

plis, toute la couche cornée se détache d'un lambeau, pendant que les doigts ne se dépouillent qu'à leur racine, et qu'aux pieds la desquamation dorsale, punctiforme, est confluyente; en même temps, le suintement, l'aspect eczématiforme se sont accrus. — 20, vingt-quatrième jour, T. m. 38°, langue normale; l'hyperesthésie cutanée est toujours très prononcée; les paupières se dégonflent, bien que la face ait encore l'aspect eczématiforme; la couche cornée de la plante des pieds se détache en un lambeau. — 24, diarrhée succédant à une constipation jusque-là opiniâtre; état général très bon; apyrexie.

Mars, 5, trente-neuvième jour; la desquamation diminue, et a déjà cessé dans la région dorsale. — 8, peau rosée, desquamation terminée, sauf à la partie postéro-supérieure des cuisses; depuis quelques jours, un peu de douleur et de tuméfaction de la région sus-hyoïdienne; phlegmon, ouvert le 12, rapidement cicatrisé, mais laissant un empatement persistant. — 12, la desquamation est terminée; c'est le quarante-sixième jour. — 16, idradénites légères dans les deux aisselles. — 17, quelques pustules d'ecthyma furonculéux aux deux mains; furoncle du volume d'une noisette à la région temporale droite. — 20, nouvelles pustules à la face plantaire, et en arrière des cuisses. — 24, furoncle de la région sacrée.

Ongles et poils. — L'altération des ongles date du troisième septenaire. Au dix-huitième jour, ils ne semblaient avoir subi aucune altération; cinq sont tombés: le premier, un ongle du gros orteil avec un lambeau épidermique, tout à sec, sans suppuration, sans périonyxis, dystrophisés, épaissis, craquelés, écailleux, striés en long. Au moment de la sortie, quatre-vingt-sixième jour de la maladie, les ongles des mains avaient l'aspect de masses grises, grenues, feuilletées, irrégulières, comme des débris de pierre ponce.

A l'époque où s'est produite la dystrophie unguéale, et aussitôt que les croûtes humides du cuir chevelu ont été remplacées par des squames, les cheveux ont été coupés ras, et en une semaine presque tous étaient tombés. A ce moment, se place une furonculose discrète, vite arrêtée, du cuir chevelu.

Avril 5, bien que la malade semble guérie et se lève, nouveaux furoncles au niveau des grandes lèvres. — 21, tout est terminé; état général excellent; aucun indice de l'état syphilitique signalé dans l'antécédent. Sortie au quatre-vingt-sixième jour de la maladie.

RÉCIDIVE : Suite communiquée par M. MOREL-LAVALLÉE.

« Le 23 juillet de la même année, la malade se présente à notre consultation, atteinte d'une roséole de retour (syph. érythémateuse circonscrite); santé générale excellente; les cheveux ont repoussé ainsi que les ongles dont la partie adhérente croît saine et non déformée.

On prescrit pilules de proto-iodure de mercure à 0,05 c., une par jour; elle en prend une le vendredi soir 20 juillet; une seconde, le samedi matin. Le troisième jour, dimanche 22 juillet, elle se réveille les yeux enflés (déjà elle s'était grattée dans la nuit); dans la soirée, les mains devenaient rouges et enflaient.

23 juillet. — La face dorsale des mains et des poignets est recouverte d'un érythème rouge vif, sans limite régulière ni bordure à l'avant-bras; au toucher, la peau est tuméfiée, granuleuse, le doigt s'y imprime et en efface momentanément la rougeur. Aux bras et sur le moignon de l'épaule droite (face externe) est une plaque analogue d'érythème, irrégulière, plus diffuse de contour, plus rosée, bien plus ortiée. Cette disposition ortiée se retrouve encore d'une façon beaucoup plus accentuée sur un placard présternal large comme la paume de la main et où les doigts perçoivent un relief rénitent comme dans l'urticaire tubéreuse.

Face. — Œdème mou péri-oculaire causant une demi-occlusion des yeux, la

peau est là, comme sur la joue, le siège d'une rougeur granitée et légèrement saillante.

Langue humide non recouverte d'enduit blanchâtre, non épaissie.

Nulle part il n'y a de vésicules, mais simplement un état fortement chagriné des surfaces érythémateuses.

M. Fournier prescrit 1 gramme d'iodure de potassium, à titre d'éliminateur.

24. — La rougeur des mains est moins vive, la tuméfaction a diminué, le placard ortié présternal a disparu. La bande érythémateuse scapulo-brachiale droite est à demi effacée.

