

viennent compliquer la rougeole. » Sous ces divers rapports, il faut attribuer une valeur considérable à l'intensité et à la marche de la fièvre. Or, la grande importance des observations exactes faites sur la température du corps dans l'étude de la rougeole consiste en ce que l'on arrive, à l'aide de cette échelle thermométrique bien mieux que par un autre moyen, et beaucoup plus sûrement que par la simple considération de l'exanthème, à distinguer les cas normaux des cas anormaux, à préciser le moment où apparaissent les anomalies et les complications, enfin à apprécier la gravité de ces dernières.

En outre, le pronostic est encore influencé par les circonstances individuelles et épidémiques. Les enfants dans la première année de leur vie et les vieillards, ainsi que les individus déjà atteints d'autres maladies, sont particulièrement menacés ; il en est surtout ainsi pour les femmes enceintes ou récemment accouchées. D'un autre côté, certaines épidémies présentent d'une manière générale plus de complications graves et plus de cas de mort, tandis que, dans d'autres, presque toutes les rougeoles suivent une marche normale et typique et, par conséquent, se terminent par la guérison. Aussi trouve-t-on dans les diverses épidémies de rougeole des différences très considérables dans les proportions de la mortalité depuis à peine 1 p. 100 jusqu'à 15 p. 100 et au delà. Les chiffres les plus effrayants sous ce rapport sont fournis par les épidémies survenues dans une population qui, jusque-là, avait été complètement épargnée par la rougeole, ainsi qu'on l'a vu pour les habitants de certaines îles où la rougeole pénétrait pour la première fois.

La mort, comme terminaison directe de la rougeole, survient rarement pendant la période prodromique ; elle arrive plus fréquemment pendant la période éruptive de la maladie, dans ce que l'on appelle le typhus morbilleux, rougeole asthénique. La mort peut, en outre, être déterminée dans toutes les périodes de la rougeole et beaucoup plus tard encore par les complications et les phénomènes consécutifs que nous avons énumérés plus haut.

Le meilleur traitement de la rougeole normale est celui dans lequel on s'abstiendra de toute médication, de toute pratique, qui ne sont ni nécessaires, ni utiles et qui ne font que fatiguer le malade. Ce qui convient le mieux, c'est le calme, une chambre bien aérée, un peu sombre et offrant une température constante de 17° à 19° C. dans les cas où il y a de la photophobie, un régime proportionné au degré de la fièvre et des sensations subjectives du malade. Contre la température exagérée du corps on peut recourir aux lavages froids, même à des enveloppements humides méthodiques. On n'a nullement à craindre, par l'emploi de ces moyens, une répercussion de la rougeole. Si l'exanthème vient à disparaître brusquement, il faut, comme nous l'avons

déjà mentionné, attribuer ce fait au développement d'une complication grave.

On peut, sans inconvénient, laver le malade tous les jours, et changer son linge de corps ; tout cela ne peut que lui être agréable. Contre le prurit, les onctions de graisse simple sont indiquées. Les enfants atteints de rougeole, mais qui n'ont absolument pas de fièvre, peuvent ne pas garder le lit pendant le jour, et prendre une nourriture modérée.

Les maladies qui compliquent la rougeole, ou qui lui sont consécutives, doivent être traitées suivant leur nature et suivant les règles de l'art, sans se préoccuper de l'exanthème cutané.

Quand la desquamation est complètement terminée, par conséquent une quinzaine de jours après le début de l'affection, les malades peuvent prendre un bain tiède, après lequel on peut leur permettre, sans danger pour eux et pour les autres, de communiquer librement avec leurs proches.

