

latine. Après que l'enduit initial s'est détaché, la langue le plus souvent présente, d'une manière très caractéristique, une rougeur diffuse et un fin pointillé constitué par les papilles en érection (*langue scarlatineuse, langue framboisée*).

4. *Peau.* L'exanthème scarlatineux caractéristique, tel qu'il se montre d'une manière presque uniforme dans la grande majorité des cas, a été décrit plus haut. Il nous reste à noter encore, concernant l'exanthème, quelques déviations du type commun.

D'abord l'exanthème peut n'avoir qu'un développement *rudimentaire*. Il est alors peu prononcé et visible seulement en quelques endroits limités du corps (la face, le tronc, les extrémités).

Des *déviations de forme* se déclarent assez fréquemment : tantôt il se fait dans la peau un développement de nodules plus gros (*Sc. papulosa*) ; d'autres fois il se produit de petites vésicules (*Sc. miliaris*). Cette dernière forme, connue sous le nom de *suetie scarlatineuse*, affecte de préférence le tronc, mais aussi les extrémités, et est souvent occasionnée par une forte sudation, par l'embaumement, etc. Beaucoup d'épidémies se distinguent par la prédominance de la suette scarlatineuse. Il arrive plus rarement que l'exanthème se présente avec un aspect *tacheté* qui le fait ressembler à l'éruption rubéolique. Dans les cas de répartition irrégulière de l'exanthème, on emploie le terme de *Sc. variegata*. Les petites *hémorragies* cutanées n'ont pas de signification mauvaise. Mais les cas déclarés de *scarlatine hémorragique* sont toujours éminemment redoutables, puisqu'ils sont presque toujours l'expression d'une infection générale grave et le plus souvent associés à une *diathèse hémorragique généralisée*. D'autres affections cutanées, comme l'*herpes* et l'*urticaire*, se montrent assez fréquemment en outre de l'exanthème scarlatineux. La *furonculose* a été observée plusieurs fois après le décours de l'exanthème.

La *desquamation de l'épiderme* s'opère le plus souvent aussitôt après que l'exanthème a commencé à pâlir, mais peut aussi se déclarer plus tard (après quelques jours ou même après une à deux semaines). Son intensité dépend en général de la vivacité de l'exanthème, cependant un exanthème rudimentaire peut aussi être suivi d'une forte desquamation. Celle-ci est rarement furfuracée, comme dans la rougeole ; ordinairement elle est *lamelleuse*, de sorte que, ainsi qu'il a été dit, on voit parfois se détacher de larges lambeaux épidermiques.

Disons en terminant que, dans des cas rares, on voit se développer après la scarlatine de l'*hydropisie*, laquelle ne peut *pas* être mise sur le compte d'une néphrite (v. plus bas), mais dépend probablement d'une perméabilité

anormale des vaisseaux sanguins cutanés, consécutive à l'exanthème scarlatineux (*hydrops scarlatinus sine nephritide*).

5. *Reins.* Après les affections pharyngées graves, les maladies du rein qui accompagnent la scarlatine constituent la complication la plus importante et la plus périlleuse. D'abord, dès *la période d'acmé*, il peut se montrer des désordres du côté du rein, comme dans beaucoup d'autres maladies infectieuses. L'urine contient une faible proportion d'albumine, qui dans quelques cas peut même être passablement forte. En même temps l'aspect de l'urine n'est pas notablement changé et, vue au microscope, elle ne renferme d'ordinaire que peu d'éléments anormaux : quelques globules sanguins blancs et rouges, de rares cylindres hyalins, parfois un peu d'épithélium rénal. Cette *albuminurie initiale* dans la scarlatine, n'a presque jamais de signification mauvaise.

La *néphrite scarlatineuse* proprement dite ne se manifeste que vers *la fin de la seconde ou au commencement de la troisième semaine*, parfois plus tard (nous l'avons vue une fois ne débiter qu'au 33^{me} jour de la maladie). Elle constitue donc, en quelque façon, une sorte de récidive, une rechute de la maladie avec une localisation différente. Cette néphrite peut être si bénigne qu'elle n'occasionne aucun malaise subjectif et passerait totalement inaperçue, sans un examen minutieux de l'urine. D'autres fois en revanche elle s'allie aux phénomènes les plus formidables qui peuvent en peu de temps conduire à la mort. La néphrite scarlatineuse se produit à la suite des cas les plus graves comme des plus légers de la maladie. De là cette règle pratique consistant à examiner les urines aussi fréquemment et aussi scrupuleusement que possible, dans la convalescence de *n'importe quelle* scarlatine. Il n'y a pas moyen de donner une formule précise sur la fréquence de cette complication, attendu qu'elle varie évidemment dans les diverses épidémies.

