

44 juin. Nouvel abcès au côté droit du cou; fluctuation manifeste; ouverture de cet abcès.

49. Quatrième abcès au niveau de la clavicule gauche.

Ces abcès ont longtemps suppuré et se sont cicatrisés; l'escarre du sacrum s'est détachée; les surfaces dénudées se sont cicatrisées; la fièvre et la diarrhée avaient depuis longtemps cessé. (Infusion de quinquina et régime rendu successivement plus tonique.)

c. — *Anasarque*. — A peine la scarlatine était-elle connue, que déjà les observateurs signalaient l'hydropisie du tissu cellulaire comme l'un des accidents consécutifs les plus fréquents. Nous avons vu Sennert et Schulze en faire une mention spéciale. Morton ⁽¹⁾ et Heister ⁽²⁾ en parlèrent aussi. Les médecins de Florence eurent l'occasion, en 1747, d'observer cette suite fâcheuse et de constater l'état phlegmasique des organes intérieurs, principalement des poumons, des intestins, des reins ⁽³⁾. Navier nota la gravité de cette leucophlegmasie et les modifications de l'urine devenue rare, brune et quelquefois sanguinolente ⁽⁴⁾. Cet état morbide fut étudié avec soin par Plenciz. Fréquent à Genève, il attira vivement l'attention de Vieusseux ⁽⁵⁾; il fut observé à Colmar par Meglin ⁽⁶⁾, en Angleterre par Wells ⁽⁷⁾, Blackall ⁽⁸⁾, Kennedy ⁽⁹⁾, Tripe ⁽¹⁰⁾. Legendre ⁽¹¹⁾ et Behrend, d'Erlang ⁽¹²⁾, ont aussi donné les résultats de leurs recherches.

⁽¹⁾ *De febribus inflamm.*, cap. V, p. 28.

⁽²⁾ *Compend. Med. pract.*, cap. IV, p. 82.

⁽³⁾ Ces détails sont consignés dans une lettre écrite par Jean Calvo, de Crémone, en 1747, à Roncalli. (*Europa medicina a comite francisco Roncalli Parosino observationibus adaucta*. Brixiae, 1747, p. 333.)

⁽⁴⁾ *Dissertation sur plusieurs maladies populaires qui ont régné à Châlons-sur-Marne*. Paris, 1753, p. 208.

⁽⁵⁾ *Journal général de Méd.*, t. VI, p. 377.

⁽⁶⁾ *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. XXI, p. 36.

⁽⁷⁾ *Transactions of a Society for the improvem. of med. and chir.* Knowledge, 1812, t. III, p. 167.

⁽⁸⁾ *Obs. on Dropsies*. London, 1813, p. 76.

⁽⁹⁾ *Account of the epid. scarl., etc.*, p. 164. — *Dublin quarterly Journal*, 1855, febr., p. 233. (*Revue méd.-chir.*, t. XVIII, p. 73.)

⁽¹⁰⁾ *British and foreign med.-chir. Review*, 1854, jan., p. 224. (*Gaz. hebdom.*, t. I, p. 271, et t. II, p. 282.)

⁽¹¹⁾ *Recherches sur les maladies de l'enfance*. Paris, 1846, p. 312.

⁽¹²⁾ *Archives de Méd.*, 1850, 4^e série, t. XXIV, p. 91.

L'anasarque se manifeste à la suite de la scarlatine, que celle-ci ait été légère ou grave. Plenciz, Scott Alison ⁽¹⁾, l'ont vue souvent après les scarlatines intenses; tandis que Robert, Torrence ⁽²⁾, Kennedy ⁽³⁾, M. Carrière ⁽⁴⁾, l'ont remarquée lorsque l'exanthème avait été plutôt léger que grave. Mais Bang assure qu'elle ne se produisait pas quand l'angine avait été à peu près nulle et quand la desquamation ne s'était pas opérée. Lobenwein a vu néanmoins un individu qui fut atteint d'anasarque à la suite d'une scarlatine sans fièvre et sans desquamation, et ce fut après la guérison de l'anasarque que la desquamation eut lieu ⁽⁵⁾.

