

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.

Willan, sur 2,000 cas, n'avait pas rencontré de récurrence. Currie, à Liverpool, n'en constata qu'une seule.

D'autres auteurs ont parlé de récurrences survenues jusqu'à trois fois chez le même sujet (1). Mais des doutes peuvent être élevés avec raison sur la réalité de ces scarlatines secondaires et tertiaires.

Parmi les faits qui semblent établir le mieux la possibilité d'une récurrence, les uns se rapportent à une époque très-rapprochée, les autres à un temps plus ou moins éloigné de la première maladie.

Willan mentionne les observations de son ami Jonathan Binns, qui avait vu deux, trois, quatre ou cinq semaines après la cessation de l'exanthème reparaitre une deuxième éruption; un des jeunes malades en mourut (2). Binns a confirmé ces remarques en les appuyant de l'autorité d'Heberden (3).

Hamilton a observé une deuxième scarlatine trois semaines après la première (4). C'est au bout d'un temps pareil que Lameire d'Avelghem vit une deuxième scarlatine se développer (5). Deux enfants présentèrent une rechute au bout d'un mois; même ils succombèrent, mais sans éruption; l'angine était très-prononcée, ainsi que la lésion des viscères abdominaux (6).

Une domestique âgée de vingt-deux ans, observée par M. Roupell à l'hôpital Saint-Barthélemy, eut trois semaines après une première scarlatine un second exanthème du même genre. L'angine fut très-intense, et l'éruption envahit tout le corps; le pouls donnait 140; la faiblesse était très-grande; cependant, la malade guérit (7).

La scarlatine a reparu à de plus longs intervalles. Horn l'a vue chez la même femme à treize, dix-neuf et vingt-un

(1) Gilbert Blane. (Gregory, p. 185.)

(2) *On cutaneous diseases*, t. I, p. 271.

(3) *Med. and Phys. Journ.*, t. XV, p. 489.

(4) *Gaz. méd.*, t. I, p. 810.

(5) *Journ. des Sc. méd. de Bruxelles*, 1843, p. 438.

(6) A. Clarke; *Medical Times*, t. IX, p. 122.

(7) *Medical Times*, t. X, p. 40.

ans (1). Jos. Frank a observé à Wilna une récurrence, mais il ne dit pas après quel intervalle (2). Berton en a signalé une après quatre ans chez un jeune homme de vingt-trois ans (3); M. Carrière après deux ans (4), M. Billing après dix mois (5), M. Lynn après cinq mois (6).

M. Billing a traité une dame qui, six ans auparavant, avait eu la scarlatine après ses couches. Son enfant était né avec le même exanthème; à trois ans, il en fut repris et il mourut. Elle-même en fut alors atteinte d'une manière grave; et enfin, quelque temps après, soignant une personne qui mourut de la scarlatine, elle en fut atteinte pour la troisième fois (7).

D'après ces témoignages, on ne peut révoquer en doute la possibilité des récurrences de scarlatine.

N. — Anatomie pathologique de la scarlatine.

Les principales lésions que présentent les organes, quand la terminaison de la scarlatine a été funeste, dépendent plus des complications que de la maladie elle-même. Il importe donc de ne pas perdre de vue les causes diverses d'où ces altérations dérivent.

1° La peau ne présente quelquefois presque aucune trace de l'exanthème. Elle est pâle, mais sa surface est un peu rugueuse : *Cutis anserina* (8).

La couleur rouge des téguments se maintient chez quelques sujets, mais elle forme des taches livides, des espèces de larges pétéchies. Les extrémités des membres offrent cette teinte livide d'une manière assez marquée.

L'épiderme se détache facilement aux fesses, aux aines et

(1) *Bibl. méd.*, t. XXXIV, p. 396.

(2) *Praxeos*, t. II, p. 220.

(3) *Lancette française*, t. IV, p. 1842.

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

(5) *First principles of Medicine*. Philad., 1842, p. 191.

(6) Kennedy, p. 211.

(7) *Cyclopaedia*, t. IV, p. 69.

(8) Kennedy, p. 4.

en d'autres régions. Cette circonstance est remarquable après la scarlatine puerpérale (1). J'ai vu l'épiderme et les cheveux se détacher en même temps.

Les parties sur lesquelles une pression s'est exercée sont non-seulement excoriées, mais parfois gangrenées. Des escarres peuvent se former en d'autres régions dans les cas très-graves (2).

2° Le tissu cellulaire, qui pendant la vie était plus ou moins tuméfié, s'affaisse.