L'*invasion de la néphrite* est souvent marquée par une exaspération légère ou assez forte de la fièvre (allant jusqu'à 40° c.). D'après notre expérience, cette *fièvre* se déclare souvent un et même deux jours avant que se produisent les modifications de l'urine. Au cours de la néphrite, on observe très fréquemment aussi une fièvre modérément rémittente. Dans quelques cas, surtout les plus bénins, la fièvre peut presque totalement faire défaut. Le *pouls* d'ordinaire prend plus de tension, il s'accélère, parfois cependant il se ralentit et devient irrégulier. Parmi les autres symptômes objectifs, celui qui frappe un des premiers, c'est une légère bouffissure de la face qui est le plus souvent d'un blanc mat. Autour des paupières notamment apparaît un *œdème* manifeste. Dans les cas légers, l'œdème reste limité, dans d'autres il gagne en extension et en intensité, d'abord

aux parties déclives du tronc, ensuite aux extrémités. Quand le mal s'aggrave, l'œdème se transforme en *hydropisie généralisée*. En outre il se produit communément des épanchements dans les cavités internes, surtout l'*ascite* et l'*hydrothorax* avec leurs conséquences. Ce dernier qu'accompagne parfois une bronchite intense, met la vie en danger par suite de l'obstacle qu'il apporte à la respiration.

Les *altérations de l'urine* sont de la plus grande importance. Minimales dans des cas bénins, elles sont très prononcées dans les cas graves. La *quantité* de l'urine diminue sensiblement. Souvent pendant plusieurs jours de suite il y a anurie presque complète. Dans tous les cas graves, l'urine est trouble, haute en couleur, parfois manifestement teinte de sang, d'un poids spécifique élevé (environ 1015-1025) et fortement *albumineuse*. Dans le sédiment, particulièrement copieux, on trouve de nombreux *cylindres hyalins* de toute longueur et largeur, libres ou parsemés de globules sanguins blancs ou rouges, de détrit, de granules d'hématidine, de bactéries, etc. Quand la maladie a duré longtemps, les cylindres sont souvent gras dans une certaine proportion. Très souvent on trouve des cylindres *jaunes, opaques*, remarquablement larges et longs, dit *cylindres cirieux*. Dans beaucoup de cas de néphrite scarlatineuse, l'urine se distingue par la présence d'une multitude de *leucocytes* isolés ou adhérents aux cylindres et qui certainement, pour la plupart, dérivent des reins mêmes. Les hématies qui se montrent en partie sous forme d'anneaux décolorés, sont rares d'ordinaire au début, plus tard elles se présentent en abondance, principalement à certains jours. L'*épithélium rénal* se voit assez souvent, cependant on ne peut pas dire qu'il se rencontre avec une grande fréquence et en grande quantité. Finalement, il faut encore remarquer qu'en quelques circonstances on peut trouver à l'autopsie une néphrite assez intense, alors que l'urine n'a décelé aucune altération ou n'a présenté que des modifications légères.

Les *symptômes urémiques*, depuis les plus légers jusqu'aux plus menaçants, se manifestent parfois. Leur description détaillée sera donnée à propos des maladies rénales (V. t. II). L'urémie grave (convulsions, coma) peut amener la mort ; il est à noter cependant que, chez les enfants surtout, l'urémie la plus grave en apparence passe encore assez souvent à la guérison.

La *durée* de la néphrite scarlatineuse est très diverse, et dépend de la sévérité de l'affection. Quand l'issue est propice les altérations urinaires sont d'ordinaire encore constatables pendant 2 à 4 semaines, souvent même plus longtemps. La *mort* arrive soit par *urémie*, soit plus fréquemment par l'effet de la *dyspnée* qui dépend ordinairement de l'ascite, de l'hydrothorax ou des pneumonies intercurrentes (v. plus loin), parfois aussi sous l'image

de l'*insuffisance cardiaque*, laquelle peut exceptionnellement se produire avec une grande soudaineté. Le passage de la néphrite scarlatineuse à l'état chronique a lieu, mais rarement.