Wedemeier a vu l'anasarque se former quand l'éruption avait été tardive et imparfaite ⁽⁶⁾. Kennedy a fait cette autre remarque, qu'elle était plus fréquente à la fin qu'au commencement de l'épidémie.

Ce dernier observateur l'a surtout observée chez les pauvres. Il ne l'a rencontrée généralement que dans l'enfance. Cependant il cite l'exemple d'un homme de trente ans qui en fut atteint un mois après la cessation de la scarlatine.

On a cru remarquer que l'anasarque était plus fréquente chez les garçons que chez les filles ⁽⁷⁾, parmi les enfants faibles ⁽⁸⁾ que parmi ceux qui étaient forts. Kennedy assure cependant que les enfants gros et gras y étaient particulièrement disposés. M. Noirot a constaté cette disposition chez des enfants éminemment lymphatiques.

La cause de l'anasarque la plus généralement admise est l'impression du froid, et surtout celle du froid humide. Gabr. Zimmermann vit à Heidelberg que cette maladie ne se pro-

⁽¹⁾ *Clinical observat. London Journ. of Med.*, n° 111. March, 1849. — *American Journal*, 1850, jan., p. 206.

⁽²⁾ *Med. and Phys. Journ.*, t. XXIII, p. 417.

⁽³⁾ *Account*, p. 167. — *Dublin quarterly Journ.*, 1855, february, p. 233.

⁽⁴⁾ *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1843, p. 170.

⁽⁵⁾ Jos. Frank; *Acta instituti clinici Vilmensis*, ann. II, p. 42.

⁽⁶⁾ Hamilton; *Gaz. méd.*, t. I, p. 812.

⁽⁷⁾ Carrière, p. 170.

⁽⁸⁾ Wedemeier, p. 13.

duisait pas chez les malades qu'on tenait à l'abri de cette influence; d'un autre côté, Escher, Vieusseux ⁽¹⁾, Méglin, l'ont vue se manifester fréquemment chez ceux qui s'y étaient exposés. Quelquefois l'impression la plus légère a suffi. Des convalescents ont été pris en se mettant un instant à la fenêtre. Eichel a vu l'œdème commencer deux heures après un refroidissement. Selon Plenciz, cet accident est plus fréquent en hiver qu'en été.

On est tenté d'admettre que les pays froids et humides doivent y disposer d'une manière plus prononcée. Mais il existe à ce sujet quelques motifs de différences qui ne sont pas appréciés. L'anasarque suite de scarlatine était moins commune en Angleterre dans le siècle dernier qu'elle ne l'est devenue depuis. Sims n'en vit que quatre exemples dans l'épidémie de 1786 ⁽²⁾, tandis qu'en 1848 à Londres 582 décès ont été causés par l'anasarque suite de scarlatine ⁽³⁾. Genève en a souvent fourni de nombreux exemples, tandis qu'à Stockholm, d'après Hagstroem, la scarlatine n'est en général suivie ni d'anasarque ni d'autres hydropisies ⁽⁴⁾. Il est des contrées humides en France où ces suites morbides ne sont pas fréquentes, à Bordeaux par exemple.

Hesse, de Berlin, prétend qu'elles lui ont paru aussi communes chez les enfants qui étaient restés chaudement dans la maison, que chez ceux qui étaient sortis ⁽⁵⁾; et Kletten assure qu'elles se manifestent malgré les précautions les plus attentives ⁽⁶⁾.

M. Miquel, d'Amboise, les attribue moins à l'impression de l'air humide et froid qu'à l'usage prématuré des aliments excitants et pris en trop grande quantité ⁽⁷⁾.

Le vulgaire est disposé à faire dépendre l'anasarque consé-

⁽¹⁾ *Journal général*, t. VI, p. 381.

⁽²⁾ *Medical Memoirs*, t. I, p. 440.

⁽³⁾ *Tripe; Gaz. hebdom.*, t. I, p. 271.

⁽⁴⁾ *Ancien Journ. de Méd.*, t. XCIV, p. 79.

⁽⁵⁾ *Bullet. des Sc. méd. de Férussac*, t. XVI, p. 235.

⁽⁶⁾ *De varia malignitatis rat. in febr. scarlat.*, p. 42.