L'aspect est toujours scarlatiniforme aux mains; rien aux aines ni aux aisselles. En revanche, l'œdème péri-oculaire impose le diagnostic d'érythème ortié. Le prurit du reste a été assez intense pour empêcher tout sommeil cette nuit, et au dos il y a des papules ortiées; dans les régions déclives, les éléments de la roséole circonscrite ont pris le caractère ortié.

Pas de fièvre, langue normale et humide, pas de salivation, pas d'albuminurie, état général normal, sauf le prurit.

Aux endroits où siège l'érythème, la température est notablement plus accusée.

L'amélioration notable prouve que, dans le médicament ayant causé l'éruption, c'est bien le mercure qui a agi et non l'iode, puisque la malade a pris hier un gramme d'iodure de potassium.

25. — L'œdème des paupières a disparu, ainsi que le placard présternal.

Aux avant-bras, la peau est rugueuse, chagrinée, vésiculoïde, plus chaude aux sièges de la lésion que sur la peau saine; un petit placard érythémato-papuleux s'est montré au genou gauche.

Langue normale. La température reste toujours normale.

26. — La rougeur a à peu complètement disparu aux mains; l'éruption ne persiste qu'à la face dorsale des poignets et externe des bras, sous la forme de petites papulo-vésicules chagrinées et agglomérées sur un fond moins érythémateux. La peau est toujours plus chaude au siège de l'érythème.

27. — Rougeur très légère aux poignets, plus accentuée à la face interne du bras droit. En cet endroit, la peau est notablement plus chaude.

Aux paupières et au pourtour des yeux, la peau desquame. Picotements aux yeux, larmolement.

Desquamation au cou, au niveau du sterno-cléidomastoïdien gauche.

28. — Le picotement et un léger larmolement des yeux persistent.

La desquamation est plus accentuée, bien que légère d'une façon générale. La malade sort.

Le 17 août, M. Morel-Lavallée revoit la malade: état général excellent; desquamation en grandes lamelles de la paume des mains, qui n'avait pas présenté de rougeur visible cette fois-ci.

Toutes les régions où a siégé le dernier érythème ont desquamé en lamelles plus ou moins larges. »

G. — *Différenciation clinique.* — Le diagnostic des érythèmes scarlatiniformes est délicat à toutes les périodes; au début, il s'agit essentiellement de les différencier de la scarlatine; ultérieurement, surtout si l'on a pas observé la maladie à ses premières phases, il faut les distinguer de quelques autres érythrodermies; rétrospectivement, le diagnostic avec une scarlatine est encore, parfois, très important à établir.

a) *Scarlatine.* — Au début, à moins que le malade ayant déjà eu plusieurs fois la même affection n'éclaire le médecin, c'est avec la scarlatine

que se pose d'abord la question, et qu'elle reste souvent posée aussi longtemps que la maladie n'a pas dépassé la durée du stade éruptif de cette fièvre éruptive. Que l'on ne dise pas que la moindre intensité des symptômes initiaux, le degré thermique, l'imperfection ou le caractère limité de l'éruption, etc., suffisent pour éliminer l'idée de scarlatine. Rien, ni dans la période pré-éruptive, ni dans le stade initial de l'éruption, ne justifie cette assertion; aucun phénomène, *isolé*, n'est pathognomonique.

Dans l'éruption elle-même, rien qui ne puisse être observé dans les deux affections, pas plus les formes que les inégalités de distribution, lesquelles peuvent appartenir aux variétés de la scarlatine — rubéolique, tachetée, vergetée, localisée, lisse, papuleuse, etc. — ou à ces scarlatines irrégulières ou incomplètes qui restent douteuses ou méconnues même jusqu'à ce que, pour les médecins pédiâtres les plus compétents, la propagation contagieuse, la desquamation, l'albuminurie, l'éclampsie secondaire, etc., viennent éclairer le jugement.

Et inversement, dans notre hôpital Saint-Louis où se trouvent réunis des dermatologistes habitués à ces difficultés, il n'est pas rare que le diagnostic entre une scarlatine et un érythème scarlatiniforme au début soit ajourné, ou fait à contresens, s'il est posé extemporanément. Cette difficulté, toutefois, n'est que *momentanée*; aussitôt les délais de l'éruption scarlatineuse passés, alors même que l'érythème est absolument scarlatiniforme, alors que la difficulté objective subsiste tout entière, on peut décidément éliminer le diagnostic de scarlatine. Ajoutons que, dans les cas où un jugement erroné est formulé, ce n'est pas comme quelques auteurs ont paru le croire, par difficulté absolue, ou par incapacité diagnostique, mais simplement par *insuffisance d'enquête*.