Pour ce qui est des moyens de prophylaxie contre la rougeole et sa propagation, ils font à peu près défaut. L'inoculation pratiquée avec les produits de sécrétion et le sang des morbilleux ne procure aucun avantage, puisqu'elle détermine non pas une affection locale insignifiante, mais bien la maladie générale. Dans les familles, la plupart des médecins recommandent de ne pas séparer les enfants qui n'ont pas encore eu la rougeole de leurs frères et sœurs qui en sont atteints, parce qu'il est généralement admis que les premiers seront, tôt ou tard, pris par la maladie, et que, en fait, il est rare que l'on puisse réellement les séparer d'une manière complète. Or, puisque les malades peuvent infecter les autres personnes dès la période prodromique, par conséquent à une période où il n'y a pas encore d'exanthème et où le diagnostic ne peut pas encore être établi, il est de règle que la maladie se développe également chez les enfants qui avaient été éloignés à un moment où, chez leurs frères et sœurs, l'éruption n'était pas encore apparue, mais où les symptômes de catarrhe existaient déjà.

DOUZIÈME LEÇON

SCARLATINE

On désigne sous le nom de scarlatine (*scarlatina*, *Scharlach*, *febris scarlatinosa*, *angina maligna*, *rossalia*, *scarlet fever*) une maladie aiguë, contagieuse, fébrile, caractérisée par la présence simultanée d'une

affection inflammatoire des organes de la déglutition et un exanthème rouge écarlate du tégument externe.

Quoique déjà décrite d'une manière distincte et reconnaissable par Sennert et Dœring au commencement du xvii^e siècle, la scarlatine a cependant été pour la première fois (1670-1774), de la part de Sydenham, l'objet d'une description qui, depuis lors, a toujours servi de règle.

Ici nous avons également, comme dans la rougeole, à distinguer des scarlatines à marche normale (typique) et d'autres à marche anormale (atypique), et, pour les premières, à tenir compte des quatre périodes, savoir : incubation, prodromes, éruption, desquamation.

La période d'incubation, qui commence au moment de la contagion, dure en moyenne moins longtemps que dans la rougeole, environ huit jours; assez souvent même, ainsi qu'on a pu le constater, elle ne dure pas plus de quatre à cinq jours; exceptionnellement, elle peut se prolonger de trois à cinq semaines, ou, au contraire, elle peut être extrêmement courte, à peine vingt-quatre heures. On ne peut donc déterminer le début de cette période qu'en précisant la circonstance où les individus ont pu recevoir la contagion d'un scarlatineux. En effet, les inoculations expérimentales du contagion de la scarlatine ont été, il est vrai, pratiquées un certain nombre de fois, — nombre assez limité en raison de la gravité éventuelle des maladies qui pouvaient en résulter, — mais les unes n'ont produit aucun résultat et les autres, lorsqu'elles ont provoqué la scarlatine, ont donné des périodes d'incubation de durée très différente.

Pendant la période d'incubation il n'y a en général aucune espèce de trouble de la santé; parfois seulement on observe, deux ou trois jours avant le début des prodromes, un léger mouvement de fièvre, un peu de tristesse, de langueur, de pesanteur de tête.

La période prodromique se manifeste par l'apparition subite d'une fièvre violente. La température atteint 40° C. et davantage, le pouls arrive à cent quarante et même cent soixante pulsations à la minute. En même temps apparaît de l'angine, une rougeur et un gonflement des amygdales et du voile du palais, s'accompagnant sur ces organes de la production de points rouge foncé, fortement marqués, et se prolongeant ordinairement avec moins d'intensité sur la muqueuse du pharynx, la voûte palatine et, plus rarement, aussi sur les narines, le larynx, la trachée et la conjonctive. La langue est couverte d'un enduit épais. Subjectivement, la déglutition pénible, l'abattement, les symptômes qui accompagnent la fièvre, comme la soif, le malaise et les maux de tête, n'existent encore qu'à un degré modéré. Ou bien les symptômes concomi-

tants sont déjà très intenses. Il n'est pas rare d'observer des vomissements, de l'assoupissement, des syncopes, des convulsions (chez les enfants), de violentes douleurs de tête et du délire, accidents qui, bien qu'importants en eux-mêmes comme symptômes d'un état morbide sérieux des centres nerveux, n'ont, cependant, encore rien de décisif par rapport à la marche ultérieure de la scarlatine.