⁽⁷⁾ *Gaz. méd.*, t. II, p. 426.

cutive du défaut ou de l'insuffisance des purgations que la routine conseille. Fauchier n'employait nullement les évacuants dans l'épidémie d'Entrecasteaux, et cependant il n'eut qu'un seul malade atteint d'anasarque ⁽¹⁾.

Cet accident se montre ordinairement dans la deuxième ou la troisième semaine qui suit la cessation de l'éruption. Kennedy l'a vu souvent se produire vers le douzième ou vers le dixième ⁽²⁾ jour. Selon Behrend, il est rare avant le sixième jour et après la cinquième semaine. Cependant Kennedy l'a vu arriver dans la septième. Il dit même qu'un enfant l'éprouva cinq mois après avoir eu la scarlatine ⁽³⁾; mais existait-il un rapport réel entre ces deux états morbides? On pourrait en douter.

On a pu souvent prévoir la prochaine invasion de l'anasarque par l'état peu satisfaisant du jeune convalescent. Kennedy, Gregory, Behrend, ont vu le pouls conserver une certaine fréquence, et la peau rester sèche, le travail de la desquamation incomplet, l'appétit presque nul, le moral triste. Quelquefois il y a une disposition à l'assoupissement. L'urine devient plus albumineuse, en diminuant de quantité: c'est un indice presque assuré de la prochaine apparition de l'anasarque, selon M. Newbigging ⁽⁴⁾; d'après M. Gregory, les toniques, en diminuant les sécrétions, augmentent les chances d'hydropisie ⁽⁵⁾.

Le soir, la fréquence, la dureté du pouls augmentent.

On voit la face plus ou moins bouffie, surtout vers les paupières; les pieds et les mains se tuméfient aussi et offrent une certaine rénitence, une sorte d'élasticité; dans quelques cas rares, l'œdème est borné au scrotum ⁽⁶⁾.

Le début de l'anasarque peut s'opérer brusquement, en vingt-quatre ou trente-six heures, ou graduellement et en s'étendant aux autres régions.

⁽¹⁾ *Bullet. de la Fac. de Méd.*, 1812, p. 109.

⁽²⁾ *Dublin quarterly Journal*, 1855, february, p. 232.

⁽³⁾ P. 167.

⁽⁴⁾ *American Journal of med. Sc.*, 1850, january, p. 207.

⁽⁵⁾ P. 167.

⁽⁶⁾ Richel, p. 52.

Avec le premier mode surviennent ordinairement l'inappétence, la soif, une fièvre intense, la diminution des urines. C'est là ce que Heister ⁽¹⁾, Stoll ⁽²⁾, Borsieri ⁽³⁾, Mèglin ⁽⁴⁾, ont appelé *œdème chaud*; c'est l'hydropisie active ou par hypersthénie vasculaire ⁽⁵⁾. Le second mode ne s'accompagne pas d'une aussi vive réaction. C'est l'*œdème froid* des mêmes auteurs.

L'urine a été examinée avec la plus grande attention. La quantité de ce fluide a été quelquefois diminuée d'une manière très-notable; on en a même vu la suppression pendant trente-six heures, surtout quand la maladie devait avoir une issue funeste ⁽⁶⁾.

Sa pesanteur spécifique a été de 1,014 à 1,017, selon Hamilton ⁽⁷⁾; de 1,005 à 1,030, suivant Scott Alison ⁽⁸⁾.

Ce fluide est ordinairement trouble, brun, rougeâtre, couleur acajou ⁽⁹⁾. Cette couleur, quand elle est foncée, tient à la présence des globules rouges du sang ⁽¹⁰⁾; on a même trouvé dans le liquide une certaine quantité de sang pur ⁽¹¹⁾.

Les recherches les plus remarquables ont porté sur la présence ou l'absence de l'albumine dans l'urine. Il est des cas dans lesquels on n'en a pas reconnu. Soixante fois sur cent, Philipp, de Berlin, ne put en découvrir ⁽¹²⁾. M. Bennett n'a pas eu d'autre résultat un grand nombre de fois ⁽¹³⁾.

