

à ce point que l'on ne saurait dire où finissent les érythèmes scarlatiniformes, et où commencent les dermites ou dermatites. Ce n'est pas tout : quelques-unes de ces érythrodermies semblent naître de conditions autochtones ou individuelles, mais beaucoup d'entre elles se relient si étroitement à des intoxications médicamenteuses ou à des irritations externes, que leur conception nosologique en est devenue assez compliquée.

La plupart d'entre elles ont été anciennement observées, et décrites sous des noms divers, mais en réalité jamais groupées, et le plus généralement mal connues, oubliées, méconnues. Il y a peu, la question était à peine posée, et c'est seulement en 1876 qu'elle le fut réellement — Voyez *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 2^e série, t. XIII, année 1876, p. 30 et suiv., — par FÉRÉOL à propos d'un fait de « *desquamation scarlatiniforme récidivante* » qu'il venait d'observer, et au sujet duquel il demandait « à ceux de ses collègues qui s'occupent plus spécialement de maladies cutanées, de vouloir bien lui donner leur avis sur le vocable spécial qu'il conviendrait d'adopter pour des cas qui ne sont pas encore définitivement étiquetés dans la science ». Voici le résumé de ce fait :

Homme, vingt et un ans ; à dix-sept ans, première atteinte, « symptômes de fièvre typhoïde avec éruption scarlatiniforme. »

Janvier 1873, à vingt ans, la santé étant parfaite, prurit très vif, rougeur en plaques disséminées, fièvre, perte de l'appétit, langue rouge et dépouillée, toux, enrouement, mal de gorge. Du quatrième au sixième jour, desquamation très abondante, furfuracée sur le tronc et les membres, très fine et peu abondante à la figure, lamelleuse aux mains et aux pieds où l'épiderme corné s'enlevait par plaques épaisses et larges formant de véritables doigts de gant. Les cheveux, les cils, les sourcils ne tombèrent pas. Cette desquamation dura environ quinze jours, puis la santé redevint excellente.

Mars 1873, récurrence absolument semblable.

Depuis, cinq autres récurrences également semblables, dont trois successivement en octobre de la même année « en sorte que la rougeur et la desquamation se reproduisaient aussitôt qu'une poussée venait de se terminer ».

Sur les ongles se sont formés des sillons transverses qui apparaissent d'abord à la lunule et avancent vers le bord libre, au fur et à mesure de la progression de l'ongle. Le nombre de ces sillons n'est pas le même à tous les doigts ; quatre très distincts au pouce, à chaque main ; les autres doigts n'en ont que deux ou trois, ou même un seul.

Du 13 au 19 janvier 1876 apparaît la huitième éruption scarlatiniforme conforme aux précédentes : angine, langue dépouillée de son épithélium, fièvre. L'analogie était si complète que l'interne du service, M. Colson, ne put s'empêcher de croire à une scarlatine jusqu'à ce que l'interrogatoire du malade lui eut révélé la particularité du fait.

Après la lecture de FÉRÉOL à la Société médicale des hôpitaux, l'un de nous s'éleva contre la confusion établie, — Voy. *loc. sup. cit.*, p. 34, et les notes de cette même page, — entre les érythèmes et diverses autres dermopathies, et il développa les raisons pour lesquelles l'érythrodermie récidivante dont il venait d'être donné une observation devait être

rangée dans les érythèmes, et constituait un « *érythème desquamatif ou exfoliant, scarlatiniforme* ». Notre manière de voir fut appuyée par VIDAL ; et FÉRÉOL, l'acceptant pleinement, donna pour titre définitif à son observation : *Erythème desquamatif scarlatiniforme récidivant*.

La même année, et peu après, plusieurs observations furent produites à l'étranger ; et, en France, plusieurs monographies furent publiées, sans bénéfice réel, par divers auteurs qui ne tinrent pas un compte suffisant des distinctions que nous avons indiquées. — Voyez, sur ce sujet, et pour l'historique de la question, le très remarquable travail de BROCC, intitulé : *Étude critique et clinique sur le pityriasis rubra*, in *Archives génér. de Médecine*, 1884, vol. II, p. 68, et tirage à part, p. 30 et suiv. — Il est vrai de dire que les notions acquises étaient encore fort imparfaites, d'une part parce que les types qui viennent d'être représentés ne sont pas les seuls auxquels s'applique la dénomination d'érythème scarlatiniforme, d'autre part parce que la délimitation précise des espèces morbides comparées ou à comparer ne pouvait pas encore être faite. Aujourd'hui encore, les lacunes des observations un peu anciennes (des nôtres aussi bien que de celles des autres) ne permettent pas encore d'en faire une sélection rigoureuse.