La *forme anatomique* de l'affection rénale est celle de la *néphrite* aiguë commune, plus ou moins fortement *hémorragique* (V. tome II). On est parfois étonné de trouver des altérations rénales minimales en apparence, alors que les symptômes cliniques qui ont précédé étaient de la dernière intensité. En ces cas il s'agit le plus souvent de la *glomérulite* (KLEBS), dans laquelle les parois capillaires et l'épithélium des glomérules sont seuls atteints de préférence. Quand la néphrite a duré quelques semaines, on constate déjà une *hypertrophie cardiaque* manifeste du ventricule gauche, comme FRIEDLÄNDER l'a démontré le premier et comme nous pouvons le confirmer. Il nous a été donné en clinique de faire voir positivement cette hypertrophie dans plusieurs cas.

6. *Articulations*. Au début de la desquamation ou plus tôt encore on observe parfois dans la scarlatine, de l'endolorissement et du gonflement d'un nombre plus ou moins considérable d'articulations aux bras et aux membres inférieurs. Cette affection appelée autrefois *rhumatisme scarlatineux*, et aujourd'hui, *synovite scarlatineuse*, est ordinairement bénigne de sa nature et passagère. Parfois cependant l'inflammation articulaire est plus intense, même purulente. Ce dernier genre d'arthrite est d'ordinaire partie constituante d'*états pyémiques généralisés* (pleurésie suppurée concomitante, abcès cutanés, etc.), et est probablement en rapport avec les *coccis en chaînette*, mentionnés ci-dessus, qui se retrouvent partout dans le pus en grande abondance.

Parfois nous avons constaté un endolorissement passager très notable des *muscles* de la cuisse avec un léger gonflement diffus.

7. Parmi les autres complications de la scarlatine il faut encore citer les *pneumonies*. Dans les cas graves, on voit parfois des pneumonies lobulaires dès le premier stade de la maladie ; mais on les observe plus souvent à la suite de la néphrite. En mettant des entraves à la respiration, elles peuvent prendre une haute valeur clinique. Les *inflammations des séreuses* (endocardite, péricardite, pleurésie) qui tantôt accompagnent les affections articulaires (v. ci-dessus) et tantôt sont indépendantes d'elles, sont moins fréquentes. — Parfois se produisent des *symptômes intestinaux* intenses (diarrhées) qui tiennent communément à une entérite folliculaire. Des *phénomènes dysentériques* sont plus insolites. Nous avons déjà signalé l'intumescence fréquente de la *rate*. Dans la néphrite scarlatineuse on note souvent un gonflement assez prononcé du *foie*.

Modes divers d'évolution. La diversité et la multiplicité des affections susdites qui se déclarent au cours de la scarlatine, font voir à elles seules la grande mobilité du tableau clinique de la maladie. En outre, la *marche générale* de la scarlatine présente une série de particularités dont il est presque impossible de faire l'énumération complète. Nous allons nous borner à passer sommairement en revue les plus importantes d'entre les formes qui s'écartent du type normal.

1. *Formes rudimentaires.* Aux formes rudimentaires bénignes, étant donné que la maladie n'arrive presque pas à son complet développement, appartiennent en premier lieu les cas d'*angine* simple sans exanthème déterminé ou à exanthème léger et partiel (*Sc. sine exanthemate*). Parfois même l'angine s'y montre très imparfaitement et il n'existe qu'une apparence de fièvre, de durée éphémère, avec des phénomènes généraux sans importance. On reconnaît qu'il s'agit d'une scarlatine à raison seulement du rapport étiologique qu'offrent ces faits avec des cas *avérés* de la maladie. Nous avons pu observer des cas semblables quand la scarlatine avait éclaté dans les salles d'enfants. Un autre motif qui permet de leur assigner leur signification véritable, c'est que dans la suite la peau (des mains, des pieds, des jambes, du dos, etc.) subit une desquamation manifeste quoique légère, et c'est surtout le fait que *les cas les plus bénins de cette catégorie peuvent entraîner à leur suite une néphrite aiguë*. En effet il n'y a aucun doute, nous pouvons le certifier ici, que nombre de néphrites aiguës, spontanées en apparence et primitives, ne doivent être envisagées, sous le rapport étiologique, comme des néphrites scarlatineuses.

