

## CHAPITRE IV.

## SCARLATINE.

## GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

La TRANSMISSION de la scarlatine (1) n'a lieu que par DIFFUSION ou par contagés diffusibles; tout au moins l'expérimentation n'a-t-elle point jus-

- (1) INGRASSIAS, COYTAR, BAILLOU, SYDENHAM, ROSEN, les deux FRANK. Dictionnaires de médecine et Traités des maladies des enfants.
- ARMSTRONG, *Practical illustrations of the scarlet fever*. London, 1818. — WENDT, *Das Wesen, die Bedeutung, etc., des Scharlachs*. Berlin, 1819. — PFEUFFER, *Der Scharlach, sein Wesen und Behandlung*. Erlangen, 1819. — SIMON, *Horn's Archiv*, 1824. — FISCHER, *Hufeland's Journal*. 1824. — STIEBEL, *Rust's Magazin*, XXIV. — JAHN, *Hufeland's Journal*, LXIX. — EISENMANN, *Eodem loco*, XC. — HAMILTON, *Edinburgh med. and surg. Journal*, 1833. — HEYFELDER, *Studien*, II. Berlin, 1839. — LÖSCHNER, *Prager Vierteljahrs.*, XI. — RÖSER, *Esterlen's Zeits.*, 1845. — NOIROT, *Histoire de la scarlatine*. Paris, 1847. — MONNERET et FLEURY, *Compendium de méd.* — GRAVES, *loc. cit.* et *Notes du traducteur*. — SHNIZSEIN, *Das Scharlachfieber, seine Geschichte, Erkenntniss und Heilung*. Leipzig, 1851. — WUNDERLICH, *Pathologie und Therapie*, IV. Stuttgart, 1856.
- JACCOUD, *Des conditions pathogéniques de l'albuminurie*, thèse de Paris, 1860. — TROUSSEAU, *Loc. cit.* — MAYR, in *Hebra's Hautkrankheiten*. Erlangen, 1860. — FRANCIS, *On the relations of Diphtheria to scarlatinous Sorethroat* (*Indian Annals of med. Sc.*, 1860). — W. TURNER, *On Scarlatina and some of its Sequelæ* (*Med. Times and Gaz.*, 1860). — RÖBBELEN, *Zweimal überstandener Scharlach* (*Deutsche Klinik*, 1861). — HAMBURGER, *Ueber den Bright'schen Scharlach-Hydrops* (*Prager Viertelj.*, 1861). — RICHARDSON, *Clinical Essays*. London, 1862. — FENWICK, *Desquamative Gastritis in Scarlatina* (*British med. Journ.*, 1862). — HILLIER, *Lectures on Scarlatina and its Sequelæ* (*Med. Times and Gaz.*, 1862). — SYDNEY RINGER, *On the Temperature, Urea, Chlorid of Sodium and Urinary-Water in Scarlet fever* (*Brit. med. Journ.*, 1862). — WOCHANSKY, *Zur Diagnose der Scharlachs* (*Ester. Zeits. f. prakt. Heilk.*, 1862). — LENEY, *Med. Times and Gaz.*, 1862. — HUTCHINSON and JACKSON, *Eodem loco*, 1862. — HAMILTON, *On the Throat-affection in Scarlatina* (*Edinb. med. Journ.*, 1863). — KENNEDY, *Cursory Remarks on Scarlatina* (*Dublin quarterly Journ.*, 1863). — ROGER, *Union méd.*, 1863. — FENWICK, *On the condition of the Stomach and Intestines in Scarlatina* (*The Lancet*, 1864). — MURCHISON, *The Lancet*, 1864. — HORN, *Wiener allg. med. Zeit.*, 1864. — LEE, *Statistical Tabl. of Scarlet-fever*. London, 1864. — STEINBACHER, *Das Scharlachfieber und die Masern*. Augsburg, 1864. — W. ADDISON, *What is Scarlet-fever?* (*Brit. med. Journal*, 1865). — JACOBS, *Berlin. klin. Wochen.*, 1865. — LÉON MARCQ, *Obs. pour servir à l'étude de l'anasarque scarlatineuse* (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1865).
- WAGNER, *De scarlatinæ anatomia*, Lipsiæ, 1866. — *Beitrag zur path. Anatomie des Scharlachs* (*Archiv der Heilkunde*, 1866). — ARRIGONI, *Sopra una forma di scarlatina*

qu'ici démontré la contagion fixe, virulente ou par inoculation. Les conditions qui favorisent ou empêchent la transmission, la période durant laquelle la maladie présente au maximum les propriétés contagieuses, sont tout à fait ignorées, et quand on accumulerait toutes sortes d'hypothèses sur ces questions obscures, on arriverait simplement, selon la juste remarque de Mayr, à ce résultat : *obscura obscurioribus dilucidare*. — L'INCUBATION, plus courte que celle de la variole et de la rougeole, ne dépasse pas sept jours (Gregory, Rostan).