Au cou, il est encore épais, il soulève les téguments.

Une saillie assez marquée existe parfois dans la région parotidienne, et pourrait faire croire que la glande sous-jacente est le siège réel de la tuméfaction. M. Bretonneau a reconnu que le tissu même de la parotide était étranger à l'engorgement, lequel réside dans les ganglions lymphatiques qui avoisinent le pharynx (3). On a trouvé ces ganglions profondément altérés et dans un état de ramollissement putrilagineux (4). C'est surtout le tissu cellulaire des parties latérales du cou qui est affecté. Vose, dans l'épidémie de Liverpool, et Moeller, dans celle de Königsberg (5), Kennedy, dans celle de Dublin (6), ont constaté que ce tissu était imprégné de sérosité sanguinolente, de lymphes plus ou moins épaisses, demi-concrétées, et donnant à toute la région une certaine compacité.

3° Indépendamment de cette sorte d'infiltration, on a trouvé fréquemment des abcès dans les régions latérales et profondes du cou.

Ces abcès, envahissant des tissus déjà imbibés et ramollis, se sont étendus avec rapidité, soit vers le rachis, soit entre les muscles; on a vu du pus fuser jusque dans l'articulation sterno-claviculaire, dont les cartilages ont été détruits (7).

(1) Senn, p. 40.

(2) Kennedy, p. 16.

(3) Aphorismes cliniques sur la scarlatine. Journ. des Conn. méd.-chir., t. I, p. 268.

(4) Vose; Gaz. méd., 1842, p. 166. — Kennedy, p. 9.

(5) Gaz. méd., 1848, p. 956.

(6) P. 14.

(7) Kennedy, p. 13.

Deux ordres d'organes paraissent résister plus que les autres : ce sont les glandes salivaires et le tissu artériel, selon Kennedy. Cependant, quelques auteurs ont attribué à la corrosion des parois des artères les hémorrhagies qui ont eu lieu par la bouche ou par l'ouverture des abcès (1). Mais l'effusion subite et fatale d'un sang abondant a eu plus souvent une autre source que voici :

4° La veine jugulaire interne, en contact avec les tissus enflammés et suppurés, s'est elle-même enflammée et ramollie en certains points; elle s'est perforée; de là, l'accident funeste qui a mis si promptement fin à l'existence des sujets, et que la nécropsie a révélé de la manière la plus évidente. Kennedy a vu trois cas de ce genre; dans l'un d'eux, la perforation s'était faite au point de jonction des veines jugulaire et sous-clavière (2). Des faits analogues d'hémorrhagie causée par une solution de continuité de la jugulaire interne, ont été publiés par J. de Bal, de Sweveghem (3); Bloxam (4), Barret (5), Hoefnagels (6), Brown, de Port-Carbon (Pennsylvanie) (7); Hale, d'Islington (8); Sedgwich (9).

Dans quelques cas moins graves, le pus ayant fusé vers l'oreille, donna lieu à une hémorrhagie par cette voie. Le sang put être arrêté (10).

5° Dans les cas de scarlatine avec symptômes cérébraux intenses, les méninges et l'encéphale n'ont souvent offert aucune lésion capable de rendre compte de la mort. Wells (11),

(1) Mill; Edinb. Med. and Surg. Journ., 1841, January; (et Archives, 3e série, t. X, p. 493.) Moeller; Gaz. méd., 1848, p. 956.

(2) P. 12.

(3) Annales de la Soc. méd.-chir. de Bruges, 1845. (Journal des Conn. méd.-chir., t. XIII, p. 158.)

(4) Med.-chir. Trans., 2e série, t. VIII. (Archives, 4e série, t. IV, p. 96.)

(5) The Lancet, 1847. (Archives, 4e série, t. XIV, p. 500.)

(6) Annales de la Soc. de Méd. d'Anvers. (Gaz. méd., 1849, p. 62.)

(7) Gaz. des Hôpit., 1850, p. 350.

(8) London Med. Journ., 1850, aug., p. 720. (Revue méd., 1850, t. II, p. 213.)

(9) London Med. Gaz., 1851, oct., p. 581. (Revue méd., 1851, t. II, p. 678.)

(10) Ellsworth d'Harford (Connecticut); Boston Med. and Surg. Journ., 1846.

(11) Trans. of a Society for the improvem. of Med. and Chir. Knowledge, t. II, p. 225.