Cette période dure de douze à vingt-quatre heures, ou bien elle se prolonge deux ou trois jours, et elle ne se distingue de la période d'éruption que par la sortie de l'exanthème, car les phénomènes fébriles et les symptômes concomitants persistent avec la même intensité ou même ils s'exagèrent encore s'il est possible.

L'éruption scarlatineuse se montre d'abord sur le cou et la région des clavicules, sous forme de petits points très rapprochés les uns des autres, gros comme une pointe d'aiguille, d'un rouge pâle ou prononcé, qui, vus de loin, se fondent en une rougeur diffuse et uniforme. Bien qu'à ce moment la coloration de l'exanthème ne soit pas d'un rouge écarlate, mais d'un rouge plus vif, cependant, en présence de cette fine ponctuation et en raison de ce qu'elle est limitée au bord de la mâchoire, on peut, sinon diagnostiquer qu'il s'agit là d'un exanthème scarlatineux, du moins considérer le fait comme vraisemblable. Le visage, rougi par la fièvre et quelque peu turgescant, est cependant toujours épargné par l'éruption elle-même. Ce n'est qu'exceptionnellement aussi que l'on voit survenir des taches sur le front et les tempes, tandis que pourtour de la bouche reste toujours pâle (Thomas).

Au contraire, dans la période d'éruption l'exanthème s'étend rapidement sur le dos et la poitrine, ainsi que sur les membres supérieurs et inférieurs; la face dorsale des mains et des pieds présente surtout un très grand nombre de petits points fins avec une teinte écarlate prononcée. Sur les membres, l'exanthème n'est généralement pas continu, et sur les différents points où il se montre, il se manifeste sous forme de taches qui atteignent parfois la dimension d'une lentille. Il s'efface sous la pression du doigt et la peau paraît alors quelque peu œdémateuse. Au deuxième jour, l'exanthème a atteint son maximum comme intensité et comme extension. Il se maintient ainsi de un à trois jours, quelquefois aussi de cinq à sept jours, pendant lesquels l'intensité de la coloration change souvent, c'est-à-dire qu'on la voit surtout augmenter et diminuer avec les exacerbations et les rémissions de la fièvre.

Pendant cette période, la fièvre et les phénomènes généraux continuent. Quelquefois, les symptômes de l'angine sont modérés, il y a une rougeur diffuse, un œdème léger du voile du palais et de la luette;

mais, dans certains cas, l'inflammation et le dépôt gris ou diphtéritique des amygdales chez les enfants sont pénibles, ou même tout à fait graves et menaçants. La muqueuse buccale présente une rougeur diffuse, la langue, débarrassée de l'enduit grisâtre qui la recouvre, a une couleur foncée de chair et une surface villose (langue féline); les ganglions cervicaux sont souvent le siège d'un gonflement manifeste. La peau est sèche, chaude, brûlante, la diurèse est peu abondante, souvent on trouve d'une façon évidente dans l'urine de l'albumine et des cellules d'épithélium provenant des reins (Eisenschitz).

L'exanthème se maintient à son summum pendant un à trois jours, après lesquels il commence à disparaître à partir de la face postérieure du cou; en même temps, la température s'abaisse et les autres symptômes fébriles ou phénomènes concomitants diminuent eux-mêmes. Seule l'angine persiste habituellement avec la même intensité, si même elle n'augmente pas.

Dans le délai de quatre à huit jours, l'éruption a disparu, laissant après elle une pigmentation d'un jaune brun; la peau a sa température normale, elle transpire comme avant, l'angine et la série des symptômes concomitants entrent en voie de rétrocession; l'agitation et l'insomnie disparaissent; l'appétit revient.