La prédisposition à la scarlatine est moins universelle que pour la rougeole; elle présente sa plus grande fréquence chez les enfants au-dessous de dix ans; de dix à vingt elle frappe également les deux sexes,

- (*Gaz. med. ital. Lomb.*, 1866). — EISENSCHITZ, *Ueber das Verhältniss der Nierenerkrankung zum Scharlach* (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1866). — HALL CURTIS, *Cases of scarlatina with tabl. of temperature, etc.* (*Brit. med. Journ.*, 1867). — THORESEN, *Norsk Magazin f. Lægevidensk.*, 1867. — MIQUEL, *Lettres à Trousseau*. Paris, 1867. — STEINTHAL, *Beiträge zur Scharlachepidemie der letzten Jahre* (*Journ. f. Kinderkr.*, 1868). — LEMAIRE, *Thèse de Paris*, 1867. — HECHT, *Gaz. méd. Strasbourg*, 1868. — DENIZET, *Étude clinique sur l'anasarque avec ou sans albuminurie dans la scarlatine et la rougeole*, thèse de Paris, 1867. — SHEPHERD, *Paralysis after scarlet fever* (*Med. Times and Gaz.*, 1868). — BODENIUS, *Das Scharlachfieber*. Heidelberg, 1868. — WÜNSTEDT, *Om den scarlatinosen Albuminurie*. Kjöbenhavn, 1868. — HALLIER, *Der pflanzliche Organismus im Blute der Scharlachkranken* (*Jahrb. f. Kinderheil.*, 1869). — THOMAS, *Eodem loco*, 1869. — *Bemerkungen über das Verhältniss zwischen Diphtheritis und Scharlach* (*Memorabilien*, 1869). — METTENHEIMER, *Eodem loco*, 1869. — PRIOR, *A contribution to the history of scarlatina* (*The Lancet*, 1869). — JACOBI, *Eine Scharlach-Epidemie in Bockenheim* (*Zeits. f. Epidemiol.*, 1869).
- DUPREY, *Du diagnostic différentiel de la scarlatine et des éruptions scarlatiniformes*, thèse de Strasbourg, 1869. — BÖNING, *Beobachtungen über Scharlach* (*Deutsche Klinik*, 1870). — TAYLOR, *Propagation of scarlet fever by milk* (*The Lancet*, 1870). — CORDWENT, *The Propagation of scarlatina* (*Brit. med. Journ.*, 1870). — OGLE, *On the diffusion of scarlet fever* (*The Lancet*, 1870). — RENFREW, *On scarlet fever with special reference to pathology and treatment* (*Brit. med. Journ.*, 1870). — JENNER, *Clinical lecture* (*The Lancet*, 1870). — THOMAS, *Zur Eintheilung der Scharlachfälle* (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1870). — BLONDEAU, *Scarlatine et rhumatisme* (*Arch. gén. de méd.*, 1870).
- OPPOLZER, *Ueber einige Anomalien und Complicationen der Scarlatina* (*Allg. Wien med. Zeit.*, 1870). — MAC SWINEY, *Report of cases of scarlatina followed by unusual sequels* (*Dublin quart. Journ.*, 1870). — LOVEGROVE, *On a case of scarlatina, sudden death from hæmorrhage* (*The Lancet*, 1870). — LARCHER, *Contrib. à l'histoire de la scarlatine* (*Union méd.*, 1870). — GAJASY, *Urämie in Folge von Scarlatina* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1870). — MURCHISON, *Latent scarlatina followed by fatal uræmia* (*The Lancet*, 1870). — THOMAS, *Klin. Studien über die Nierenerkrankung bei Scharlach* (*Arch. der Heilk.*, 1870). — BAGINSKY, *Experimentelle Studien über die Nierenerkrankungen im Scharlach*. (*Cent. Blatt. f. d. med. Wissensch.*, 1870). — MONOD, *Gaz. hóp.*, 1870. — ROBINSON, *On scarlatina sine eruptione* (*The Lancet*, 1870).
- CARPENTIER, *The Causation of scarlatina* (*The Lancet*, 1871). — BARCLAY, COPEMAN,



mais après vingt ans elle est plus commune chez les femmes, et l'état puerpéral constitue une véritable opportunité morbide. — La scarlatine peut régner en toute SAISON, sous forme d'épidémie plus ou moins diffuse, mais elle sévit principalement aux environs des deux équinoxes. — Les RÉCIDIVES ne sont pas moins exceptionnelles que dans les deux autres fièvres éruptives.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les déterminations principales de la scarlatine affectent la peau, la muqueuse de l'arrière-gorge et les reins.