2. *Formes rudimentaires à marche maligne.* Ici il faut placer les cas dans lesquels l'exanthème manque ou existe à peine, mais où, dès le début, se déclarent les plus graves symptômes généraux : fièvre très intense, fréquence excessive du pouls, délire, etc. Ces cas indiquent en tout état de choses une infection générale extraordinairement violente. L'issue en est le plus souvent promptement mortelle. Des cas graves semblables, mais à exanthème prononcé, se rencontrent aussi et tuent en peu de jours, sans autre détermination locale.

3. *Formes graves à marche plus lente,* lesquelles sont également dues à la gravité de l'infection, mais nullement ou du moins pas exclusivement à des complications particulières. A cette classe appartient la *forme* appelée *typhique* de la scarlatine, accompagnée d'une fièvre élevée et persistante et de phénomènes généraux graves. Finalement, il faut aussi ranger dans cette catégorie la *forme hémorragique* ci-dessus signalée *de la scarlatine*, dans laquelle se produisent des hémorragies étendues de la peau, des

muqueuses et des membranes séreuses. Cette forme peut aussi affecter une marche très aiguë. Dans toutes les formes malignes se manifestent en outre des *complications locales*, notamment des angines diphthéritiques ou gangréneuses, des inflammations des séreuses, etc. Dans ces circonstances il ne s'agit plus exclusivement des effets du poison scarlatineux proprement dit, mais de *complications par des processus secondaires*. Nous avons d'ailleurs fait remarquer à propos de la diphthérie scarlatineuse que les affections pharyngées peuvent être le point de départ d'une *infection secondaire* de l'économie, d'où résultent, tantôt un état général « septique », tantôt des désordres localisés ailleurs.

4. Il faut encore noter que, dans des circonstances à la vérité très rares, on voit des *scarlatines récidivées*, dans lesquelles, après le décours apparent de la maladie première, se produit un nouvel exanthème avec tous les autres symptômes de la scarlatine. Dans des cas anormaux à marche grave, on observe quelquefois, quand la maladie tire à sa fin, une éruption nouvelle incomplètement formée (le plus souvent tachetée) que THOMAS appelle *pseudorécidive*.

Le **diagnostic** de la scarlatine s'infère la plupart du temps de l'exanthème caractéristique, tout en tenant compte des symptômes concomitants. A ce sujet, il faut se rappeler que, par exception, des éruptions tout à fait semblables à l'exanthème scarlatineux se rencontrent dans d'autres circonstances : 1. après l'usage de certains *médicaments*, notamment l'atropine (belladone), la quinine, l'antipyrine, la morphine, le chloral hydraté et d'autres encore; de même qu'après l'ingestion de crustacés, de poissons, etc. 2. Comme symptôme *d'autres maladies infectieuses*, par exemple le typhus, la variole, et avant tout les *maladies septiques* (voyez plus loin). Dans le diagnostic de la scarlatine anormale, l'étiologie, l'angine et la production éventuelle d'une desquamation tardive ou d'une néphrite secondaire, méritent surtout d'être prises en considération.

Le **pronostic** doit, dans toute scarlatine, être porté avec prudence. Il résulte suffisamment de la description de la marche de la maladie que même dans les cas dont le début est le plus bénin en apparence, les complications les plus redoutables, et surtout la néphrite, peuvent se produire dans la suite.

Traitement. La plupart des scarlatines à parcours normal guérissent complètement sans intervention de notre part. La mission thérapeutique du médecin se borne alors à la prescription des mesures hygiéniques et diététiques générales. La chambre du malade devra être fraîche, le régime un peu sévère (du lait de préférence, en outre un peu de bouillon avec un

œuf et choses analogues). Il faut veiller à la propreté de la peau et de la bouche, le changement fréquent du linge est non seulement permis, mais très désirable. L'habitude, si en faveur dans le public, d'*enduire la peau de lard*, n'est pas à dédaigner et se recommande surtout quand elle reste sèche et rugueuse après le départ de l'exanthème.