A partir de ce moment, la période de desquamation se manifeste, au milieu des progrès de la convalescence générale, par une chute de l'épiderme proportionnée à l'exanthème. Cette chute épidermique se fait en lamelles plus ou moins grandes (*desquamatio membranacea*), particulièrement sur les doigts, parfois sous forme de doigts de gants (*desquamatio siliquosa*), avec lesquelles on peut voir les ongles eux-mêmes tomber en totalité; dans les endroits où la transpiration est assez abondante, la desquamation se traduit seulement par des pellicules (*desquamatio furfuracea*). Dans l'espace de quinze jours environ, la desquamation est terminée et l'épiderme s'est partout régénéré d'une manière uniforme. Dans certains cas, les cheveux tombent ou bien ils perdent leur pigment (Beigel).

La durée totale de la maladie, depuis la période des prodromes jusqu'à la terminaison de la desquamation, varie entre deux, trois et cinq semaines.

Tels sont les symptômes habituels de la scarlatine dans les épidémies bénignes, ou dans les cas sporadiques, chez les individus jouissant, d'ailleurs, d'une bonne santé.

La scarlatine ne suit pas toujours ce type, qui déjà par lui-même présente bien des variations; loin de là, beaucoup plus souvent encore que les autres exanthèmes aigus, elle offre des anomalies très considérables qui déterminent, sous certains rapports ou même d'une

manière absolue, des différences très grandes dans l'ensemble des symptômes et dans la marche de la maladie.

L'incubation peut être extraordinairement courte, de quatre à cinq jours, plus rarement elle a une durée irrégulièrement longue de plusieurs semaines; ce dernier cas s'observe surtout chez des enfants rachitiques ou d'une santé antérieurement affaiblie. La période d'incubation manque quelquefois totalement, ou ne se traduit par aucun symptôme fébrile. Il est vrai que, même dans ces cas, il est rare qu'il n'y ait pas d'angine, et, cependant, on peut ne pas s'en apercevoir, la fièvre faisant défaut. La période d'éruption semble alors survenir brusquement, sans prodromes. L'exanthème peut faire son apparition d'une manière irrégulière, d'abord sur le tronc, sur les articulations et sur les parties du corps qui sont tenues chaudement, ou qui sont comprimées ou irritées; ou bien il est clairsemé, — dans certaines observations on l'a vu occuper seulement une moitié du corps, — ou bien il est progressif et lent, retardé dans sa marche, ou enfin il peut se montrer brusquement sur la totalité du corps. Sur les membres frappés de paralysie, la scarlatine fait habituellement défaut, ou bien, au contraire, elle s'y développe plus fortement et persiste plus longtemps.

Dans certains cas, l'éruption dure à peine quelques heures, de sorte que souvent elle passe complètement inaperçue et que le caractère vrai de la maladie n'est révélé que par l'amygdalite et les circonstances faisant supposer la contagion, et quelquefois par les suites ultérieures de la scarlatine (desquamation, hydropisie). C'est à ces cas que se rattache la scarlatine sans exanthème, dans laquelle l'éruption et la desquamation manquent entièrement, mais où l'on observe l'angine et tous les autres symptômes qui correspondent à la scarlatine, ainsi que toutes les conséquences possibles, même mortelles, de cette maladie.

La période d'éruption peut être, au contraire, extraordinairement longue et durer une ou deux semaines. Dans ces cas, on voit habituellement l'exanthème disparaître, se reproduire plusieurs fois, et présenter une coloration plus foncée qu'à l'ordinaire, en même temps qu'il se forme des taches qui ne disparaissent pas sous la pression du doigt (matière colorante du sang), ou même des taches pétéchiales. On a parlé aussi de récidives de l'exanthème après la desquamation complètement ou presque entièrement terminée. Mais il me semble que, dans ces cas, il s'agit d'un érythème, et non d'un véritable exanthème scarlatineux.

La desquamation est parfois aussi retardée d'une façon extraordinaire, elle peut traîner en longueur ou être extrêmement intense,

c'est-à-dire se produire sous forme de lambeaux étendus ou épais.

