

importants et *caractéristiques*, il faut encore mentionner les foyers blancs, sous forme de cônes, semblables à des infarctus et qu'on a signalés dans la *rate*. Ils empruntent leur signification clinique à la péritonite et aux états pyémiques auxquels ils servent de point de départ. L'*abcès de la rate* a été noté également.

Comme toutes les autres maladies infectieuses aiguës, le typhus récurrent présente **plusieurs variétés dans son évolution**. Citons tout d'abord les cas *bénins et abortifs*, dans lesquels les accès sont peu nombreux et où la durée de chaque accès est très courte. On a décrit d'autre part des cas qui ont montré un caractère quasi intermittent. Mais il faut signaler surtout cette forme sévère de typhus récurrent que GRIESINGER a observée le premier en Égypte et décrite sous le nom de « *typhoïde bilieuse* ». Après que la présence des spirilles fut établie avec certitude dans cette forme morbide, après qu'on eût montré notamment que par l'inoculation à un autre homme (!) on reproduisait une fièvre à rechute commune, il ne pouvait plus subsister de doute sur l'affinité des deux maladies. La typhoïde bilieuse se manifeste par accès exactement semblables à ceux du typhus récurrent. Mais le tableau morbide en est beaucoup plus sombre : en règle générale il se déclare un ictère intense et l'issue en est fréquemment mortelle. A l'autopsie on trouve parfois dans la rate fortement tuméfiée, des infarctus et des abcès, puis des abcès dans le foie, la néphrite septique, etc.

Le **pronostic** est le plus souvent favorable dans la fièvre récurrente commune. Dans les dernières épidémies, la mortalité n'oscilla que de 2 à 4 %. Les cas funestes qui se sont présentés étaient en partie imputables au manque de soins. Dans les autres, la mort était le résultat d'une complication (pneumonie, néphrite, etc.).

Le **traitement** du typhus récurrent doit jusqu'à présent être purement symptomatique. Le traitement antipyrétique est ordinairement inutile, par suite de la courte durée relative et du caractère souvent fortement intermittent de la fièvre. Les bains froids au surplus sont mal supportés par la plupart des malades, à cause de la grande sensibilité des muscles. Le plus souvent une bonne hygiène et des aliments appropriés suffisent amplement. Si les douleurs musculaires sont très intenses, on prescrira des embrocations avec l'huile de chloroforme. On traitera les complications d'après les règles généralement en usage.

Nous ne connaissons aucun moyen d'agir sur le processus morbide lui-même et d'empêcher le retour des accès. On a employé dans ce but, mais toujours sans succès, de grandes doses de quinine et d'acide salicylique,

etc. Dernièrement on a attribué au *calomel* une influence avantageuse sur la marche générale de la maladie ; le nombre des accès serait diminué par ce remède. Mais cette assertion a besoin de confirmation.

CHAPITRE QUATRIÈME.

SCARLATINE.

(Fièvre scarlatine.)

Nous commençons par la scarlatine la description de ces maladies infectieuses aiguës qu'on comprend d'ordinaire sous le titre « *d'exanthèmes aigus* ». A part la *scarlatine*, on range aussi dans ce groupe la *rougeole*, la *rubéole*, la *variole*, la *varicelle* et parfois aussi l'*érysipèle de la face*. Ces maladies ont cela de commun, que dans toutes se développe une éruption cutanée très caractéristique, dont la signification clinique, la plupart du temps, a par elle-même assez peu d'importance, mais qui, à raison de sa physionomie toute spéciale dans chacune de ces maladies prises à part, sert d'élément principal au diagnostic. Une partie des exanthèmes aigus, notamment la scarlatine, la rougeole, la rubéole et la varicelle, ont entre eux un lien d'affinité de plus en ce sens qu'ils se déclarent de préférence chez les *enfants*.

Étiologie. L'infection au moyen du poison spécifique scarlatineux s'opère presque toujours par la voie de la contagion : la scarlatine est une *maladie éminemment contagieuse*. Un séjour de courte durée dans le voisinage d'un scarlatineux suffit pour donner la maladie et il n'y a pas de doute non plus qu'elle se transmette par les objets avec lesquels le malade a été en contact, comme le linge, les habits, les meubles, les jouets, etc. Des personnes qui ont été en rapport avec des scarlatineux peuvent transporter la maladie sans la subir elles-mêmes. En Angleterre on a maintes fois admis la diffusion possible du contagion par l'intermédiaire du lait.