Toutefois, l'ensemble de la question aussi bien que ses détails les plus importants étant étrangers à la grande généralité des médecins, l'esquisse synthétique et didactique que nous en allons donner aura au moins un intérêt d'opportunité, et pourra servir à la discussion ultérieure.

A. *Invasion. Prodromes. Stade fébrile.* — Ce n'est pas seulement par la couleur scarlatineuse de la peau, et par la desquamativité, que les érythèmes scarlatiniformes se rapprochent de la scarlatine, c'est encore dans leur première période, par une *réaction fébrile* extrêmement variable, mais à peu près constante. On peut bien voir, ainsi d'ailleurs que dans la scarlatine vraie, l'éruption apparaître sans fièvre ouverte, et quelquefois même, dans les cas frustes, légers, partiels, la maladie entière évoluer sur le mode apyrétique ; mais cela reste l'exception.

Le plus ordinairement, le *début* de la maladie est noté comme brusque et inopiné ; toutefois, les malades qui en ont eu déjà quelques atteintes reconnaissent, plus ou moins longtemps à l'avance, des phénomènes précurseurs, un malaise général, ou diverses particularités qui leur annoncent qu'ils vont être repris. Le plus ordinairement, ce début est fébrile : frisson souvent confondu par les malades avec « un refroidissement » ; puis tout le cortège symptomatique de la fièvre à tous les degrés, depuis le plus léger jusqu'aux plus intenses, température 40° cent. et 40° 5 dans une de nos observations ; RAYER, d'après ALLEY, indique 38 et 42 degrés, ce qui, sous les réserves relatives à ce dernier chiffre, indique au moins que l'on savait utiliser, au commencement du siècle, le thermomètre en clinique.

D'ailleurs, sauf dans les cas excessivement intenses et graves, malins, le paroxysme fébrile, même très élevé, s'affaisse rapidement ; le type continu prolongé est rare, mais il y a des variétés rémittentes de

longue durée, des formes subintrantes, sans préjudice des élévations accidentelles, épisodiques, qui signalent toute localisation viscérale ou toute complication, même légère. En réalité, sur la durée totale de la maladie, c'est la plus grande partie qui est subpyrétique ou apyrétique.

B. *Éruption*. — a) *Éruption cutanée*. — Que l'éruption ait précédé, accompagné ou suivi la fièvre, il est rare qu'elle se produise d'emblée sur tous les points qu'elle occupera plus tard; elle est d'abord localisée sur quelques régions sans lieu d'élection précis, à l'exception de certains faits à évolution suraiguë qui sont exceptionnels. Tantôt, elle est régulièrement partielle, symétrique ou non, et reste partielle pendant toute la durée, conservant le type même dans ses récurrences — *Érythèmes scarlatiniformes partiels*; — tantôt, elle se dissémine à la plus grande partie du corps, laissant toujours des points indemnes. Cependant, alors même que la rougeur ne devient pas universelle, l'affection est en réalité générale, et l'on verra plus tard la desquamation se produire même là où il n'y a pas eu de rougeur apparente; enfin, la généralisation peut être absolue — *Er. sc. disséminés ou généralisés*.

Les cas suraigus exceptés, l'évolution éruptive est progressive, à étapes beaucoup plus lentes et mieux accentuées que dans les pyrexies érythémateuses; ce n'est pas d'emblée, mais par association et par fusion d'éléments primitivement isolés que se constitue la généralisation exanthématique; ce sont d'abord des plaques plus ou moins larges, des taches rubéoliformes, des macules roséoliques parfois. L'anneau vasculaire périfolliculaire est le lieu d'élection habituel du processus érythémateux initial, d'où résulte une sorte de granité qui s'effacera bientôt comme dans toutes les affections qui débutent par les follicules, et amènent leur érection; une fois l'état constitué, l'éruption devient lisse, quand elle a dépassé le premier stade.