Weber⁽¹⁾, Lichtenstaedt⁽²⁾ en font foi. Dans d'autres circonstances, la gravité des accidents s'est expliquée par une rougeur uniforme du cerveau⁽³⁾ et une forte injection de ses vaisseaux⁽⁴⁾, par des épanchements séreux plus ou moins considérables, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur de cet organe⁽⁵⁾; par l'épaississement de l'arachnoïde⁽⁶⁾, par le ramollissement de la substance cérébrale et surtout du septum lucidum et de la voûte à trois piliers⁽⁷⁾, par la fonte de la substance grise⁽⁸⁾.

6° Les complications qui se sont prononcées vers les voies respiratoires ont laissé des altérations plus ou moins considérables. Ainsi on a noté l'infiltration œdémateuse de la muqueuse du larynx⁽⁹⁾, des exsudations membraniformes dans l'intérieur des canaux aériens⁽¹⁰⁾, la rougeur violacée et la tuméfaction de la muqueuse qui les tapisse⁽¹¹⁾, l'engorgement, la congestion sanguine ou séreuse du parenchyme pulmonaire⁽¹²⁾, des collections de pus dans ce parenchyme⁽¹³⁾, analogues aux abcès métastatiques que produisent la phlébite et l'infection purulente.

7° L'ouverture du thorax fait reconnaître généralement un

(1) *Journ. hebdom.*, t. V, p. 86; — et *La Clinique*, 1829, oct., p. 142.

(2) *Journal de Bruxelles*, 1843, p. 92.

(3) Ammon, *ibid.*, p. 152.

(4) Kennedy, p. 5.

(5) Perrio, p. 33. — Charpentier, Thèses, 1812, n° 71, p. 17. — Weikard, p. 14. — Ormerod; *The Lancet*, 1846, oct. (*Archives*, 4^e série, t. XIV, p. 93.) — Brown; *Gaz. des Hôpit.*, 1850, p. 350.

(6) Charpentier, p. 17.

(7) Ormerod, p. 63.

(8) Cette altération très-grave fut constatée chez un individu qui avait offert pendant la scarlatine des phénomènes cérébraux; néanmoins il paraissait entrer en convalescence, quand il mourut subitement. L'épiderme se détachait de toute la surface du corps; le cerveau était mou, les circonvolutions paraissaient formées d'une matière liquide rougeâtre, surtout vers les lobes postérieurs. (Bertrand de Toulon; Thèses de Paris. Paris, 1839, n° 115, p. 5.)

(9) Kennedy, p. 17.

(10) Ponceau, Thèses de Paris, 1827, n° 104, p. 29. — Guillemaut, Thèses de Paris, 1833, n° 192.

(11) Barthéz, p. 153.

(12) Kennedy, p. 6.

(13) Kronenberg, épid. de Moscou. (*Gaz. méd.*, t. XIII, p. 493.)

état de congestion sanguine dans les organes respiratoires et circulatoires⁽¹⁾. Le cœur s'est montré plein de sang noir. On a vu des pétéchies sous sa membrane séreuse⁽²⁾. Jahn a trouvé la membrane interne des artères d'une rougeur assez prononcée⁽³⁾.

8° L'intérieur du pharynx était rouge et tapissé par une matière pultacée caséiforme. Cette matière s'étendait quelquefois dans les cavités nasales, dans les trompes d'Eustachi, et à l'entrée de l'œsophage. La luette était parfois œdémateuse et gonflée comme une hydatide⁽⁴⁾; les tonsilles parsemées d'ulcérations grisâtres. La gangrène de la muqueuse pharyngienne est rare, selon la remarque de M. Kennedy.

9° L'estomac s'est montré dans quelques cas enflammé⁽⁵⁾. Durant l'épidémie de Königsberg, Moeller a vu souvent la muqueuse gastrique parsemée de plicatures rougeâtres et de plaques légèrement ulcérées⁽⁶⁾.

10° Les intestins ne sont le plus souvent qu'injectés, congestionnés, même quand il y avait eu une diarrhée abondante⁽⁷⁾; mais lorsque des symptômes graves, ceux qui dénotent l'état typhoïde, avaient été observés, on a plusieurs fois constaté l'altération des follicules de Peyer; on a rencontré des plaques et même des ulcérations⁽⁸⁾. Toutefois, M. Friedleben s'est aperçu que ces altérations étaient assez différentes de celles que laisse la fièvre typhoïde⁽⁹⁾.

(1) Heyfelder; *Gaz. méd.*, t. VIII, p. 366. — Bretonneau; *Journ. des Conn. méd.-chir.*, t. I, p. 268.

(2) Kennedy, p. 6.