De nombreuses observations tendent à prouver que le poison scarlatineux est excessivement résistant et que sa vertu contagieuse peut se conserver de longs mois (c'est ce qu'on appelle « la *ténacité* » du contagion). On voit par là combien il est difficile, parfois même impossible, de dépister dans chaque cas la source de l'infection. La propriété infectante des scarlatineux dure jusqu'à la terminaison du stade de desquamation.

Le mode intime de l'infection, non moins que le poison spécifique lui-même, nous sont encore inconnus. On a affirmé à diverses reprises avoir constaté dans le sang et les tissus des scarlatineux la présence de bactéries, mais il n'est pas probable qu'on ait eu affaire en ces cas au véritable germe

spécifique de la maladie. Que ce dernier cependant soit contenu dans le sang et la sérosité des vésicules miliaires des scarlatineux, cela résulte de ce qu'on a réussi à diverses reprises à provoquer la maladie par l'inoculation directe au moyen des liquides susdits.

La *prédisposition* à la scarlatine est infiniment moins générale que la prédisposition à la variole, par exemple, ou à la rougeole. Dans les familles nombreuses, l'occasion étant la même pour tous, quelques-uns d'entre les enfants sont atteints tandis que les autres demeurent indemnes. Avec le progrès de l'âge la prédisposition diminue considérablement, bien que la scarlatine se présente encore assez souvent chez les adultes. La plupart des cas concernent des enfants de 2 à 10 ans. Au-dessous d'un an, la maladie est rare. Il est intéressant de remarquer que, dans les cliniques chirurgicales, les enfants atteints de *plaies récentes* ou ceux qui sont récemment opérés prennent la scarlatine avec la plus grande facilité. Le fait connu depuis longtemps déjà des *femmes en couche* qui montrent une prédisposition particulière pour la scarlatine, a probablement une portée analogue (1). C'est à de très rares exceptions que la maladie frappe une seconde fois le même individu, de sorte qu'une première atteinte confère le plus souvent de l'immunité contre une invasion subséquente. Il y a cependant, comme il a été dit, quelques exceptions à cette règle.

La scarlatine est actuellement répandue sur toute la surface de la terre. En Allemagne, la maladie se présente presque toujours sporadiquement, quoique de temps en temps, principalement en automne, des *épidémies* plus ou moins étendues se montrent en quelques endroits. Comme pour beaucoup d'autres maladies infectieuses, ces diverses épidémies diffèrent considérablement par l'ensemble de leur physionomie, et surtout par la bénignité ou la malignité de leur expression phénoménale.

Marche et symptômes de la maladie. La *période d'incubation* de la scarlatine est de 4 à 7 jours environ, parfois moins encore. Des prodromes marquants font presque toujours défaut pendant ce stade. Dès lors la maladie débute d'ordinaire assez brusquement par de la *fièvre* qui s'annonce par une sensation de froid, souvent même par un véritable frisson. A la fièvre se joint le *mal de gorge* qui le plus fréquemment dépend de l'*angine scarlatineuse* concomitante. Ajoutez à cela, dans tous les cas graves, des *symptômes cérébraux* ordinairement assez intenses : la céphalalgie, l'obtusion intellectuelle, le sommeil troublé, le délire, parfois même des convulsions chez les

1. Notons cependant à ce propos que, dans les maladies des femmes en couche, on a souvent confondu autrefois la scarlatine véritable avec des affections de nature septique (V. chap. XV).

très jeunes enfants, et puis, à titre de phénomène initial très fréquent et caractéristique, le *vomissement* plusieurs fois répété.

Communément déjà vers la fin du premier ou le second jour, se produit l'*exanthème scarlatineux* caractéristique, au cou d'abord, sur la poitrine et à la figure et bientôt sur presque toute l'étendue du corps. Cet exanthème consiste au début en une infinité de petits points rouges, très serrés les uns contre les autres, qui ne tardent pas à être reliés par un *érythème* diffus, d'un « rouge écarlate » vif. Ces petits points, légèrement saillants, correspondent le plus souvent à un engorgement des follicules pileux. La rougeur uniforme est produite par une hyperémie considérable de la peau, qui disparaît complètement sous la pression. La coloration est d'ordinaire le plus foncée sur le dos. A la *figure*, les *lèvres* et le *menton* conservent leur pâleur et tranchent d'une manière frappante et caractéristique avec la rougeur intense des joues. Si, avec un corps moussé, on trace quelques lignes sur la peau rougie par l'exanthème, peu après on voit apparaître, par suite de la contraction des vaisseaux, une strie claire correspondant aux endroits touchés. On peut de cette manière dessiner sur le dos des malades des lettres ou des figures entières. Ce phénomène n'est, du reste, pas propre à la scarlatine exclusivement, mais se produit de la même façon dans d'autres érythèmes.