La coloration de l'efflorescence varie selon tous les degrés du rouge écarlate, soit sur les mêmes points aux différentes phases, soit simultanément sur des régions différentes; elle peut au début être morbiforme, s'accompagner d'autres types éruptifs tels que des plaques ortiées, etc.; rarement, elle est hématique, et cependant la pression du doigt montre souvent qu'il reste une teinte fauve, ou un piqueté, indiquant nettement l'exsudation hématoïdique, et elle fait également reconnaître une infiltration, variable selon les régions, du corps réticulopapillaire, conservant en godet à fond plat et élevé l'impression du doigt.

Quelquefois, œdématis partielles, ou même véritable œdème dans les périodes initiales.

Très rarement, on voit se former soit primitivement, soit secondairement au cours de la maladie, des vésicules sudaminales, soit même de véritables phlyctènes toujours très superficielles. Plusieurs fois, les observateurs ont pris pour des sudamina l'exfoliation initiale périfolliculaire, laquelle ressemble d'ailleurs, à s'y méprendre, à l'exfoliation du sudamen dont le liquide a été évacué ou résorbé.

Dans le type aigu, simple, il n'y a pas d'altérations accentuées du derme, ni de lésions de ses organes différenciés; c'est seulement dans

les formes à type fébrile prolongé et aux stades avancés, que l'on peut noter des proliférations eczématoïdes, des ilots de phlegmasie dermique, des plaques nécrosiques, des folliculites ou des idradénites simples ou phlegmoneuses.

Les troubles de sensibilité de la peau, hyperesthésie et hyperalgésie, cuisson, picotements, prurit, etc., appartiennent surtout au stade fébrile; ils sont moins prononcés que dans beaucoup d'autres érythèmes, et ne jouent qu'un rôle effacé dans la maladie, une fois les premières périodes dépassées.

b) *Éruption sur les muqueuses*. — Pendant le stade fébrile, ou au moment des parorysmes, on peut trouver sur les muqueuses de rapport des localisations éruptives fort embarrassantes à côté de celles que l'on observe dans les cas de scarlatine ébauchés ou abortifs.

Pour peu que la fièvre ait eu quelque intensité, la langue est banalement saburrale, rouge à la pointe et sur les bords, quelquefois vivement érythémateuse, scarlatineuse; et les gencives, ainsi que les parois de la bouche, montrent la rougeur, la tuméfaction et la desquamation épithéliale macérée, communes à beaucoup d'états fébriles.

La muqueuse nasale, les conjonctives palpébrales n'échappent pas non plus toujours aux localisations de l'érythème scarlatiniforme, mais celles-ci restent peu importantes, accessoires, éphémères, à l'exception de quelques cas à origine iodique dans lesquels elles prennent, au contraire, quelquefois une intensité spéciale.

C. *Desquamation*. — Dans la plupart des érythèmes, la desquamation est un fait banal, tout à fait secondaire; mais, dans les érythèmes scarlatiniformes, elle acquiert une telle importance par sa précocité, sa constance, sa durée, son intensité, qu'elle fait partie intégrante du type morbide (*érythèmes scarlatiniformes desquamatifs*).

Dès les premiers jours de l'éruption, alors même que celle-ci n'est pas encore universellement constituée, et toujours avant son déclin, on voit commencer la déhiscence de la couche cornée; au second jour, si l'on examine attentivement la peau à la loupe; au troisième ou au quatrième au plus, on trouve en quelques points, là où l'éruption a débuté, plis axillaires ou génitocruraux, face palmaire de l'avant-bras, etc., une desquamation débutant par un pointillé squamulaire ou par de fines craquelures. Ainsi donc, desquamation précoce, contemporaine de l'érythème et non succédant à sa disparition, voilà déjà en évidence l'opposition nette entre la desquamation des érythèmes scarlatiniformes, et celle des pyrexies érythémateuses, qui est toujours consécutive. Dans les types graves, à la vérité, la desquamation, peut être retardante, mais, quand on voudra, comme nous, examiner attentivement tout le corps, particulièrement la face palmaire de l'avant-bras, les plis des grandes articulations, les plis génito-cruraux, on reconnaîtra que, le plus ordinairement, il y a déjà, dès les premiers jours, une desquamation, même dans les cas graves. Arrivée à la période confirmée, la desquamation est craquelée, irrégulière, à éléments juxtaposés non imbriqués, feuilletés, — la couche sous-squamuse s'exfoliant déjà en plusieurs étages avant même que la squame

la plus superficielle soit éliminée, — à grands lambeaux surtout aux extrémités. Le mode de séparation des squames est variable, mais se fait le plus habituellement de la circonférence au centre du lambeau, souvent aussi la marche est inverse, et parfois tout à fait irrégulière; leur coloration est blanche, nacré, opaque.