Les anomalies que peut présenter la scarlatine relativement aux caractères morphologiques de l'exanthème que nous avons cité comme normal, c'est-à-dire qui apparaît sous forme de points, de taches uniformes et lisses (*scarlatina lævis*), sont : la scarlatine lisse, dans laquelle les taches sont plus saillantes et brillantes; la scarlatine papuleuse et la scarlatine miliaire, avec production distincte de papules et de vésicules sur la peau, qui présente une rougeur diffuse; la scarlatine marbrée, dans laquelle on trouve des taches assez grandes, partant de divers points rouges isolés et se détachant nettement par leur coloration plus foncée de la surface de l'exanthème qui est d'une couleur plus pâle; enfin, la scarlatine hémorrhagique ou septique, dans laquelle des extravasations de sang, d'abord en forme de points, mais qui plus tard atteignent la grandeur d'une pièce de cinq francs en argent, ou de la paume de la main et au delà, se produisent au milieu des régions de la peau envahies par une rougeur écarlate; chez les enfants, on les trouve le plus souvent sur le tronc; chez les adultes, sur le cou et sur les articulations. Ces extravasations sanguines sont généralement associées à des symptômes scorbutiques de la muqueuse buccale. — C'est une forme maligne.

Quant à l'existence simultanée de la scarlatine avec d'autres exanthèmes aigus, rougeole et variole, sur laquelle on a tant écrit dans ces dernières années, les médecins d'enfants en particulier, il n'est pas douteux que les contagions propres à chaque exanthème peuvent être absorbés simultanément et développer leur action spécifique. Mais celle-ci se manifeste de telle façon que l'un de ces exanthèmes n'apparaît sur la peau que quand l'autre est déjà en voie de décroissance. C'est ainsi que l'on peut, dans le déclin de la scarlatine, voir apparaître la rougeole ou la variole, et *vice versa*. Mais des cas dans lesquels l'un des exanthèmes, la scarlatine par exemple, aurait été interrompu par une éruption de rougeole et se serait reproduit à nouveau après la disparition de celle-ci, de tels cas, dis-je, seraient peut-être susceptibles d'une autre interprétation.

Un érythème, une urticaire, des bulles ou des pustules isolées, enfin des pétéchies peuvent accidentellement survenir avec la scarlatine, mais ces phénomènes n'ont pas d'autre signification que celle de l'exagération locale de la réplétion des vaisseaux, de l'exsudation et de la perméabilité des parois vasculaires.

Les exanthèmes chroniques, la gale, l'eczéma, le psoriasis rétro-cèdent pendant la période éruptive de la scarlatine et reprennent une nouvelle activité avec les progrès de la convalescence.

La série des autres anomalies que peut présenter la scarlatine est

tout aussi nombreuse que celle de chacun des symptômes locaux et généraux qui se rencontrent dans la marche normale de la maladie. Il n'en est guère un seul qui ne soit capable, en prenant un développement exagéré, de dominer complètement la symptomatologie de l'affection dans son ensemble, et, par conséquent, de modifier essentiellement la physionomie de la scarlatine et de déterminer la marche et l'issue de la maladie. Des symptômes anormaux de ce genre représentent alors de véritables complications, en ce qu'ils sortent tout à fait du cadre de la scarlatine ordinaire, ou bien ils constituent réellement des affections consécutives à l'exanthème, puisqu'ils persistent encore après l'évolution complète du cycle ordinaire, ou même qu'ils apparaissent seulement à ce moment.