L'exanthème se maintient en pleine floraison pendant 3 à 4 jours, et croît même encore en intensité les premiers temps de son existence. A la lumière artificielle il paraît plus vif qu'en plein jour. Entretemps, les symptômes généraux graves, la fièvre, l'accélération du pouls qui est le plus souvent d'une vitesse remarquable, les symptômes cérébraux et les troubles angi-neux persistent. La *rate* est parfois un peu gonflée, mais presque jamais à un haut degré. Ensuite l'exanthème commence à pâlir, la fièvre s'éteint petit à petit par décroissance *lytique*, l'état général et la dysphagie s'améliorent et à la fin de la première ou au commencement de la seconde semaine, les malades, dans les cas à parcours normal, entrent en pleine convalescence. Avec la disparition de l'exanthème commence d'ordinaire aussi la desquamation épidermique, par *grandes lamelles*, très caractéristique dans cette maladie. C'est principalement aux mains et aux pieds qu'elle est le plus prononcée, et c'est souvent un amusement pour les petits convalescents de s'arracher eux-mêmes l'épiderme en lambeaux plus ou moins grands. Mais dans les cas même les plus légers et les plus bénins en apparence, la convalescence peut être interrompue par l'apparition de la *néphrite scarlatineuse* secondaire qu'aucun moyen ne saurait prévenir avec certitude.

Après cet aperçu général du cours de la maladie, nous placerons la *descrip-*

tion détaillée de chacun des symptômes généraux et locaux, pour faire voir la grande diversité des aspects cliniques que la scarlatine présente.

1. *Fièvre* (v. fig. 5). Quoique, dans quelques cas *rudimentaires*, la fièvre fasse complètement ou presque complètement défaut, cependant toute scarlatine quelque peu prononcée s'accompagne d'une fièvre le plus souvent intense. C'est par exception qu'on observe des cas de scarlatine grave, dans lesquels la chaleur vitale n'est augmentée qu'à un faible degré ou même ne l'est pas de tout. En raison surtout de la brusque invasion de l'appareil morbide, la fièvre monte rapidement, dès le premier jour, jusqu'à 40° et 40°,5. Au second jour elle s'élève plus haut encore, pour persister ensuite, avec des oscillations assez peu considérables, pendant toute la période de l'efflorescence de l'exanthème. Ce stade présente parfois des températures de 40°,5 à 41°. Quand l'exanthème commence à pâlir et que les autres symptômes rétroèdent, la *déferescence* s'établit rarement, dans les cas légers, sous forme de crise, mais presque toujours d'une manière traînante et *lytique*, comme cela a lieu dans le typhus abdominal, seulement avec moins de régularité et plus de promptitude. La persistance de la fièvre jusque dans la deuxième semaine tient presque constamment (mais pas toujours cependant) à quelque complication appréciable, principalement à une angine grave qui se prolonge, à des altérations inflammatoires qui ont envahi les ganglions du cou, ou enfin à une otite purulente de l'oreille moyenne. — A la suite de l'exposé du cycle thermique, disons encore une fois que la *vitesse du pouls* dans la scarlatine est parfois *remarquablement accélérée*, surtout quand on la met en regard de l'élévation de la température.