Sous les lambeaux exfoliés, derme un peu infiltré, surface rouge, lisse ou présentant les linéaments de la desquamation ultérieure, travail qui s'opère avec une extrême rapidité; exceptionnellement sous les squames, exsudat eczématisé ou avec lamelles plus ou moins jaunâtres simulant l'exfoliation de l'eczéma lamelleux séborrhéique, ou encore du psoriasis eczématisé; quelquefois, l'exfoliation succède à une phlycténulation épidermique sous forme de sudamina ou de miliaire.

Dans les formes intenses, complexes, dans celles qui sont secondaires à une maladie générale préexistante, ou provoquées par des intoxications médicamenteuses énergiques (mercure particulièrement), le processus de desquamation est souvent dépassé; il y a de la miliaire vraie si l'hyperthermie se prolonge d'une tenue; de l'humidité sous les squames, quelques sécrétions concrescibles, etc., tous caractères qui altèrent plus ou moins le type érythémateux de ces érythrodermies.

Toujours *renouvelante*, la desquamation est variable de durée et de quantité; très légère et courte dans les cas frustes ou légers, elle peut s'arrêter au bout d'une semaine, ou se prolonger plusieurs septenaires; sa cessation s'opère graduellement, et s'annonce par la diminution de la rougeur sous-squameuse, de la dimension et de l'abondance des squames, en même temps que par l'apaisement des phénomènes d'hyperesthésie ou d'hyperalgésie. Quelquefois très légère, elle peut acquérir, dans d'autres cas, une extrême intensité, devenir profuse et remplir le lit de détritux épithéliaux.

Le processus érythémateux commun n'atteint pas plus les *phanères* qu'il ne se propage aux *cryptes*; aussi l'extension de la desquamation kératosique, aux ongles et aux poils, que l'on rencontre dans une série de cas d'érythème scarlatiniforme, n'est pas un des moindres caractères qui altèrent le type érythémateux de ces érythrodermies. Non pas que nous pensions que l'on puisse faire absolument des dystrophies phanériques, ou des altérations des cryptes, un caractère de nature nosologique propre à une affection spécifiée, mais seulement parce qu'elles affèrent à des centres différents de ceux qui président aux troubles angionévrotiques simples, aux centres qui régissent les grandes dermatoses exfoliantes.

Quoi qu'il en soit de la valeur ou de la signification définitive de ces dystrophies, nous constatons simplement, et au même titre, que le sillonnement des ongles, et même leur élimination totale ou partielle, ainsi que la chute partielle ou généralisée des poils, peuvent être observés dans les « érythèmes scarlatiniformes. »

D. *Localisations extra-cutanées et complications.* — Les érythèmes scarlatiniformes, au moins dans plusieurs de leurs variétés, n'échappent pas aux localisations et aux complications extracutanées des

érythèmes en général, arthralgies et arthropathies, lésions pulmonaires, cardiaques et péricardiaques, — Voy. note sur un cas d'érythème scarlatiniforme survenu dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, par HALLOPEAU et TUFFIER, in *Bulletins et Mémoires de la Société méd. des Hôp.*, 2^e série, t. XIX, p. 221 et suiv., 1882, — rénales (albuminurie, polyurie, etc.). — Voy. le remarquable mémoire de PERRET, De l'érythème scarlatiniforme récidivant, *Lyon médical*, année 1885.

Ajoutez à cela une série illimitée de phénomènes épisodiques, une épistaxis ou une métrorrhagie, une otite externe ou une otorrhée, de l'herpès facial ou génital, du catarrhe de l'intestin, ou quelque autre encore, généralement éphémères, on aura le programme à peu près complet des accessoires illimités d'un érythème scarlatiniforme.