St. George's Hosp. Reports, 1871. — PALANTE, Journ. de méd. de Bruxelles, 1871. — HARLEY, On the pathology of scarlatina and the relation between enteric and scarlet fevers (Brit. med. Journ., 1871). — LAUGIER, Sur la rechute (Gaz. hebdom., 1871). — SCHWARZ, Scarlatina recidiva (Wiener med. Presse, 1871). — HUBER, Hæmatoma scarlatinum (Arch. f. klin. Med., 1861). — GUÉNEAU DE MUSSY, Sur quelques formes graves de scarlatine (Gaz. hôp., 1871). — HEYDER, Ueber die Complicationen der Scarlatina. Berlin, 1871. — ALDIS, Scarlet fever for ten years (1860-1870) in the parish of St. George. London, 1871.

JACCOUD, DE LA MÉDICATION LACTÉE, in Clinique méd. de l'hôpital Lariboisière. Paris, 1872.

Voyez en outre la bibliographie des néphrites.

THORESEN, Om Skarlagensfeber (Norsk. Magaz. f. Lægevid., 1872). — RAFFI, Probabile localizzazione del infezione scarlattinosa sui reni senza eruzione cutanea e senza angina (Nuova Liguria med., 1872). — HULKE, Brit. med. Journ., 1872. — STULL, Philad. med. and surg. Rep., 1872. — HARLEY, The Path. of scarlatina and the relation between enteric and scarlet fevers (Med. chir. Trans., 1872). — MARCHIOLI, Sopra di una epidemia di scarlatina (Gazz. med. ital. Lomb., 1872). — LUTHER, Puerperal scarlatina (Med. Press and Circular, 1872). — FÖRSTER, Jahrb. f. Kinderheilk., 1872. — MATTISSON, Philad. med. and surg. Rep., 1872.

TROJANOWSKY, Scharlach- und Masern Recidive und die Recurrensform des Scharlachs und der Masern (Dorpat. med. Zeits., 1873). — HENOCH, Nephritis scarlatinosa (Berlin. klin. Wochen., 1873). — REUBEN, The Ophthalmoscopic appearances in a case of transient dimness of vision following scarlet fever in which there was no albuminuria (Philad. med. and surg. Rep., 1873). — WYNNE FOOT, Enlargement of the solitary glands of the ileon; latent scarlatina (Dublin Journ. of med. Sc., 1873). — SNYDER, Philad. med. and surg. Rep., 1873. — BAKER, Boston med. and surg. Journ., 1873. — SWIERZBIENSKI, Ein Fall von Scharlach der in 18 Stunden mit dem Tode endete (Gazeta lekarska, 1873).

FOX, Statistics of scarlatina (Med. Times and Gaz., 1874). — BAGINSKY, Zur Scharlach-Nieren-Erkrankung (Deuts. Zeits. f. prakt. Med., 1864). — WILLIAMS, Boston med. and surg. Journ., 1874. — COATS, Brit. med. Journ., 1874. — ALLBUTT, On the modes of death in the earlier days of scarlet fever (The Lancet, 1874). — BARSCH, Bericht über die Scharlach-Epidemie in der Stadt Hirschberg. Iena, 1874. — BAADER, Hémorrhagies mortelles dans la scarlatine (Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte, 1875).