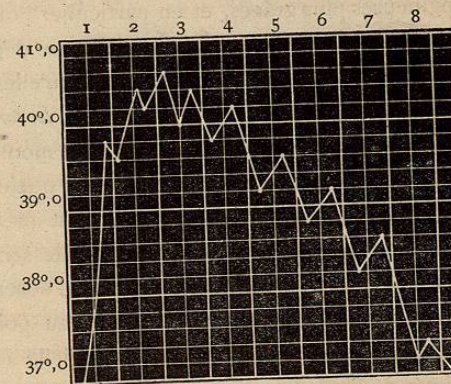
2. *Pharynx*. L'angine pharyngée constitue l'affection locale qui se rencontre le plus constamment dans la scarlatine. Ce n'est que dans des circonstances très rares qu'elle fait complètement défaut ; sa forme et son intensité cependant peuvent varier infiniment. Le degré le plus léger de la pharyngite est formé par l'*angine commune, catarrhale, érythémateuse*, consistant en une rougeur plus ou moins intense du voile du palais et des tonsilles, parfois accompagnée d'une infiltration parfaitement visible des petits follicules muqueux. Quelquefois la muqueuse est parsemée de petites extravasations sanguines. Dans d'autres cas, l'angine scarlatineuse est d'emblée marquée par un gonflement considérable des parties atteintes, surtout des amygdales, de sorte qu'on a affaire à une *angine parenchymateuse*. Souvent on voit se former dans les amygdales de petits *foyers purulents lacunaires* ou bien, à la surface des tonsilles, des *plaques nécrosées* qui, en s'éliminant, peuvent donner lieu à des pertes de substance plus ou

moins étendues et profondes, lesquelles sont parfois la source d'hémorragies sérieuses. On observe même de véritables *gangrènes* circonscrites des amygdales.

La forme d'affection pharyngée de loin la plus importante dans la scarlatine, puisqu'elle est en réalité le plus à redouter, c'est la *diphthérie dite scarlatineuse*, c'est-à-dire l'inflammation diphthéritique des amygdales et du voile du palais. Cette diphthérie se greffe d'ordinaire sur une angine scarlatineuse préexistante, du troisième au cinquième jour de la maladie. Sur les tonsilles ainsi que sur le voile du palais et la luette, se développent des taches blanchâtres, de couleur atone, qui s'étendent rapidement, provoquent la nécrose sèche de la muqueuse et, en s'éliminant, donnent lieu à de profondes pertes de substance. Il s'agit ici en réalité d'une inflammation diphthéritique, c'est-à-dire accompagnée de la formation d'un exsudat fibrineux dans l'épaisseur des tissus.

Un trait particulièrement caractéristique de la scarlatine diphthéritique, c'est, abstraction faite des cas qui deviennent funestes à courte échéance, l'*infiltration* considérable des ganglions cervicaux qui s'établit presque invariablement. Il est vrai que ces derniers sont toujours plus ou moins gonflés même dans les formes les plus légères de l'angine scarlatineuse, mais il est rare que ce

gonflement atteigne les mêmes dimensions que dans la scarlatine diphthéritique vraie. Ici ce ne sont pas les ganglions seuls qui s'infiltrent, mais encore leur atmosphère cellulaire qui présente de l'engorgement inflammatoire, de sorte que, dans les cas graves, la région cervicale tout entière et le plancher de la bouche sont affectés d'un œdème dur et très douloureux. Remarquons au surplus que la gravité de l'angine ne marche pas toujours parallèlement au degré d'intumescence des ganglions cervicaux. — La diphthérie scarlatineuse est presque constamment associée à une *stomatite* de même intensité et très souvent aussi à une grave inflammation de la muqueuse nasale, de nature *purulente* ou également *diphthéritique*. Conséquemment, on voit quelquefois se former aux ailes du nez et aux angles de la bouche des ulcérations superficielles. L'*otite* scarlatineuse (v. plus bas) est aussi une com-



Exanthème.

Fig. 5. Schéma d'une courbe scarlatineuse normale.

plication fréquente. L'affection ganglionnaire du cou se termine souvent par la formation d'abcès.

L'influence que la diphthérie scarlatineuse exerce sur l'ensemble de l'économie est presque toujours considérable. Indépendamment de l'intensité des douleurs locales, l'état général est parfois aussi sérieux que dans les grandes maladies septiques. Beaucoup de cas se terminent fatalement au bout de quelques jours, tandis que d'autres traînent plus ou moins longtemps, de façon qu'après plusieurs semaines la mort n'en arrive pas moins, souvent avec le cortège d'autres désordres pyémiques.