(3) *Journ. complém.*, t. XXXVI, p. 392. — Cette coloration a été observée aussi à l'hôpital des Enfants. (*Gaz. méd.*, t. III, p. 806.) — M. Senn l'a vue dans la scarlatine puerpérale. (Thèse, p. 40.)

(4) Kennedy, p. 17.

(5) Petit, Thèses de 1817, p. 13.

(6) *Gaz. méd.*, 1848, p. 957.

(7) Kennedy, p. 6.

(8) Fait emprunté à la clinique de M. Chomel. (*Lancette française*, t. II, p. 293.) — Rut, *Journ. hebdom.*, t. VI, p. 55. — Clinique de l'hôpital des Enfants, 1835. (*Gaz. méd.*, t. III, p. 294.) — Stoerber; *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1841, p. 149. — Helfft; *Gaz. méd.*, 1850, p. 643. Etc.

(9) *Gaz. méd.*, 1850, p. 365.

Dans un cas de scarlatine terminé par la mort en soixante-douze heures, chez un enfant de quatre ans, Pardee, de Wadsworth, a trouvé une entérite intense avec invagination d'une anse intestinale (1).

11° Les reins ont conservé leur état normal, dit M. Kennedy, même quand les urines avaient été albumineuses (2). Helfft, au contraire, dans l'épidémie de Berlin 1850, a trouvé dans tous les cas les reins hyperémisés, enflammés, alors même que les urines n'avaient point contenu d'albumine (3). Mais les reins ne se sont pas montrés granuleux à cet observateur, tandis qu'ils avaient paru à Hamilton légèrement bosselés à l'extérieur, marbrés à l'intérieur et d'un rouge foncé (4); et à Moeller, fermes, volumineux, granuleux, remplis d'une matière opaque, grenue, formant des stries linéaires (5).

12° Coley a vu la rate enflammée et en suppuration, et le foie malade (6).

13° M. Bretonneau avait cru remarquer que les membranes séreuses présentent dans la scarlatine une sécheresse notable (7). Mais il s'est formé fréquemment des épanchements dans les diverses cavités, et surtout dans le péritoine (8).

14° La scarlatine puerpérale n'a présenté à M. Senn aucune altération remarquable du péritoine et de l'utérus (9).

0. — *Physiologie pathologique de la scarlatine.*

1° L'histoire entière de la scarlatine conduit à supposer que cette maladie résulte de l'action d'un principe spécial, d'un poison morbide.

(1) *American Journ. of med. Sc.*, 1847, july, p. 127.

(2) P. 28.

(3) *Gaz. méd.*, 1850, p. 643.

(4) *Ibid.*, t. I, p. 813.

(5) *Ibid.*, 1848, p. 956.

(6) *Union méd.*, t. II, p. 561.

(7) *Journ. des Conn. méd.-chir.*, t. I, p. 268.

(8) Kennedy, p. 27.

(9) Thèse, p. 40.

Ce poison est aussi subtil que délétère. Il agit à des degrés très-divers, ne produisant souvent qu'une affection légère, d'autres fois faisant naître une maladie grave, quelquefois enfin tuant avec une effrayante rapidité.

L'intensité variée de ces effets résulte soit de l'étendue du foyer toxique, soit du degré de concentration du principe morbifère, soit des dispositions particulières et de la susceptibilité spéciale des individus qui en subissent l'influence.

Ce principe, ce miasme contagieux, exerce son action à la manière des poisons septiques; il modifie l'état du sang (1) et porte le trouble dans les organes de l'innervation.

Cette action paraît être de nature dépressive et syderante. On dirait qu'elle enraie la vie; de là, l'embarras de la circulation, l'état de congestion dans lequel se trouvent instantanément les divers tissus de l'économie; de là, l'extrême danger et la mort, bien que les organes les plus essentiels à la vie ne présentent fréquemment que des altérations en apparence légères.

Si les sujets sur lesquels le principe délétère agit jouissent d'une résistance suffisante, ou si ce principe n'a qu'une action modérée, les effets sont peu considérables; mais ils deviennent intenses si la réaction est en rapport avec une provocation plus ou moins vive. Dans cette circonstance, la scarlatine prend les allures d'une maladie inflammatoire (2).

Mais si le foyer contagieux est vaste, ou si le miasme qui en émane agit sur des populations affaiblies ou depuis quelque temps préparées à l'intoxication, les effets portent une plus profonde et plus fâcheuse empreinte. Les phénomènes morbides se rapprochent de ceux de l'état typhoïde ou ataxique. La réaction demeure impuissante.