La durée de l'éruption de la scarlatine ne dépasse pas neuf jours, en attribuant trois jours pleins à chaque stade d'augment, d'état et de déclin; donc, c'est un maximum de dix jours à donner du fait de l'éruption à la période ambiguë.

Il est entendu que les caractères de probabilité tirés de l'état de la gorge, du type fébrile, des conditions de contagiosité connues, le lieu d'élection du début de l'éruption et tous les autres phénomènes cliniques peuvent être utilement invoqués et discutés; mais, nous le répétons, la scarlatine se prêtant à une foule d'exceptions et d'irrégularités, et l'érythème scarlatiniforme affleurant la scarlatine dans tous ses points, on ne trouvera pas toujours une base d'élimination solide et *immédiate*, aucun examen bactériologique ne pouvant encore déceler l'élément spécifique de la scarlatine.

C'est en raison de ces difficultés que nous avons, depuis longtemps, attiré l'attention sur la *desquamation précoce* des érythèmes scarlatiniformes; ainsi que nous l'avons dit plus haut, souvent dès le second jour de l'éruption, si l'on examine attentivement la peau à la loupe, dès le troisième ou le quatrième au plus, on trouve en quelques points, plis inguinaux, axillaires, face palmaire de l'avant-bras, etc., une desquamation pointillée, ou même déjà étendue à de larges surfaces, selon le mode que nous avons spécifié plus haut. Il peut arriver dans l'érythème scarlatiniforme, bien que rarement, que cette desquamation soit un peu

retardée, et, inversement, il ne serait pas impossible que, dans certaines scarlatines suraiguës, la desquamation n'anticipât sur les délais réglementaires; mais tout cela est exceptionnel, et quand la desquamation est *vraiment précoce*, elle a toute la valeur que nous lui avons attribuée.

Une fois cette période, d'une durée de dix jours maximum, accordée à l'éruption de la scarlatine, la simultanéité de la rougeur et de la desquamation servent à confirmer le diagnostic ou à l'établir si le malade est vu seulement à cette période. Dans ce cas, on ne se laissera pas détourner de la réalité même par la coïncidence de l'albuminurie, laquelle est plus rare certainement pendant la période desquamative des érythèmes que durant le décours de la scarlatine, mais qui peut exister dans l'érythème scarlatiniforme le plus authentique. — Voyez l'excellent mémoire de PERRET, De l'Érythème scarlatiniforme récidivant, in *Lyon médical*, 1885.

Les dystrophies unguéales, qui surviennent au cours d'un érythème scarlatiniforme, sont-elles de nature à établir *rétrospectivement* le diagnostic différentiel entre une scarlatine et un érythème scarlatiniforme? Ou, en d'autres termes, la desquamation scarlatineuse peut-elle s'étendre aux ongles? Il n'y aurait rien d'impossible à cela, mais nous ne l'avons jamais vu; aucun des faits produits ne le démontre, et les cas de scarlatine rapportés comme suivis de chute des ongles sont tous contestables. Voici, par exemple, une observation résumée mais complète — Ein Fall von bleibender Vernderung der Haar und Hautfarbe nach Scharlachfieber, Mitgetheilt von Dr. WALLENBERG in Danzig; *Viertelj. für Dermat. und Syph.*, p. 63, 1876, où l'on appelle « fièvre scarlatine » un cas d'érythème scarlatiniforme, ou de dermatite exfoliatrice, manifeste non seulement par la série des symptômes, mais encore par la séquelle.

Voyageur de commerce, vingt et un ans, « fièvre scarlatine, » 4 janvier 1869. Rougeur de la peau très intense, hyperhémie du pharynx modérée; pas d'albumine dans l'urine durant toute la maladie. La desquamation prit une marche spéciale. Dans la plupart des cas de scarlatine, l'épiderme se détache en lambeaux plus ou moins grands et l'épiderme normal apparaît ensuite; ce même fait se produit aussi lorsque, comme dans la scarlatine miliare, quelques vésicules de la grosseur d'une graine de pavot détachent l'épiderme de la couche muqueuse; il est plus rare que de grosses bulles se forment avec un contenu séreux ou purulent, qui se rompent ensuite et laissent la couche muqueuse à découvert. Dans le cas actuel, l'épiderme fut détaché par l'exsudat de la couche de Malpighi presque sur toute la surface du corps, de telle sorte que le réseau était sur des surfaces de la grandeur de la paume de la main, à nu ou recouvert de croûtes muqueuses. En quelques points, paupières, nuque, jambes, il survint des abcès dans le tissu cellulaire sous-cutané, on dut les inciser pour évacuer le pus. Comme, au début de la desquamation, le malade avait énergiquement refusé de prendre des bains, elle se prolongea environ quatre semaines. De plus, les ongles des doigts et des orteils se détachèrent; les cheveux, la barbe, les sourcils, les cils, les poils des parties génitales et les poils follets de tout le corps tombèrent complètement.