L'*angine scarlatineuse* doit être traitée avec la plus grande attention, la tâche principale du médecin consistant à *prévenir autant que possible la dangereuse infection secondaire dont il a été question plus haut*. Conséquemment, nous sommes d'avis que dans toute scarlatine, *dès le début*, il faut veiller à désinfecter parfaitement la cavité buccale et pharyngée. Les enfants un peu avancés gargariseront assidûment eux-mêmes (le chlorate de potasse en solution de 2 p. ‰, l'acide phénique de 1 à 2 ‰ de dilution). Les inhalations d'acide phénique sont aussi à conseiller, quand elles sont praticables. Dans les états généraux graves, chez les enfants très jeunes et indociles, la cavité buccale et le pharynx doivent être largement et fréquemment rincés au moyen d'une seringue à pansement, avec des liquides désinfectants (solution d'acide carbolique, d'hypermanganate de potasse, etc). Il est parfois à recommander aussi de faire avaler lentement toutes les heures, plus souvent même, pour d'autant mieux désinfecter la gorge sur place, une demi-cuillerée à thé d'une solution de chlorate de potasse (3,0 sur 120,0 environ); si malgré cela la *diphthérie scarlatineuse* se montre et que les ganglions cervicaux se tuméfient davantage, on sera peut-être encore en état d'entraver l'extension ultérieure de l'infection secondaire en pratiquant dans la trame des amygdales et du voile du palais, d'après les expériences de TAUBE et de HEUBNER, des *injections intraparenchymateuses* d'une solution à 3 p. ‰ d'acide carbolique (à l'aide d'une longue canule adaptée à la seringue de PRAVAZ, tous les jours deux fois de chaque côté, environ une demi-seringue.)

Quand le nez est atteint simultanément, il faut surtout s'attacher à rincer et à seringuer la cavité nasale, *la tête penchée en avant*. Il faut épier avec soin l'invasion probable de l'*otite*. Il n'y a malheureusement pas de doute que c'est précisément dans cette occurrence que des péchés d'omission sont fréquemment commis par les médecins. Des lavages pratiqués opportunément dans les oreilles, au besoin des insufflations d'air dans la caisse du tympan et la paracentèse de cette membrane peuvent prévenir beaucoup de maux.

Les *affections ganglionnaires intenses* du cou passent très souvent, comme nous l'avons dit, à la suppuration et doivent alors être traitées chirurgicalement. Quand le gonflement est à son début ou encore modéré, on peut

tenter d'en provoquer la résolution par un onguent à l'iodoforme (1 : 15) en frottement deux ou trois fois par jour. Les applications de glace sont moins bien supportées que les fomentations chaudes (des coussinets remplis de son chaud ou des cataplasmes).

Quand la *fièvre* est forte, continue et accompagnée de symptômes généraux, surtout du côté du système nerveux, l'*hydrothérapie méthodique* est à recommander instamment. Les bains ne doivent jamais se donner au-dessous de 22 à 25° R. et se prescrivent deux ou trois fois par jour, plus fréquemment quand le cas est grave. Si les désordres nerveux prédominent, on ordonnera des affusions froides dans le bain, de même quand la respiration est insuffisante. On administre en outre du vin et du café fort comme moyen excitant et des *injections camphrées* en cas de faiblesse imminente du cœur et de collapsus. A notre avis les antipyrétiques (antipyrine et autres) sont le plus souvent superflus, mais dans la pratique on a parfois de la peine à s'en passer.

Quand le *pouls* atteint une *rapidité* excessive et que le cœur menace de faiblir, on emploie, outre les remèdes excitants, une vessie de glace sur la région cardiaque. La *digitale* peut aussi être essayée avec prudence.

Les *arthrites scarlatineuses* s'amendent parfois par l'usage du salicylate de soude (3-4 grammes à la fois). Dans plusieurs cas, le remède n'a pas répondu à notre attente.

Aucun moyen ne nous met à même de prévenir la *néphrite scarlatineuse*. La prévoyance médicale requiert instamment, pour échapper à tout soupçon de responsabilité, d'avertir de prime abord, dans chaque cas, de la possibilité de la complication rénale et de recommander en conséquence d'éviter, autant que possible, les refroidissements et les écarts de régime. Le traitement de la néphrite et des conséquences qu'elle entraîne est réservé pour le chapitre des maladies rénales. Nous renvoyons également aux chapitres respectifs pour ce qui concerne les autres complications de la scarlatine.

Même dans une convalescence exempte de tout accident, les scarlatineux doivent ordinairement être tenus au lit de 3 à 4 semaines.

A raison du danger inhérent à la maladie, il faut, dès qu'un cas se déclare dans une famille, le faire isoler, éloigner autant que possible les autres enfants, et quand on refuse de suivre ce conseil, décliner toute responsabilité d'une contamination ultérieure et de ses conséquences.