Divers observateurs ont au contraire trouvé presque tou-

⁽¹⁾ *Compendium Med. pract.*, CIV, p. 82.

⁽²⁾ *Aphorismi*, § DXCI.

⁽³⁾ *Instit. Med. pract.*, t. II, p. 79.

⁽⁴⁾ *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. XXI, p. 18.

⁽⁵⁾ Voyez ci-dessus, t. III, p. 158.

⁽⁶⁾ Kennedy, p. 178.

⁽⁷⁾ *Gaz. méd.*, t. I, p. 813.

⁽⁸⁾ *Clinical observ. — London Journ. of Med.* March., 1849. (*American Journal*, 1850, jan., p. 206.)

⁽⁹⁾ Withering, etc.

⁽¹⁰⁾ Troussseau; *Bullet. de Thérap.*, t. XXXIII, p. 318. — Tripe; *Gaz. hebdom.*, t. II, p. 283.

⁽¹¹⁾ Charrier; *Union méd.*, t. II, p. 486.

⁽¹²⁾ Gregory, p. 168.

⁽¹³⁾ *Monthly Journal of med. Sc.*, oct. 1852. (*American Journal*, 1853, janv., p. 211.)

jours de l'albumine en quantité plus ou moins considérable. Tels sont Wells, Blackall, Wood ⁽¹⁾, Stoeber ⁽²⁾, Carrière ⁽³⁾, Legendre ⁽⁴⁾, Kennedy ⁽⁵⁾, O'Ferrall ⁽⁶⁾, Begbie ⁽⁷⁾, Tripe ⁽⁸⁾. O'Ferrall a remarqué que l'urine reste albumineuse, même après la guérison de l'anasarque ⁽⁹⁾.

Legendre a observé que le précipité produit dans l'urine par la coagulation de l'albumine, a une couleur grise cendrée qui paraît propre à l'anasarque scarlatineuse ⁽¹⁰⁾.

La présence ou l'absence de l'albumine dans l'urine a conduit Behrend à distinguer deux sortes d'anasarques: l'une qu'il appelle *hydrops nephriticus*, la supposant constituée par l'inflammation des reins d'où viendrait l'albumine; l'autre, qu'il appelle *hydrops anæmicus*, qui résulterait de l'appauvrissement du sang. Celle-ci commence par les malléoles; le pouls est petit. Todd attribuait l'anasarque scarlatineuse à une troisième cause, un état particulier de la peau ⁽¹¹⁾.

Avec les unes ou les autres de ces conditions pathologiques, cette affection consécutive offre une intensité et des conséquences diverses. Elle est souvent légère et se termine après deux ou trois semaines. D'autres fois elle est grave et offre plus de danger que la scarlatine elle-même. Elle peut enfin s'accompagner d'états pathologiques extrêmement sérieux. C'est vers la tête ou vers la poitrine que ces manifestations morbides se dirigent principalement.

Quand la tête devient le centre de fluxion, il peut survenir des vomissements, de la céphalalgie, de l'assoupissement, des convulsions; les pupilles se dilatent; la respiration et la circu-

⁽¹⁾ *Gaz. méd.*, t. V, p. 118.

⁽²⁾ *Ibid.*, t. X, p. 111.

⁽³⁾ *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1843, p. 168.

⁽⁴⁾ *Mal. de l'enfance*, p. 317.

⁽⁵⁾ P. 177.

⁽⁶⁾ *Dublin Hospital Gaz. (Revue méd.-chir.*, t. I, p. 163.)

⁽⁷⁾ *Monthly Journal of med. Sc.*, 1849, jan. (*Gaz. méd.*, 1849, p. 842.)

⁽⁸⁾ *Gaz. hebdom.*, t. II, p. 282.

⁽⁹⁾ *Revue méd.-chir.*, t. I, p. 161.

⁽¹⁰⁾ *Mal. de l'enfance*, p. 318.

⁽¹¹⁾ Gregory; *Appendix*, p. 356.

lation offrent des inégalités; le pouls descend au-dessous de 60 ou s'élève jusqu'à 120. Les enfants peuvent succomber très-rapidement dans cet état.