L'auteur ajoute que la suite de ce processus de desquamation fut encore plus extraordinaire. Avant sa maladie, le sujet avait le teint et les cheveux brun foncé; après la desquamation, les cheveux repoussèrent blancs comme

chez un albinos, et la peau resta blanche presque comme du lait avec une teinte rougeâtre..... La peau de W. (peut-être à la suite du manque de pigment?) est devenue exceptionnellement irritable : huit heures environ après l'application d'un peu de pommade grise, on vit se développer rapidement une rougeur diffuse de toute la peau. Quatre ans et demi plus tard, il lui survint, après s'être exposé, l'été, aux rayons directs du soleil, un « eczéma » généralisé aigu qui se termina par la desquamation de tout l'épiderme. L'« eczéma » se renouvela ensuite après une forte dose de quinine, et récemment il a eu encore un « eczéma » généralisé avec desquamation après une friction avec l'onguent gris contre des morpions.

b) *Érythrodermies diverses.* — A la période paroxystique de certains érythèmes scarlatiniformes desquamatifs, localisés ou généralisés, de cause externe ou interne, on peut voir survenir du suintement eczématisé, des fissures, et le patient, examiné à ce moment, pourrait être supposé atteint d'*eczéma rubrum exanthématique*; mais ici le diagnostic s'établit, non par ce phénomène, qui est simplement épisodique, mais par l'ensemble des symptômes observés pendant toute la durée de la maladie. Celui qui jugerait ainsi, par la seule objectivité immédiate, une maladie à évolution multiforme, s'exposerait à des erreurs et à des mécomptes contre lesquels il doit se tenir en garde. C'est seulement au début, que l'eczéma exanthématique, ou encore quelques érythrodermies eczématiformes secondaires, dues le plus ordinairement à une action médicamenteuse, pourraient rendre le diagnostic ambigu, et qu'il pourra être nécessaire de suspendre momentanément le jugement.

Ces remarques s'appliquent à une série d'*érythrodermies* qui, à un moment donné de leur cours, et à un examen objectif simple, peuvent simuler les érythèmes scarlatiniformes. — Voyez plus loin l'*Appendice des Traducteurs* sur le *pityriasis rubra*.

H. *Pronostic.* — Bien que l'on ait produit quelques observations d'érythème scarlatiniforme à issue funeste (nous parlons des érythèmes scarlatiniformes proprement dits et non des scarlatinoïdes secondaires), il n'en est pas moins certain que le pronostic est rarement d'une gravité réelle. Les cas mortels sont peu nombreux, et, pour quelques-uns d'entre eux, la cause réelle de la mort reste à discuter. Mais le pronostic peut être sévère à la fois en raison de l'intensité du processus cutané, des phénomènes de dermite, et d'exfoliation des phanères, ainsi qu'en raison de l'éventualité des récurrences, avec cette circonstance atténuante que les récurrences sont généralement moins graves que ne l'a été la première atteinte, et que la cause quand elle extrinsèque peut être supprimée.

I. *Étiologie et pathogénie.* — Les conditions *pathogéniques* des érythèmes scarlatiniformes sont, en elles-mêmes, aussi obscures et aussi complexes que celles des érythèmes multiformes que nous étudierons tout à l'heure dans un *Appendice* spécial; elles doivent être soigneusement distinguées des conditions *étiologiques* ou *provocatrices* qui en déterminent la mise en jeu. Faute de faire cette distinction, beaucoup d'auteurs ont attaché à ces conditions *causales* une importance *nosologique* qu'elles ne comportent pas. Ce qui appartient à tous les sujets

atteints, c'est une *condition individuelle particulière*, une *intolérance propre*, non pas pour une cause ni pour un agent uniques, mais pour une série *très variée* de causes et d'agents morbides divers.