La LÉSION CUTANÉE est constituée par une *hyperémie intense* souvent accompagnée d'une infiltration œdémateuse dans les couches superficielles. Quelle que soit la configuration ultérieure de l'éruption, elle n'occupe pas d'emblée toute l'étendue de la région qu'elle doit envahir : elle débute par de grandes plaques d'un rouge vif, irrégulières, mal limitées sur leurs bords, sans saillie appréciable à la vue ni au toucher; ces plaques sont d'abord séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine; mais bientôt ceux-ci prennent une teinte rosée qui s'accroît de plus en plus, et ils finissent par se confondre avec les plaques initiales qu'ils fusionnent en un seul tout. Cette variété, de beaucoup la plus commune, constitue la scarlatine uniforme (*scarlatina levigata*). Plus rarement la scarlatine est ponctuée (*scarlatina variegata*); elle débute par de petites plaques ou de grandes taches lisses, qui restent isolées ou bien qui tranchent par une coloration plus foncée sur le fond plus pâle des téguments. Parfois le fond rose manque; la peau, dans l'intervalle des taches, a sa teinte normale, et l'on a alors le type parfait de la scarlatine ponctuée. La grandeur des taches, leurs bords mal limités, l'absence de configuration régulière en cercles ou en croissants différencient cette variété de scarlatine de l'éruption rubéolique. L'analogie est bien plus grande lorsque l'exanthème scarlatineux est compliqué de petits foyers d'exsudation cutanée qui lui donnent par places une apparence papuleuse (*scarlatina papulosa*); le fait est assez rare. Lorsque ces papules coïncident avec de larges plaques types, l'appréciation diagnostique n'est pas difficile; mais lorsqu'il en est autrement, lorsque l'éruption scarlatineuse a, sur toute la surface tégumentaire, l'aspect papuleux, le diagnostic ne peut être fait que d'après les autres symptômes de la maladie; cette disposition est bien plus rare encore que la précédente. Par contre, on observe bien plus souvent que dans la rougeole le soulèvement de l'épiderme en petites vésicules serrées, remplies de sérosité limpide ou trouble; la scarlatine est dite alors *miliaire* ou *bulleuse*, suivant le volume des vésicules. — L'hyperémie scarlatineuse, d'un rouge vif, écarlate ou framboisé, s'efface totalement par la pression et ne se reproduit qu'avec une certaine lenteur; comme toutes les fluxions actives, elle disparaît après la mort. — Dans la FORME HÉMORRHAGIQUE l'éruption est vineuse, livide, et compliquée de pétéchies et d'ecchymoses que la pression ne modifie point.

Les LÉSIONS PHARYNGÉES sont constantes, mais les caractères en sont variables; par ordre de gravité croissante on observe le simple *catarrhe pharyngo-lingual* avec produits muqueux blancs et non adhérents (*exsudat pultacé*); l'*inflammation parenchymateuse* des tonsilles avec suppuration consécutive; enfin l'*inflammation fibrineuse* avec exsudat interstitiel (*diphthérie*) et nécrose des tissus infiltrés; cette lésion grave, plus tardive que les précédentes, peut se propager aux fosses nasales, à la bouche, aux lèvres, mais elle atteint très-rarement le larynx. C'est cette angine qui



a été appelée croup scarlatineux; cette dénomination est mauvaise au point de vue symptomatique, puisque le larynx reste le plus souvent intact; elle est mauvaise au point de vue anatomique, puisque l'exsudat est interstitiel ou diphthérique, et non point superficiel ou croupal.

La DÉTERMINATION RÉNALE est une *fluxion légère*; ou bien un simple *catarrhe des tubuli* avec hyperémie forte et chute de l'épithélium; ou bien une *néphrite avec exsudat fibrineux canaliculaire*, en d'autres termes le premier stade de la néphrite brightique. Le degré et les suites de ces altérations varient considérablement d'un malade à l'autre, et dans les diverses épidémies.

A côté de ces lésions qui représentent l'anatomie constante de la maladie, il en est beaucoup d'autres, qui ne sont observées que dans certaines formes graves ou chez certains individus dont l'organisme est dans des conditions particulièrement mauvaises; ces altérations, en raison de leur inconstance, ont été généralement considérées comme des complications; mais il me paraît plus logique d'y voir les effets variables et contingents du poison scarlatineux lui-même. Les principales de ces lésions sont les PAROTIDITES, les ADÉNITES cervico-maxillaires, et l'inflammation du TISSU CELLULAIRE DU COU; il est très-rare que ces phlegmasies se terminent par résolution, elles arrivent plus ou moins rapidement à la suppuration avec mortification du tissu, et, après avoir produit d'effroyables désordres, sont souvent la cause immédiate de la mort. La même tendance à la suppuration se retrouve dans les inflammations de la PLÈVRE, du PÉRICARDE et des SÉREUSES ARTICULAIRES; ces arthrites (Ricker, Rush, Sims, Withering, Graves, Kennedy) occupent parfois les articulations vertébrales supérieures; il importe de ne pas perdre de vue la possibilité du fait. Toutes ces lésions sont tardives; il en est de même de l'ENDOCARDITE, de l'OTITE INTERNE, du ramollissement de la CORNÉE et de la MÉNINGITE, dont plusieurs observations, une de Mayr entre autres, démontrent la réalité. Enfin, bon nombre d'individus succombent avec une ANASARQUE générale qui peut coïncider avec diverses hydropisies viscérales (*hydropéricarde, hydrothorax, hydrocéphalie*).