E. *Durée et récidives.* — La *durée* à assigner aux affections réunies sous la dénomination d'érythèmes scarlatiniformes est très variable; le chiffre de deux à six semaines, que nous donnons comme une moyenne, peut être très notablement dépassé; mais les cas dont la tenue est ainsi prolongée sortent de la conception primitive de l'érythème scarlatiniforme, pour entrer dans le cadre des *dermites* ou *dermatites* proprement dites.

Les *récidives*, qui sont communes dans toutes les affections de type érythémateux, sont dans les érythèmes scarlatiniformes si *habituelles* et parfois si *réitérées*, que la qualification de *récidivants* leur appartient particulièrement. Sans être fatales, — nous avons pu observer des malades qui certainement n'ont pas eu de récidive après plus de dix années, — même dans les cas les mieux caractérisés, les récidives doivent toujours être prévues, et annoncées comme probables.

Dans la généralité des cas, aucune règle ne préside à leur apparition, elles peuvent se produire à bref délai, être subintrantes, plutôt alors *rechutes* que récidives; quelquefois affecter une sorte de périodicité saisonnière ou annuelle, laquelle peut elle-même être rompue et interrompue: un de nos malades, atteint à huit ans, a présenté une récidive annuelle pendant quatre ans, puis, après dix-huit ans d'immunité, a vu l'érythème reparaitre pendant sept années consécutives. Le nombre des récidives est indéfini, mais nous ne le croyons que très exceptionnellement illimité; indépendamment des cas où nous avons vu la reproduction ne plus se faire, il faut remarquer que la maladie, fréquente pendant la jeunesse, devient plus rare chez l'adulte et s'éteint dans l'âge avancé. Pour un cas isolé et se produisant pour la première fois, rien ne permet d'affirmer la récidive; pour un cas récidivant, il peut y avoir de longues accalmies, et la maladie n'est pas perpétuelle. Enfin, sans que cela soit une règle constante, les récidives sont souvent moins intenses ou moins graves que les premières atteintes.

F. *Formes et variétés.* — Malgré de très nombreuses différences de détail dans la localisation, le siège, l'étendue, le mode exfoliatif, etc., une uniformité symptomatique générale domine, et rend fort monotone la lecture des observations; l'érythème scarlatiniforme reste un

au milieu de cette diversité de cas particuliers, et il serait abusif de donner des noms particuliers à chacune des variétés; nous verrons tout à l'heure, en traitant de l'étiologie et des conditions pathogéniques, qu'il n'y a pas lieu davantage de donner des dénominations spéciales aux formes dites spontanées, et à celles qui sont provoquées par des agents extrinsèques. C'est seulement sur la durée, et sur l'évolution que nous basons la constitution de deux formes cliniques, l'une restant conforme au type de l'érythème théorique, et générale ou partielle, évoluant dans les délais d'une pyrexie érythémateuse, — *forme aiguë, bénigne*; — l'autre dépassant ces délais, et débordant le type érythémateux, — *forme subaiguë*, lente ou prolongée, souvent intense, grave, se continuant, sans ligne de démarcation, avec le type le plus léger des grandes érythrodermies exfoliantes.

Voici quelques types de chacune de ces formes :

OBSERVATION I. — *Érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant à type annuel; étiologie uniforme; forme aiguë, bénigne.*

Un conducteur de tramways, de trente-trois ans, entre dans notre service le 16 avril 1883 avec une éruption rouge généralisée, datant de quatre jours, et selon lui, commençant déjà à diminuer à la face. Après quinze jours d'un malaise vague, il avait été pris d'un frisson, de fièvre, de céphalée, d'une otite externe gauche avec écoulement, et en quatre jours l'éruption, qui avait débuté par le col, s'était étendue, étalée de haut en bas. Au cinquième jour, nous constatons une rougeur universelle, scarlatine absolument, et nettement granitée, très foncée aux membres, donnant lieu à un picotement pénible; fièvre légère, pharyngite érythémateuse, langue saburrale, pas d'albumine urinaire. Il est impossible de voir une éruption plus scarlatineuse, et cependant l'abaissement de la fièvre coïncidant avec une éruption dans son plein, en même temps qu'une desquamation fine, occupant la face, surtout dans la barbe, le col, les épaules, c'est-à-dire les points de début, rendent le diagnostic très aisé et nous permettent d'affirmer l'érythème. D'ailleurs, le malade facilite singulièrement les choses en racontant que, depuis sept ans, tous les ans au printemps, généralement à la suite d'un refroidissement, il présente la même série des symptômes, absolument identique à celle qu'il offre aujourd'hui.

