambeaux à mesure que l'on divise les membranes d'enveloppe pour l'enlever. On dirait le résultat d'une putréfaction commencée depuis quelques jours.

*Thorax.* — Le poumon droit est très-ample et dépasse un peu la ligne médiane, en refoulant le cœur à gauche. A sa surface, il présente quelques petites taches assez rares, d'un à trois millimètres de diamètre, d'un rouge vermeil. Intérieurement, son tissu est sain, seulement un peu emphysémateux.

Le poumon gauche adhère aux parois dans toute son étendue. Son volume est moindre que dans l'état normal. A sa partie postérieure et dans son lobe supérieur surtout, il est infiltré d'un sang noirâtre. Dans

tout le reste de son étendue, il est œdémateux. Vers le point correspondant à la portion engouée, la plèvre a une teinte rouge-noire. On dirait une ecchymose. Des deux côtés, mais à droite surtout, les cavités pleurales contiennent en assez grande quantité une sérosité fortement teinte de sang. Quant aux plèvres elles-mêmes, elles ne présentent pas la moindre trace d'inflammation.

Le tissu cellulaire qui enveloppe le péricarde paraît légèrement emphysémateux. Le péricarde n'est pas rouge, mais il contient de la sérosité. Le cœur est assez volumineux, mais d'une mollesse telle, qu'il s'affaisse complètement. Ses fibres sont d'un rouge très-pâle, comme si elles avaient macéré, et se déchirent aisément. Les cavités sont amples et ne contiennent pas de sang coagulé; les parois sont amincies. Les orifices des vaisseaux sont sains; la membrane interne présente des taches rouges; l'origine de l'aorte est très-rouge.

*Abdomen.* — Le foie a un volume normal. Son tissu est très-mou et décoloré. Sa teinte, au lieu d'être rouge-brun, est d'un jaune foncé tirant un peu sur le vert. La vésicule biliaire est ample et contient une bile noirâtre. La rate est volumineuse, diffluite, couleur lie de vin. Les reins sont à l'état normal.

L'estomac est ample. La muqueuse, vers sa grosse extrémité, a une teinte un peu rouge. Sa consistance est moindre que dans l'état normal.

Dans l'iléon, les follicules muqueux sont très-développés, mais non enflammés. La muqueuse, au contraire, est pâle. A partir de la valvule iléo-cœcale, les matières contenues dans le gros intestin ont une teinte lie de vin, et sont imprégnées de sang. La muqueuse est épaissie et d'un rouge foncé. Il n'y a pas d'ulcérations.

6° L'irritation et la congestion cérébrales se sont montrées, à des degrés divers, dépendant du reflet sympathique de la phlegmasie cutanée (1); ou d'une sorte de métastase par la rétrocession de l'exanthème; ou de l'obstacle mécanique qu'oppose à la circulation du sang l'excessif engorgement des organes profondément situés au cou (2). L'affection du cerveau a quelquefois été portée jusqu'à la phlegmasie. On a vu la scarlatine se compliquer de méningite, et des épanchements séreux se former dans les ventricules cérébraux (3).

(1) Loewenhardt; *Journ. des Sc. méd. de Bruxelles*, 1843, p. 145.

(2) Schlesier; *ibid.*, 1843, p. 214.

(3) Stiebel; *Rust's Mag. (Bull. des Sc. méd. de Ferrassac, t. XII, p. 219.)* — Ormerod; *The Lancet. (Archives, 4<sup>e</sup> série, t. XIV, p. 93.)* — Fitzpatrick; *Dublin quarterly Journ.*, 1852, february, p. 233.

7° Des *ophthalmies* graves ont, dans quelques cas, coïncidé avec la scarlatine (1). Dans l'épidémie de Prusse, en 1849, on a vu plusieurs fois le ramollissement de la cornée en être la conséquence. M. Gregory parle de malades qui auraient perdu la vue, ou chez lesquels se seraient développées des inflammations graves dans le tissu cellulaire de l'orbite (2).

8° L'*otite*, résultant de la propagation de l'inflammation pharyngienne et cervicale jusque dans les oreilles moyenne et externe, a encore formé une complication sérieuse, de laquelle sont résultées la perte des osselets de l'ouïe (3), des hémorragies par le conduit auditif (4) et la paralysie de la face du côté affecté (5).