Lorsque le travail pathologique se dirige vers la poitrine, il survient une dyspnée plus ou moins forte; le nombre des inspirations peut aller jusqu'à soixante par minute; il y a de la toux; le pouls donne 150, 160. Les états morbides que ces phénomènes dénotent sont l'œdème pulmonaire ⁽¹⁾, ou l'œdème de la glotte ⁽²⁾, ou la bronchite, ou la pneumonie, ou l'épanchement pleurétique, ou l'hydropéricarde. Quelques-uns de ces états morbides peuvent apparaître indépendamment de l'anasarque.

On a vu l'ascite, la congestion du foie, l'altération des parois de l'estomac accompagner l'anasarque ⁽³⁾.

d. — Hydrocéphalie. — Cette suite est assez fréquente, à Londres par exemple, où elle comptait pour 50 sur les 680 cas d'hydropisies succédant à la scarlatine ⁽⁴⁾. M. Thurnam en a observé un cas remarquable à l'hôpital de Westminster, chez un garçon de seize ans qui guérit sous l'influence des ventouses scarifiées appliquées à la nuque.

e. — Hydrothorax. — Cet épanchement peut être le résultat d'une pleurésie contractée pendant la convalescence. Il est une cause assez fréquente de mort ⁽⁵⁾. Il peut se produire d'une manière foudroyante. M. Gregory rapporte qu'un convalescent de la scarlatine, s'étant exposé à l'air extérieur, mourut presque subitement. La poitrine était pleine de sérosité ⁽⁶⁾.

⁽¹⁾ Rolland de Rennes, deux exemples observés en 1842. Thèses de Paris, 1844, n° 197, p. 21.

⁽²⁾ Carrière, p. 163.

⁽³⁾ Stoëber; *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1841, p. 147.

⁽⁴⁾ Tripe; *Gaz. hebdom.*, t. I, p. 271.

⁽⁵⁾ Lichtenstaedt, p. 133. — A Londres, à l'époque précitée, 38 décès furent dus à cette cause sur 680 cas d'hydropisie par suite de scarlatine. (Tripe, p. 271.)

⁽⁶⁾ *Erupt. fevers*, p. 170.

f. — Œdème aigu du poumon. — Cette affection a été étudiée avec soin par Legendre ⁽¹⁾. Il a constaté la présence de la sérosité dans les vésicules pulmonaires et dans le tissu interlobulaire. Ce tissu était devenu mou et plus pesant que l'eau.

L'œdème pulmonaire précède ou accompagne l'anasarque. Il produit une toux sèche, de la dyspnée, du râle sous-crépitant, peu de matité, mais une diminution sensible dans le murmure respiratoire. Les inspirations, les battements du pouls, sont notablement accélérés. Cette suite de la scarlatine est très-grave; mais elle n'est pas toujours mortelle.

g. — Hydropéricarde aiguë. — Entrevue par Frank, observée trois fois par MM. Rilliet et Barthez, cette maladie a été particulièrement étudiée par M. Thore ⁽²⁾.

Elle n'est pas une conséquence de l'anasarque, celle-ci ne s'étant quelquefois manifestée qu'après elle.

L'hydropéricarde aiguë a eu un début instantané; elle s'est promptement et facilement dessinée par une voussure marquée à la région précordiale, laquelle offrait à la percussion une matité étendue jusqu'à la base du thorax. Il y avait une toux sèche, une forte dyspnée, une grande accélération de la respiration, un sentiment de pesanteur et d'anxiété à l'épigastre. Les bruits du cœur semblaient éloignés. Le pouls était petit, serré, vite. Les trois malades sur lesquels M. Thore a recueilli ses observations ont guéri.

M. — Récidives de la scarlatine.

Les récidives de la scarlatine sont très-rares, et même plusieurs observateurs ont assuré n'en avoir pas rencontré dans les occasions qui auraient dû leur en offrir des exemples.

Ainsi Hagstroëm ne vit, en 1790, aucune des personnes qui avaient eu la scarlatine en 1781 la contracter de nouveau.

⁽¹⁾ *Mal. de l'enfance*, p. 324.

⁽²⁾ *Archives de Méd.*, 5e série, t. VII, p. 174.