La scarlatine peut donc se présenter avec des modes divers et sous des aspects très-différents.

(1) Rokilansky a émis l'idée d'une crase exanthématique du sang, idée adoptée par Bérard de Hanovre. (*Gaz. méd.*, 1850, p. 365.)

(2) Rieckfeld (*Bibl. méd.*, t. XXXIX, p. 400), Heyfelder (*Gaz. méd.*, t. VIII, p. 366), Dance (*Archives*, t. XXIII), Senn (Thèse, p. 41), Loewenhardt (*Journ. des Sc. méd. de Bruxelles*, 1843, p. 149), etc., admettent la nature angiosthénique de la scarlatine.

Ces différences dans la nature même de la maladie, expliquent et motivent la diversité des indications et des moyens de traitement réclamés selon les temps, les lieux et les individus.

Il n'est guère d'observateur qui n'ait été témoin de changements survenus dans le mode spécial des épidémies, suivant les époques où elles se sont manifestées (1).

Mais n'oublions pas que la scarlatine, qui semble revêtir un caractère franchement inflammatoire, cache, sous des apparences trompeuses, le principe délétère qui l'a fait éclater.

Un état congestif, plutôt qu'une véritable inflammation, forme le fond des altérations pathologiques. De là, la nécessité d'être prudent dans l'emploi des débilitants énergiques.

Toutefois, entre ces états fondamentaux se trouvent de nombreux points de contact. La congestion est l'un des éléments de la phlegmasie. Celle-ci peut même se constituer en divers points et y acquérir une haute intensité.

Si des doutes étaient émis à ce sujet, il suffirait pour les dissiper de faire remarquer qu'il est assez commun de voir, dans les violentes scarlatines, les inflammations de la gorge, du cou ou d'autres parties, aboutir à la suppuration; que cette disposition n'est pas bornée à un tissu ou à un organe, mais qu'elle est générale et peut constituer une véritable diathèse pyogénique; que les épanchements si souvent produits dans les séreuses témoignent encore de la nature phlegmasique ou inflammatoire des états morbides qui les produisent; et qu'enfin cette anasarque si commune, ce dernier des échelons parcourus par l'exanthème, est une hydropisie active, et qu'elle dénote une origine réellement hypersthénique, qu'il y ait ou non une véritable inflammation des reins (2).

Le médecin que n'entraînent pas les idées préconçues, voit donc dans la scarlatine une véritable espèce pathologique se

(1) Bulkley. (Gregory, p. 155.)

(2) James Miller suppose que le principe de la scarlatine a une action directe sur les reins. (*The pathology of the Kidney in scarlatina*. Gregory, p. 168.) — George Johnson croit que la lésion des reins consiste en une inflammation desquamative aiguë. (Bulkley. Gregory, p. 355.)

reproduisant indéfiniment par elle-même, mais aussi une affection que les circonstances concomitantes rendent essentiellement diverse.

P. — Diagnostic de la scarlatine.

La scarlatine se distingue par quelques caractères assez constants. Les principaux sont :

1° Une fièvre continue plus ou moins intense, accompagnée de phénomènes nerveux variés, et le plus souvent d'une chaleur très-élevée;

2° Une éruption cutanée générale, formée de taches petites, rapprochées, uniformément distribuées, parfois confluentes et d'un rouge plus ou moins vif;

3° Une inflammation de la gorge, quelquefois avec tuméfaction des régions latérales et supérieures du cou, et très-souvent avec rougeur vive et pointillée de la langue.

Ces caractères font de la scarlatine une maladie parfaitement distincte. Voici les diverses maladies avec lesquelles elle présente quelques analogies :

1° *L'érysipèle*, avec lequel on ne saurait la confondre, en ce que celui-ci forme un exanthème borné à une région, plus uniforme, circonscrit, avec tuméfaction considérable, rarement accompagné d'angine, etc.

2° La *roséole*, maladie qui n'est pas contagieuse, dont les taches ont un autre aspect, qui ne s'accompagne pas d'angine et qui est exempte de danger.

3° La *miliaire*, qu'on peut confondre avec la scarlatine, à cause des vésicules qui se forment parfois au milieu de l'exanthème. Mais cette apparition vésiculeuse n'est que secondaire, partielle, et n'est point liée, comme dans la première, à des sueurs copieuses.

4° Au début, le *lichen fébrile* aurait quelque ressemblance avec la scarlatine; il s'en distingue par ses saillies papuleuses, le peu de rougeur des taches, l'absence de l'angine, etc.

5° M. Kennedy mentionne l'analogie de l'invasion de la