9° Le coryza peut compliquer la scarlatine, ainsi que l'indiquent MM. Rilliet et Barthez (6) et que l'a vu le Dr Meyer de Strelitz (7). Le cas est souvent mortel.

10° L'inflammation de la muqueuse du larynx est ordinairement peu considérable; quand elle devient intense, elle constitue une grave complication. Le *croup* peut en être la conséquence. Cette circonstance n'est pas très-rare (8).

IV° OBS. (juillet 1852). — Un enfant de quatre ans avait une scarlatine irrégulière dont la marche s'était d'abord montrée lente et incertaine, mais qui plus tard avait offert une éruption des plus évidentes. Vers le septième jour, de larges plaques blanches parurent dans le pharynx et sur le voile du palais; la déglutition devint très-difficile; en même temps survint une toux fréquente; la voix, qui avait été jusque-là claire et forte, se voila tout à coup. La dyspnée, l'agitation, le malaise, devinrent extrêmes. La cautérisation du pharynx et des tonsilles était demeurée sans résultats. De continuelles menaces de suffo-

(1) Épidémie de Birmingham, en 1778. (Withering.) — Épidémie de Hadersleben, 1837-38. Marcus; *Journ. des Sc. méd. de Bruxelles*, 1843, p. 194.

(2) P. 158.

(3) Epid. de Königsberg. (*Gaz. méd.*, 1848, p. 956.) — Pulcher; *Association medical Journal*, 1855, January. (*Gaz. hebdom.*, t. II, p. 261.)

(4) Kennedy, p. 21.

(5) Hardy; *Dublin quarterly Journal*, 1855, aug., p. 202.

(6) *Mal. des enfants*, t. III, p. 174.

(7) *Union méd.*, 1855, p. 231.

(8) Noiroi, p. 193.

cation décidèrent à pratiquer la trachéotomie. La respiration fut de suite plus facile; la déglutition le devint aussi, mais elle provoquait la toux. La fièvre, l'agitation étaient toujours très-grandes. Un bain tiède n'apporta aucun soulagement. Le pouls s'affaiblit rapidement, et la mort arriva presque subitement.

11° L'*œdème de la glotte* est une complication peu ordinaire de la scarlatine. M. Barrier en a donné un exemple. Il y avait coïncidence d'une hydropisie générale (1).

Le fait suivant est parfaitement caractérisé.

V° OBS. — Un valet de chambre, âgé de vingt-deux ans, fut reçu à l'hôpital en novembre 1841, pour une scarlatine grave parvenue au huitième jour à dater de l'invasion et au troisième depuis l'éruption, qui était d'un rouge écarlate sur le tronc et les membres, tandis que la face avait conservé sa couleur ordinaire. Luette et amygdales rouges et tuméfiées; le onzième jour, délire; pouls, 150; oppression et jactitation. La nuit suivante, le malade expire subitement.

Les ganglions cervicaux étaient rouges et volumineux. La luette et les amygdales étaient enveloppées de plaques pseudo-membraneuses de 1 à 2 millimètres d'épaisseur. Les follicules des amygdales contenaient un mucus épais grisâtre. La rougeur du pharynx s'étendait sur l'épiglotte et dans l'intérieur du larynx. Les bords de la glotte, qui se touchaient, étaient infiltrés d'un fluide séreux; leur épaisseur avait augmenté de 5 ou 4 millimètres. Les poumons et les autres organes étaient dans un état à peu près normal.

12° La *bronchite* accompagnait fréquemment la scarlatine dans l'épidémie de Paris de l'année 1834; dans plusieurs cas, elle remplaçait l'angine (2). La toux était vive, l'oppression forte, la voix éteinte, la langue rouge, sèche et râpeuse, le pouls faible et fréquent. La mort eut lieu par asphyxie (3). Cette complication s'est montrée aussi à l'hôpital des enfants, en 1844 (4).

13° La *pneumonie* a coïncidé souvent avec la scarlatine dans l'épidémie de Dublin. Elle occupait surtout la base et

(1) *Journ. des Conn. méd.-chir.*, 1842, p. 6.

(2) Barthez, p. 151.

(3) *Ibid.*, p. 143.

(4) Guersent; *Gaz. des Hôpit.*, 1844, p. 313.

était très-souvent double (1). Cette dernière remarque a été faite aussi à Paris (2).

La pneumonie était lobaire à Kœnigsberg. Elle survenait durant la deuxième ou la troisième semaine (3).