Le phénomène le plus fréquent peut-être est une exagération anormale de l'angine scarlatineuse, — *angina scarlatinosa maligna*. On voit quelquefois, dès la période prodromique et au commencement de l'éruption, survenir une inflammation parenchymateuse des amygdales, de la muqueuse du palais et du pharynx, ainsi que du tissu cellulaire sous-muqueux. Cet état s'accompagne d'une très grande difficulté de la déglutition, la bouche reste ouverte et laisse constamment couler de la salive en abondance; il y a une fièvre violente, de la bouffissure de la face, de l'agitation, du délire. L'hypertrophie considérable des amygdales peut amener la suffocation; la formation d'abcès sur un ou plusieurs points de leur surface est une terminaison relativement favorable. La suppuration du tissu cellulaire sous-muqueux est bien plus dangereuse; les abcès rétropharyngiens surtout déterminent la mort, soit directement ou indirectement par des fusées purulentes, soit comme conséquence ultérieure. La terminaison fatale est rapide aussi quand le processus inflammatoire qui a envahi les amygdales et la muqueuse du palais aboutit à la gangrène. Celle-ci se traduit par l'odeur gangreneuse bien connue de l'haleine; elle s'étend très rapidement des amygdales au voile du palais et à la muqueuse de la bouche, de la gorge et du nez; elle amène du coma, des convulsions, un écoulement sanieux par le nez et par la bouche, le pouls s'affaiblit et devient tellement fréquent, qu'on ne peut plus le compter; enfin, la mort arrive. L'exanthème persiste pendant la durée de la fièvre intense qui accompagne la gangrène, et ne se dissipe qu'au moment où le pouls s'affaiblit.

Dans d'autres cas, c'est la diphtérie pharyngée — *angina diphtheritica*, — qui fait la gravité de l'angine. Les dépôts fibrineux, d'un jaune sale, peuvent s'étendre sur la muqueuse de la gorge et à travers l'orifice postérieur des fosses nasales, jusque sur la membrane de Schneider. Cependant, l'exsudat pseudo-membraneux arrive souvent à se détacher

et la complication disparaît. Le danger est beaucoup plus grand quand la diphtérie s'étend du côté du larynx. — *laryngitis crouposa* — car elle menace alors gravement la vie par suffocation, par la pneumonie à laquelle elle donne souvent naissance, par la gangrène ou par décomposition du sang, ou, même après la guérison du croup, par la paralysie consécutive qui envahit subitement les nerfs et les vaisseaux.

A toutes ces affections se joint régulièrement un gonflement ou une inflammation assez intense des glandes sous-maxillaires et salivaires; parfois, cette inflammation augmente, au point d'envahir même le tissu cellulaire qui environne ces glandes. On trouve alors dans la région de la joue, de la mâchoire et du cou, une tumeur dure qui presse contre le larynx et qui rend impossible l'ouverture de la mâchoire. Ces tumeurs arrivent régulièrement à former des abcès qui s'ouvrent sur plusieurs points; elles laissent après elles divers phénomènes locaux et généraux, enfin elles peuvent guérir, ou bien elles deviennent le siège d'une gangrène à marche rapidement envahissante qui aboutit à la mort par l'épuisement, par l'intensité de la fièvre, ou par l'ulcération des gros vaisseaux du cou et par une hémorrhagie mortelle; ou bien enfin il reste là une tumeur indolente qui persiste encore pendant des mois entiers et suit, néanmoins, une marche favorable.

Des affections du tube digestif, se manifestant dans les cas bénins par une diarrhée modérée, sont susceptibles, en s'exagérant au point de devenir de l'entérite fibrineuse, de revêtir un caractère des plus graves, et peuvent encore, pendant la période d'éruption, déterminer, avec des évacuations muco-sanguines abondantes et du météorisme, un abaissement rapide des forces, une diminution de la température et enfin la mort.

L'otite catarrhale et suppurée de l'oreille moyenne, la perforation de la membrane du tympan et l'ankylose consécutive des osselets de l'ouïe, l'inflammation et la carie de l'apophyse mastoïde avec complication de phlébite et de méningite, à marche lente ou arrivant rapidement à une issue funeste, viennent assez souvent compliquer la scarlatine dès ses premières périodes, ou bien elles se développent à la suite de l'exanthème.

D'une manière générale, toute angine scarlatineuse parenchymateuse, gangreneuse ou diphtéritique est la source possible de toutes les complications connues jusqu'ici et de toute une série d'autres accidents que nous avons encore à énumérer, à savoir des hémorrhagies, des embolies, de la pyémie et des inflammations métastatiques dans tous les tissus et tous les organes.