Les jours suivants montrent la réalité de ses assertions; la desquamation se généralise restant toujours à petits éléments, les plus grands ne dépassant pas un centimètre carré; après vingt-quatre heures de diète lactée et de repos au lit, la température du matin était de 36°,6, et l'urine toujours normale. Le 22 avril, septième jour du séjour et onzième de la maladie, la rougeur avait disparu à peu près complètement, une desquamation furfuracée fine occupait toute la surface du corps. Le malade, se trouvant tout à fait bien portant, réclamait sa sortie, assuré qu'il avait au moins une année devant lui.

OBSERVATION II. — *Érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant, type bénin, à accès rapprochés; étiologie variable selon les accès.*

Un jeune homme de dix-huit ans, à la suite d'un refroidissement, est pris de fièvre, de frisson, de céphalalgie, et obligé de s'aliter. Le troisième jour, éruption débutant par les cuisses, et se généralisant rapidement, mais avec

prédominance à l'abdomen et à la partie postérieure du tronc. A l'entrée dans mon service le 21 mars 1881, sixième jour, une desquamation à larges lambeaux occupait déjà les plis inguino-cruraux. Généralisation de l'exfoliation, et guérison complète en trois septénaires. Au mois de septembre de la même année, deuxième atteinte plus légère, soignée dans un autre service du même hôpital (pavillon Saint-Mathieu); durée deux semaines. Aux mois de septembre et d'octobre 1882, deux poussées plus légères encore.

Cinquième récurrence. Le 27 juillet 1883, le malade, croyant être atteint de poux du pubis, se fait une friction d'onguent napolitain (dix centimes d'onguent).

Le soir, vive cuisson, et rougeur aux points frictionnés. — 28 juillet, fièvre, éruption généralisée; le scrotum et le fourreau sur lequel s'étaient faits des soulèvements phlycténoides desquamant; — un herpès labial péri-buccal apparaît.

30 juillet, jour de l'entrée, quatrième de la maladie: rougeur scarlatine généralisée, sauf à la face, au col, aux faces palmaires et plantaires; le maximum existe dans la zone génitale, lisse sur les membres, granitée, ansérine sur le tronc; herpès orbiculaire en dessiccation; desquamation limitée aux organes génitaux; T. 38°, 8; P. 100. Langue saburrale, rouge vif sur les bords. — Urine non albumineuse.

2 août, septième jour, apyrexie, rougeur persistante, desquamation généralisée fine sur presque tous les points, excepté aux régions génito-inguino-crurales, où ce sont de vastes lambeaux fins.

Du 2 au 16 août, la desquamation continue avec les mêmes caractères, les lambeaux s'élargissent mais ne dépassent guère un ou deux centimètres, et le malade quitte l'hôpital le 17, se trouvant en état de reprendre prochainement son service.

OBSERVATION III. — *Érythème scarlatiniforme desquamatif à accès subintrants, type aigu, forme grave; origine iodomercurique probable.*

Le 1^{er} mars 1878, une couturière de vingt ans vient à pied à l'hôpital Saint-Louis, et est placée dans le service de l'un de nous, salle Saint-Thomas, n° 44.

Elle a cependant de la fièvre. P. 112; T. 38°,8; elle est très abattue. — Éruption généralisée universelle, granitée sur quelques points, rouge scarlatineux; face pâle, à l'exception des paupières qui forment comme deux larges lunettes très rouges. Maximum de rougeur sur le corps, à la face postérieure du tronc, aux avant-bras, aux membres inférieurs; les plis articulaires sont épargnés. Sur plusieurs points, particulièrement aux membres inférieurs, on voit à l'œil nu et on détaille à la loupe, une desquamation ponctuée concentrique aux orifices sébacéopilaires. — Douleur à la déglutition sans rougeur vive du pharynx, stomatite exulcéreuse intermaxillaire, liseré gingivodentaire rouge exulcéré. Un petit ganglion sous-maxillaire à gauche. Aucun des assistants ne met en doute l'existence d'une scarlatine.