J'ai vu une complication sérieuse de pneumonie chez un garçon raffineur âgé de seize ans. Il survint un vaste abcès au cou. Ce malade guérit.

14° La pleurésie a été observée comme complication de la scarlatine par Guersent. Elle a produit des épanchements séreux (4) ou purulents (5). Stiebel parle d'une affection asthmatique unilatérale accompagnant la scarlatine. Il l'a vue toujours à droite. Ce côté était douloureux et immobile (6). Comme Stiebel ne donne pas d'autres détails, je soupçonne qu'il s'agissait d'un épanchement séreux dans la plèvre droite.

15° On a quelques exemples de *péricardite* coïncidant avec la scarlatine (7). L'*endocardite* doit l'accompagner parfois, comme le pense M. Gregory et comme l'affirme M. Bouillaud (8). J'ai vu un enfant périr avec des symptômes évidents d'*hydropéricarde*.

16° M. Rostan a vu la *gastrite*, ainsi qu'une conjonctivite et une éruption miliaire, compliquer la scarlatine chez une femme âgée de vingt-un ans (9).

17° La *colite* est assez fréquente chez les individus atteints de scarlatine. Cette coïncidence a cédé facilement; mais un état plus grave a été plusieurs fois constaté, c'est l'*entérite folliculeuse* (10).

18° J'ai indiqué le *rhumatisme* comme pouvant succéder

(1) Kennedy, p. 26.

(2) Baudelocque; *Gaz. des Hôpit.*, 1842, p. 74.

(3) Moeller; *Gaz. méd.*, 1848, p. 956.

(4) *Lancette française*, t. V, p. 217.

(5) *Med.-chir. Review*, oct. 1830, n° 26, p. 447.

(6) *Rust's Mag. (Bullet. des Sc. méd. de Férussac)*, t. XII, p. 220.

(7) Snow, Goldiwig, Alison, cités par Gregory, p. 160.

(8) *Nosogr. méd.*, t. II, p. 153.

(9) *Gaz. des Hôpit.*, 1843, p. 414.

(10) *Gaz. méd.*, t. III, p. 294. — Rut; *Journal hebdom.*, t. VI, p. 55. — Stoerber; *Gaz. med. de Strasbourg*, 1841, p. 149.

immédiatement à la scarlatine; mais quelquefois il coïncide dès le principe avec cet exanthème. Cette distinction n'a point échappé à M. Kennedy, et il l'a énoncée dans une communication présentée, en 1854, à la Société obstétrique de Dublin (1).

La coïncidence du rhumatisme et de la scarlatine était très-fréquente à Dublin pendant la dernière période de l'épidémie, surtout chez les adultes; les douleurs siégeaient quelquefois aux lombes, plus souvent aux articulations. Elles se sont dissipées chez quelques sujets avant la cessation de l'éruption; chez d'autres, elles ont eu plus de durée et de gravité. Reid (2), Corrigan (3), ont vu chez les jeunes sujets atteints de scarlatine des tuméfactions inflammatoires du dos de la main, de la cuisse, du genou, du mollet, des malléoles, du gros orteil. On trouva du pus dans ces diverses parties et dans l'intérieur de plusieurs articulations. Nous allons voir bientôt le rhumatisme reparaitre comme suite non immédiate de la scarlatine.

#### K. — Influence de la scarlatine sur diverses maladies préexistantes.

La science ne possède pas assez de faits pour que cette influence puisse être appréciée d'une manière positive. On a vu la chorée, la coqueluche se terminer rapidement, des scrofules heureusement modifiées, des fièvres intermittentes suspendues (4) par la scarlatine. Mais peut-être celle-ci n'avait-elle dans ces changements qu'une faible part. Un plus grand nombre d'observations serait ici nécessaire. Il en est de même à l'égard de l'influence salutaire que MM. Barthez et Rilliet attribuent à la scarlatine relativement à la guérison de la pneumonie (5). Ils ont vu dans une circonstance

(1) *Dublin quarterly Journal*, 1854, august., p. 205.

(2) *Med.-chir. Review*, 1837. (*Gaz. méd.*, t. V, p. 554.)

(3) *Gaz. méd.*, t. XI, p. 850.

(4) Rilliet et Barthez, t. II, p. 576; et t. III, p. 198. — Noirot, p. 254.

(5) *Mal. des enfants*, t. III, p. 199.