Il en résulte qu'une même affection peut être provoquée par les causes les plus diverses, de même qu'une cause semblable peut produire les états pathologiques les plus distincts. Lors donc que l'on trouve un érythème scarlatiniforme provoqué par un agent toxique interne ou externe, il ne s'ensuit pas qu'il soit *différent*, de sa *nature*, d'un autre cas dans lequel cette provocation n'aura pas existé. Sans sortir du cas particulier, il est aisé de s'en rendre compte en observant que, chez un même sujet atteint de récurrences identiques d'érythème scarlatiniforme, les causes peuvent varier à *chaque attaque*, selon la gamme la plus étendue de ces causes, venir de l'organisme, du dehors, être appliquées à l'intérieur ou à l'extérieur comme dans notre observation II et dans celle de Wallenberg et dans beaucoup d'autres, y compris l'observation lue par Petri au Congrès de 1889, où l'on voit des crises éclater sans cause connue, ou survenir à l'occasion d'une blennorrhagie, ou dériver directement d'un irritant externe.

Cela étant, on ne s'étonnera plus de voir une cause externe, un agent toxidermique donner naissance à une maladie *de longue durée* tout à fait *hors de proportion* avec la nature, l'énergie, la durée ou le mode d'application de la cause, toutes ces conditions n'ayant d'autre rôle que de *provoquer* l'explosion d'accidents morbides dont la nature, l'intensité, la durée, la forme symptomatique sont essentiellement liées à la *condition de l'individu*, et non à celle de la cause.

Cela dit, voici ce qui ressort de l'observation sur ces conditions étiologiques :

Dans quelques cas, aucune condition appréciable en dehors des banales; dans d'autres, mais moins souvent que dans le groupe des érythèmes multiformes proprement dits, le « rhumatisme », diverses maladies infectieuses ou virulentes, ou toxiques, blennorrhagie, syphilis, alcoolisme, etc., etc.

Très souvent, irritation de cause externe, soit d'origine professionnelle, usiniers travaillant à haute température, vidangeurs, mégisiers, etc., soit de source médicamenteuse, le mercure au premier rang. Parmi les agents toxiques internes, au premier rang encore le mercure, puis la belladone, l'opium, l'arsenic, la quinine, le chloral, l'acide phénique, les iodures, l'antipyrine, les salicyliques, etc., etc.

Bon nombre des érythèmes scarlatiniformes rapportés à des *causes pathologiques*, telles que le rhumatisme, par exemple, sont simplement *provoqués* par des agents toxidermiques internes ou externes; si cette condition causale reste souvent méconnue, cela tient à diverses raisons qu'il faut préciser : c'est d'abord, le caractère éventuel de l'action pathogénique des agents toxidermiques, lesquels *ne réalisent* l'éruption cutanée *que* chez certains individus prédisposés; *sans cette intolérance personnelle et spéciale, la maladie ne se produirait pas*; c'est, enfin, le délai existant quelquefois entre l'application de la cause et l'irritation du tégument, non moins que le manque de rapport réglé entre le degré

de cette irritation et la quantité de l'agent toxique employé, ou la durée de sa *présence réelle*.

Pour le mercure, en particulier, — voyez nos observations III et IV — agent provocateur certain et assez fréquent des érythèmes scarlatiniformes, on a souvent méconnu le rôle qu'il a joué chez certains sujets, par cette raison qu'on l'emploie sans cesse à profusion, à doses excessives, prolongées, toxiques, produisant des stomatites intenses, la cachexie mercurielle, etc., sans voir se développer ces érythèmes.

Ainsi donc, pour les érythèmes scarlatiniformes, — ainsi que nous allons l'établir tout à l'heure pour tous les érythèmes en général — il n'y a pas à établir d'espèces *nosologiques* vraies selon la *nature de la cause*; tous, chez les prédisposés, peuvent naître de conditions intrinsèques, ou bien être provoqués par des agents extrinsèques les plus variés, sans que leur *nature* en soit adultérée. — Le même érythème scarlatiniforme peut être « spontané » ou toxidermique, mercuriel ou autre, etc. Jamais, dans les érythèmes scarlatiniformes, la cause n'est univoque, de premier ordre, exclusive; en aucune manière on ne peut les assimiler aux *maladies spécifiques*, les seules dans lesquelles il n'y ait rien de plus nosologiquement élevé que la condition causale; ce n'est jamais à leur « cause » variable, éventuelle, inconstante, banale ou non, que les érythèmes empruntent leur caractère de nature; c'est au sujet lui-même.