Sans qu'il se soit encore manifesté d'une manière spéciale par

aucune affection localisée dont nous n'exceptons pas même l'angine et l'exanthème, ou bien en présence d'un exanthème qui se présente d'emblée sous forme hémorrhagique, l'empoisonnement du sang, produit par le contagé de la scarlatine, peut troubler profondément les fonctions de la vie, puisqu'il détermine aussitôt une décomposition générale du sang. Celle-ci se traduit par un ensemble de symptômes que l'on désigne sous le nom de typhus scarlatineux, scarlatine typhoïde, septique, hémorrhagique.

Ce typhus scarlatineux, sous le rapport de l'intensité de ses symptômes, est divisé en deux degrés (Mayr, Hebra).

Dans le premier degré, en même temps que l'explosion de la fièvre, surviennent une grande faiblesse musculaire et de la céphalalgie. Dans la période d'éruption, les symptômes de la compression du cerveau s'accroissent: vomissements fréquents, délire, assoupissement, coma, convulsions, dilatation des pupilles. Aussitôt arrive le râle des bronches et de la trachée; la langue est sèche et rouge, le ventre météorisé, la rate modérément gonflée, l'urine rare. Le pouls, très fréquent, devient de plus en plus faible, la température s'abaisse et le sujet meurt après avoir été malade de douze heures à cinq jours.

Quand les accidents suivent une marche aussi rapide, l'exanthème ne paraît pas du tout, si ce n'est d'une manière irrégulière, ou bien il se montre tout à coup avec une très grande intensité, en grandes taches qui deviennent immédiatement livides (ou hémorrhagiques).

Dans le deuxième degré du typhus scarlatineux, les symptômes de compression cérébrale (d'après Lœschner) sont plus modérés et la marche de la maladie, dans son ensemble, est plus lente, de sorte que l'exanthème lui-même se développe régulièrement, souvent, il est vrai, mélangé de pétéchies et de vésicules miliaires. Ce n'est que plus tard que les symptômes de la maladie s'aggravent. A ces phénomènes viennent se joindre de l'albuminurie, du météorisme et de la diarrhée, puis du coma, le pouls s'affaiblit, la température s'abaisse et la mort survient.

Les principales lésions que les autopsies révèlent dans ces cas, sont: des granulations grises sur les méninges, que l'on observe plus souvent après les cas à marche lente, une hyperhémie du cerveau, des poumons et de l'intestin, un gonflement des plaques de Peyer, des glandes agminées de l'intestin et des ganglions mésentériques; enfin, des épanchements de sérosité dans la cavité des membranes séreuses.

Les affections des reins forment certainement la complication la plus fréquente de la scarlatine, puisque, dans la plupart des cas, alors même qu'ils suivent une marche régulière, on trouve dans l'urine, dès les premières périodes, un peu d'albumine et de l'épithélium des reins ayant même déjà subi la transformation graisseuse (Eisenschitz, Stei-

ner, etc.). Cependant c'est dans le cours de la desquamation et plus tard encore, que l'on observe surtout la néphrite catarrhale et parenchymateuse, qui représente ainsi une maladie consécutive de la scarlatine. Par le fait de la gravité inhérente à cette affection, une scarlatine, qui avait jusque-là suivi une marche des plus favorables, peut encore se terminer, plus tard, d'une manière fatale.

Parmi les complications plus rares, nous pouvons citer la pneumonie, desquamative et fibrineuse, cette dernière particulièrement produite par l'extension du croup laryngé, l'inflammation des membranes séreuses et synoviales, pleurésie, péricardite, péritonite, affections des articulations. On observe parfois une fonte de la cornée, à la suite de la scarlatine septique et de la gangrène. Des accidents de moindre importance sont les hémorrhagies nasales (assez rares d'ailleurs), les aphtes de la bouche, la suppuration de quelques glandes sous-maxillaires et cervicales, dans le cas où ils représentent une complication isolée de la scarlatine normale.

On doit considérer comme maladies consécutives de la scarlatine les diverses affections qui ont bien, il est vrai, débuté, pendant que la scarlatine existait, mais qui survivent encore à la période de desquamation comme maladies indépendantes, ou dont le développement ne s'est fait qu'après la terminaison de cette période, mais est le résultat des troubles de l'organisme particuliers à la scarlatine.