Cependant, à en croire la patiente, l'éruption actuelle (1^{er} mars) date du 19 février, époque à laquelle elle aurait apparu en même temps qu'une fièvre intense de vingt-quatre heures de durée, et qui aurait cédé en peu de jours sans desquamation. Le 25, retour de la fièvre et reproduction de l'éruption qui date par conséquent de cinq jours, en suivant les renseignements de la malade.

Le 5 mars, neuvième jour, l'éruption persiste, la desquamation est en pleine activité, écailleuse sur la face dorsale des mains et des poignets, fissuraire aux coudes, lamelleuse dans les plis articulaires, là même où il ne semblerait pas y avoir de rougeur. Dans le plus grand nombre des points, le pro-

cessus desquamatif débute par les orifices folliculaires, prenant pendant quelque temps l'apparence de vésicules évacuées, puis s'élargissant concentriquement, et s'associant pour constituer les îlots définitifs de desquamation. Sur l'abdomen et sur le tronc, quelques rares sudamina. Les paupières desquamant, puis la face, même aux points où on n'avait pas vu d'érythème. La température et la fièvre déclinent ayant toujours une exacerbation vespérale de un demi à un degré; l'état général semble s'améliorer; la langue est normale; le malade n'accuse aucune douleur, l'urine examinée chaque jour depuis l'entrée n'a jamais été albumineuse. Le traitement a consisté à mettre la malade au repos du lit, et à la soumettre à la diète lactée.

Le 9 mars, douzième jour, sans cause appréciable, l'éruption persistant et la desquamation s'effectuant toujours, le pouls se relève et la température, qui était descendue à 37° le matin, 37°,5 le soir, reste à 37°,5 le matin et dépasse 38 le soir. Le 10, une épistaxis. Le 12, T. 38°,5; P. 96, frisson, rien d'apparent.

La desquamation continue, la rougeur est moindre mais persiste, les conjonctives sont injectées, la stomatite intermaxillaire est accusée, et les mouvements de la bouche sont gênés. Nulle douleur articulaire. Rien d'anormal à l'auscultation du cœur ni du poumon.

L'urine n'est pas albumineuse.

Le 14, dix-septième jour de la maladie, P. 112; T. 38°,5, 39. — Langue saburrale bordée de rouge; douleur accusée à la région fessière à droite, où l'on trouve, au niveau du sillon, une induration dermique diffuse de quatre à cinq centimètres, très douloureuse.

La desquamation universelle continue, très active à la paume des mains, par très larges lambeaux.

Le 15, au centre du placard induré, eschare de 0,025 sur 0,02. Le 16, décollement périphérique partiel, issue abondante de pus et de sanie. Le 17, l'eschare se détache; la température revient à 37° et tous les phénomènes généraux ont cessé.

Le 23, la plaie de la région fessière bourgeoine, mais est très lente à se cicatrifier; la desquamation et la rougeur s'éteignent simultanément; les ongles et les poils n'ont présenté aucune altération. Il n'y a jamais eu d'albumine dans l'urine.

Le 24, nouvelle élévation thermique correspondant à une idradénite multiple de la région axillaire à gauche.

Le 2 avril, trente-sixième jour, la température revient à 37° le matin, 37°,5 le soir.

Il ne se produit plus aucun incident nouveau, et la malade est gardée en observation jusqu'au 11 mai, retenue jusqu'à la fin d'avril par la non-guérison du décollement assez vaste de la région fessière.

La durée de la période éruptive proprement dite a été de quatre à cinq septénaires; la durée de la desquamation de trois à quatre septénaires.

Cette femme n'avait jamais eu rien de semblable. Quelques semaines avant le début de cette éruption, elle avait eu une « plaie à la vulve, et des pertes blanches »; un médecin, consulté, a ordonné des pilules de Sédillot — pilules d'onguent mercuriel — et de la solution d'iodure de potassium qu'elle continuait à prendre même après la première éruption, et la veille et le matin même de son entrée elle avait pris six cuillerées d'une solution d'iodure de potassium d'iodure à 4/120.

L'état des ongles n'a pas été noté, mais il est probable qu'ils n'ont pas été atteints d'une manière appréciable; il en est de même pour les cheveux.