J. *Traitement*. La thérapeutique à diriger contre les érythèmes scarlatiniformes varie nécessairement selon les cas, les sujets, les périodes.

Tout d'abord, suppression de l'agent provocateur connu; médication éliminatrice (?) si l'action toxidermique est récente; à titre général, *médecine des indications*, comme dans tous les érythèmes, car il faut renoncer à l'espoir de trouver un agent unique, spécifique, dans une maladie dont la condition étiogénique est aussi protéiforme.

Dans la majorité des cas, l'expectation — au sens vrai du mot qui ne veut pas dire nihilisme, — l'hygiène appropriée au sujet, au lieu, à la saison; le repos et un peu de temps suffisent pour mener la maladie à sa terminaison naturelle, la guérison.

Mais ce que nous déclarons *avec énergie*, c'est que l'on doit être sobre de médicaments toxiques, *quels qu'ils soient*, chez les scarlatiniformes pendant la durée de l'érythème; la lecture de plusieurs observations, l'observation de plusieurs faits, nous a donné la conviction que, chez ces malades, les interventions médicamenteuses étaient souvent nuisibles, *funestes* même, si la médication toxique est portée à des doses élevées, ou si elle est continuée malgré la gravité croissante du mal.

Localement, les onctions huileuses, l'onguent simple, quelquefois l'embaillotement humide, les bains quand il n'y a pas de détermination viscérale importante, suffisent à remplir les indications du traitement d'une affection cyclique qui peut être dirigée, atténuée, soulagée, abrégée, non jugulée, mais qu'une thérapeutique intempestive peut aggraver jusqu'à la rendre périlleuse.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(α) ÉRYTHÈMES IDIOPATHIQUES (ESSENTIELS)

1. — ÉRYTHÈME EXSUDATIF MULTIFORME (HEBRA)

Érythème polymorphe, Kaposi.

Comme l'indique le nom que lui a donné Hebra, ce processus est remarquable par la multiplicité de ses formes, et il se distingue de l'érythème congestif résultant d'une simple hyperhémie par l'exsudation qui constitue sa base (1).

Sur le type presque invariable de l'érythème multiforme, la maladie débute (2) simultanément et symétriquement à la face dorsale des mains et des pieds, ainsi qu'aux parties voisines de l'avant-bras et des jambes (3), par des taches disséminées, nettement délimitées, de la dimension d'une tête d'épingle, atteignant bientôt après celle d'une lentille, d'une coloration rouge vif et rouge cinabre, pâlisant sous la pression du doigt, plates

(1) Voyez pour prendre une idée précise des lésions de l'érythème multiforme, les importantes recherches de LELOR. — Rech. s. l'anat. path. et la nature des érythèmes, et de l'éryth. polym. en particulier. *Société anatomique*, avril 1884, et *Progrès médical*, 1884, — qui constituent une des belles applications de la *biopsie* à l'étude des maladies cutanées. Cf. PETRINI, *loc. sup. cit.* E. B. — A. D.

(2) Si l'on veut parler exactement, on ne saurait dire que l'érythème multiforme débute régulièrement par l'éruption; il y a très souvent, pour ne pas dire toujours, une période pré-éruptive dans laquelle se rangent tous les phénomènes très variables de la réaction fébrile, courbature, méralgies ou arthralgies, congestion pharyngée ou bronchique, troubles gastro-intestinaux, etc., etc. Ce qui est exact, c'est qu'aucune règle ne préside à tout cela, et que tout peut être observé depuis l'apyrexie jusqu'aux degrés élevés de l'hyperpyrexie; que la fièvre peut s'affaïsser après l'éruption ou demeurer, même croître avec elle, qu'elle peut préexister, ou n'appartenir qu'au molimen éruptif, être éphémère, rémittente, subintrante, continue; cela surtout selon l'état antérieur du patient, l'intensité du processus éruptif, la tolérance ou l'irritabilité propres du système nerveux, variables sous l'action d'une maladie protopathique, d'une commotion morale, d'une période menstruelle chez la femme, etc., etc.; et très certainement selon la nature ou le degré de la condition étiogénique première. Nous reviendrons sur tous ces points qui ne sont pas suffisamment spécifiés dans le texte courant; nous avons voulu seulement ici avertir le lecteur que, si nous respectons l'ordre descriptif adopté par l'auteur, nous ne l'adoptons pas.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(3) Le début simultané et symétrique par la face dorsale des extrémités est très ordinaire et très important à relever quand il existe;