A la première catégorie nous rattacherons l'ozène persistant, qui peut être à l'état de simple catarrhe nasal chronique, ou sous forme d'inflammation plus intense, laquelle peut entraîner des ulcérations, un écoulement purulent, la carie et la nécrose des cornets et de la cloison osseuse du nez, un érysipèle et même la gangrène; l'otite avec toutes ses suites possibles, comme la destruction d'organes importants, dureté de l'ouïe et même surdité persistantes, voire même une carie qui peut se terminer par la mort; l'hypertrophie des amygdales, le catarrhe chronique de l'intestin et les troubles de la nutrition qui en sont la conséquence; des affections métastatiques des articulations et des membranes séreuses; l'inflammation et la suppuration des ganglions dits lymphatiques, de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané dans les régions les plus variées du corps. La parotide et les glandes sous-maxillaires en particulier présentent un gonflement indolent et forment des tumeurs qui persistent pendant des mois et même un ou deux ans; il en est de même des parotides, de la tuméfaction indolente et de l'infiltration du tissu conjonctif périglandulaire dans le pli maxillaire, qui persistent souvent après la scarlatine. Toutes ces affections peuvent amener le développement d'un trouble chronique de la nutrition, comme

la scrofulose, ou même d'un état pathologique aigu qui se termine par la mort.

Mais la plus fréquente et aussi la plus redoutable des maladies consécutives de la scarlatine, c'est l'affection des reins qui, dans des cas rares, peut, soit dès les premières périodes de l'exanthème, soit plus tard, déterminer une mort subite avec les symptômes de l'urémie, sous forme de maladie de Bright aiguë. L'affection scarlatineuse des reins peut encore amener, plus tard et dans son développement progressif, une anasarque, laquelle se montre tantôt alternativement sur différentes parties du corps, tantôt plus spécialement aux extrémités inférieures, ou bien sous forme d'ascite. La plupart des cas dans lesquels l'hydropisie survient tardivement guérissent; d'autres se compliquent de maladies qui aggravent la situation ou qui peuvent même se terminer fatalement comme par l'hydrocéphalie aiguë, l'hydrothorax, l'hydropisie du péricarde et l'œdème de la glotte.

Pour me conformer au plan de nos conférences, je me suis borné à faire ressortir seulement les principales circonstances des complications et des états consécutifs de la scarlatine. Mais les faits que je vous ai exposés suffiront pour que vous soyez bien convaincus du caractère indéfinissable de la maladie scarlatineuse et en même temps de sa gravité.

Par conséquent, le pronostic de cette affection ne peut jamais être établi autrement que d'une manière dubitative. Je ne connais pas de maladie plus insidieuse que la scarlatine; on ne peut jamais être en sûreté vis-à-vis d'elle, car, à tout moment et dans chaque cas, on peut être surpris par les accidents les plus dangereux. Le cas qui se présentait le plus souvent de la façon la plus normale, et dont la marche ne montrait que des symptômes modérés et typiques, peut se terminer brusquement par la mort par le fait de l'urémie, d'une « paralysie cérébrale » ou de l'une des complications que nous avons énumérées; ou bien, après avoir suivi heureusement son évolution complète, il peut traîner en longueur en raison de maladies consécutives ou de métastases, ou encore s'aggraver tardivement ou même se terminer par la mort. Dans toutes les circonstances, donc, le médecin doit être très réservé en présence de la scarlatine, il devra attacher une certaine importance même à la plus légère complication, et il ne déclarera pas le malade guéri et hors de tout danger avant que tous les symptômes, même ceux qui persistent encore après la desquamation, aient complètement disparu, que l'urine soit entièrement exempte d'albumine et que les fonctions de l'organisme soient redevenues normales sous tous les rapports.

Il faut tenir un compte tout particulier de la marche de la fièvre et de l'exanthème. Une fièvre trop élevée est toujours un signe sérieux, qui