OBSERVATION IV. — *Érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant, type subaigu, forme grave, à début polymorphe, morbilliforme, ortié, etc.; origine iodomercurique.* (Observation rédigée d'après les notes communiquées par M. MOREL-LAVALLÉE, chef de clinique de la Faculté, à l'hôpital Saint-Louis.)

Femme de chambre, vingt-huit ans, soignée depuis plusieurs semaines pour une syphilis secondaire bénigne par le Dr Deschamps. 0,05 de proto-iodure de mercure par 24 heures.

1888. Janvier 28, malaise; 29, obligation de s'aliter; 30, purgation, légère douleur pharyngée (la malade est sujette aux maux de gorge et a, d'ailleurs, des syphilides pharyngées; on suspend le proto-iodure. 31, quatrième jour, pharyngite diffuse légère, éruption d'aspect rubéolique boutonneux, constatée par le Dr Deschamps sur les poignets et la face dorsale des mains.

1^{er} février, cinquième jour, l'éruption s'étend en nappe rouge intense sur les mains, et sur le tronc, la racine des membres, érythème rosé diffus avec lacunes pâles, rubéoliforme. — 3, septième jour, éruption généralisée morbilliforme sur tout le corps, face et col exceptés, rouge foncé aux mains avec tuméfaction douloureuse; injection conjonctivale. — 4, malaise général très accentué; l'éruption affecte l'aspect morbilliforme, mais est rosée comme un rash cholérique, nettement ortiée par places. Extrémités supérieures tuméfiées d'un rouge violacé uniforme, infiltrées douloureuses à la pression. (M. MOREL-LAVALLÉE compare cet aspect à celui qu'il a observé dans un cas d'intoxication par les injections vaginales de bi-iodure de mercure dans le service de M. PINARD.) Peut-être aussi la malade a-t-elle pris, mais à une époque précédant l'éruption de deux semaines, une certaine quantité d'antipyrine.

5 mars, neuvième jour, la malade est entrée à la clinique du professeur FOURNIER, salle Henri IV, lit 40; caractères déjà notés le 3; les plis, aines et aisselles, creux poplités, et la face sont épargnés; T. v. 39°; urine non albumineuse. — 7, T. m. 38°. L'aspect scarlatineux est établi et constaté par MM. BESNIER et TENNESON, par M. VIDAL. La face elle-même est rouge, les deux tiers antérieurs de la langue ont desquamé; au-dessus des poignets, desquamation pointillée; méralgies et arthralgies des genoux et des petites jointures des mains (?); adénopathie généralisée dolente. — 10, les jointures ne sont plus douloureuses; aucune n'est tuméfiée; la face est gonflée; un vomissement. — 11, l'éruption, qui était encore granitée aux jambes, pâlit; tronc couvert de sudamina (aspect de l'éruption de thapsia); face gonflée avec occlusion des yeux; T. v. 40°.

Derme infiltré, hyperesthésié vivement; l'urine est toujours non albumineuse. — 12, tous les phénomènes cèdent: T. 38°,3; desquamation large aux poignets et au pubis. — 13, la desquamation se généralise; partout elle a un début punctiforme, mais elle évolue avec une extrême rapidité, en même temps qu'il n'existe plus sur tout le corps un seul point qui ne soit rouge, rouge jaunâtre et fané. Le cœur reste intact. — 14, en même temps que la desquamation s'étale, un suintement eczématiforme se produit à la face, au cuir chevelu, et dans les plis rétro-auriculaires: T. r. 40°,2. — 15, T. m. 38°,9; lit rempli de squames. En plusieurs points, les lambeaux qui vont s'exfolier sont soulevés par des phlyctènes irrégulières, punctiformes; en certaines régions, à la face, au front, le gonflement, l'état vésiculo-croûteux donnent l'aspect des sujets atteints de grandes brûlures. La paume des mains se fissure, les mouvements de flexion et d'extension du col et des membres arrachent des cris; excoriation au niveau de l'ischion. L'état général semble grave; mais cette situation ne se prolonge pas plus de trente-six heures; le 17, l'amélioration se manifeste; la desquamation est si rapide que, à la paume des mains, où, il y a quarante-huit heures, l'épiderme était à peine fissuré aux grands