Quant au concept de pathogénie générale qui rend compte des affections pharyngées scarlatineuses, les formes les plus communes de l'angine appartiennent indubitablement et par un lien immédiat au processus scarlatineux, c'est-à-dire qu'elles sont les suites directes de l'infection. Pour les formes angineuses plus graves, et en particulier pour la diphthérie scarlatineuse, il est au contraire très probable qu'elles ne dépendent pas immédiatement du poison scarlatineux lui-même, mais qu'elles sont le résultat d'une *infection secondaire qui est venue se greffer sur le terrain d'une angine scarlatineuse primitive*. Cependant il n'en faut pas moins admettre qu'il existe entre les deux affections une corrélation intime quelconque, puisqu'il reste toujours à expliquer comment il se fait que c'est précisément la scarlatine qui est si souvent accompagnée de cette maladie secondaire spéciale, la diphthérie scarlatineuse. Néanmoins il importe d'observer que la diphthérie scarlatineuse n'a en tout cas rien à faire, au point de vue étiologique, avec la diphthérie pharyngée primitive essentielle (v. y.), quoique la forme anatomique de l'inflammation (diphthéritique) soit presque identique dans l'une et l'autre affection. Sous le rapport clinique toutefois les deux affections présentent plusieurs différences importantes. Signalons notamment que la diphthérie scarlatineuse, à l'encontre de la diphthérie pharyngée primitive, ne s'étend que rarement au larynx. Le *croup laryngé* ne se déclare donc dans la scarlatine que dans des cas exceptionnels (et ici il s'agit peut-être effectivement d'une complication de la scarlatine avec la diphthérie véritable), et les graves accès d'étouffement qui se montrent parfois dans la scarlatine tiennent d'ordinaire à un *œdème inflammatoire de la glotte*. En outre, une différence clinique importante entre la diphthérie essentielle et la diphthérie scarlatineuse, c'est qu'après cette dernière des *paralysies* du voile du palais, des muscles de l'œil, etc. ne se produisent *presque jamais*.

La question de l'infection primitive et secondaire dans la scarlatine ne sera définitivement résolue qu'après qu'on connaîtra positivement les divers microorganismes qui sont en jeu. Jusqu'à présent une seule donnée

est digne de remarque, c'est que, en cas de diphthérie scarlatineuse, on retrouve dans le tissu muqueux nécrosé, dans les ganglions lymphatiques et même dans le sang, le *micrococcus* particulier *en forme de chaînette* découvert par LÖFFLER et qui peut-être constitue l'agent morbide *secondaire* qu'on recherche.

Disons encore en terminant que dans la *scarlatine puerpérale*, cette affection pharyngée manque d'ordinaire totalement ou est à peine ébauchée. On peut se demander cependant, comme il a été dit ci-dessus, s'il n'y a pas eu confusion ici entre la scarlatine et d'autres affections.

3. A la description des affections pharyngées scarlatineuses se rattache naturellement celle des maladies de certains *organes de voisinage*, qui doivent être considérées, en majeure partie, comme *résultant d'une propagation ou d'un transport directs du processus inflammatoire émanant du pharynx*.

Nous avons parlé déjà de la *stomatite*, de même que de l'affection des *ganglions lymphatiques* (1) avoisinants et du tissu qui les entoure. La *parotidite* s'observe assez souvent dans les cas sérieux. L'*otite scarlatineuse* (otitis media) a une importance particulière, parce qu'elle conduit souvent à des désordres irrémédiables du côté de l'audition.

L'inflammation de l'oreille moyenne se déclare communément au moment de la desquamation, parfois encore plus tôt, et doit anatomiquement être prise pour un simple catarrhe de l'oreille moyenne, ou bien, dans les cas graves, pour une véritable diphthérie de la caisse du tympan. Comme la dureté de l'ouïe et les douleurs de l'oreille peuvent, dans la foule des autres symptômes, facilement passer inaperçues, c'est seulement lors de la *perforation du tympan* et de *l'otorrhée purulente consécutive* qu'on reconnaît l'affection auriculaire. Très souvent, elle laisse *pour toujours* à sa suite un certain degré de *surdité*. D'après certaines données statistiques, dans 4 à 5 % des cas de dureté de l'ouïe, on retrouve comme cause une scarlatine remontant à l'enfance. L'*otite scarlatineuse* présente rarement des dangers immédiats, cependant on a noté des cas de *méningite purulente* se déclarant après elle.

Nous avons déjà signalé l'*inflammation de la muqueuse nasale*, purulente ou même diphthéritique, qui accompagne presque toujours l'angine scarlatineuse grave. On voit aussi, mais très rarement, se manifester la *conjonctivite* purulente, probablement à la suite d'un transport direct.

Donnons encore une mention spéciale à l'état de la *langue* dans la scar-

1. Remarquons encore que dans la scarlatine on constate quelquefois une *légère infiltration généralisée des ganglions lymphatiques* (du cou, de l'aisselle, de l'aîne, etc.)