Je ne puis affirmer la constance des lésions de l'appareil hémato-poïétique, mais elle est probable, puisque ces altérations se retrouvent à divers degrés dans toutes les maladies infectieuses: ce sont la tuméfaction et l'hyperplasie du FOIE, de la RATE, des GANGLIONS MÉSENTÉRIQUES avec infiltration des PLAQUES DE PEYER et des FOLLICULES INTESTINAUX. L'observation de Biermer, où ces diverses lésions sont étudiées en grand détail, mentionne, en outre, la présence dans les poumons et la plèvre de PRODUITS LYMPHATIQUES NOUVEAUX déjà signalés dans les faits antérieurs de Virchow, Friedreich, Bökher et Wagner.

Dans les formes graves, le SANG présente les mêmes altérations que dans la rougeole.

## SYMPTOMES ET PRONOSTIC.

**Première période. Invasion.** — Les symptômes de cette période sont extrêmement intenses ou nuls, nuls à ce point que l'éruption est le premier phénomène qui attire l'attention du malade. Lorsque l'invasion de la maladie est bruyamment accusée, ce qui est le cas ordinaire, le début est très-brusque; il est caractérisé par des FRISONS violents, de la céphalalgie, une lassitude musculaire considérable, et par une FIÈVRE énorme qui, dès le premier jour ou le commencement du second, présente la température extrême de 40°, 40°,5 et même au delà; la peau est d'une sécheresse aride et mordicante, elle donne à la main une sensation désagréable qu'on ne retrouve dans aucune autre fièvre éruptive; le type de la fièvre est subcontinu, presque continu, et par là il diffère totalement du type rémittent de la rougeole. Les nausées, les VOMISSEMENTS sont rares; lorsque ces derniers existent, ils n'ont lieu qu'une fois ou deux, au moins dans la scarlatine régulière. L'ÉPISTAXIS et la DIARRHÉE peuvent être observées principalement chez les enfants, mais ces symptômes sont infiniment moins fréquents que dans la rougeole. — Dès le début apparaît un phénomène d'une valeur diagnostique considérable, c'est l'ANGINE avec engorgement plus ou moins marqué des ganglions sous-maxillaires; à ce moment l'angine est caractérisée par une rougeur plus ou moins vive qui est uniforme sur le pharynx, tandis qu'elle est pointillée sur les amygdales et le voile du palais.

La DURÉE de ce stade varie de douze à trente-six heures; si l'on a soin de se souvenir que l'exanthème scarlatineux *ne doit pas* être cherché d'abord à la face, on verra qu'une durée de quarante-huit à soixante-douze heures est déjà exceptionnelle. Quant aux cas dans lesquels cette période s'est prolongée durant huit à neuf jours (Trousseau, Gintrac, Thirial), ce sont de véritables anomalies pathologiques.

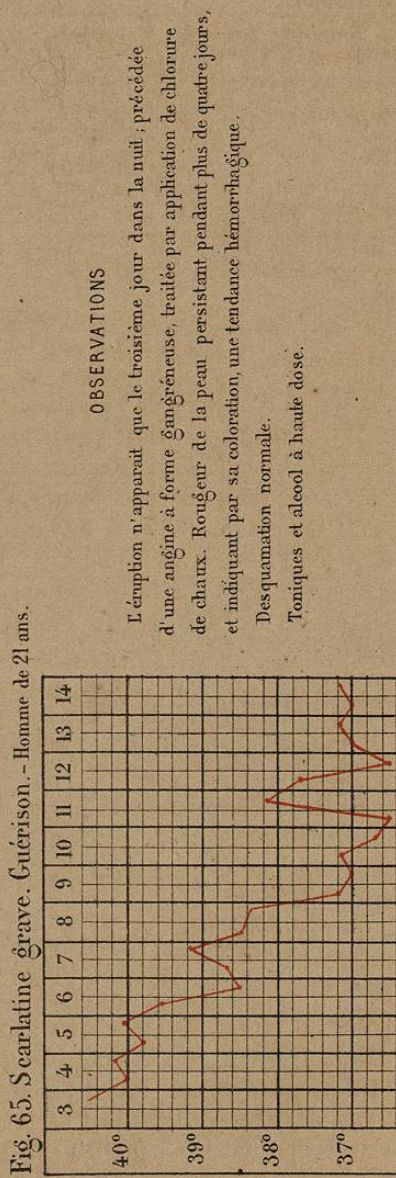
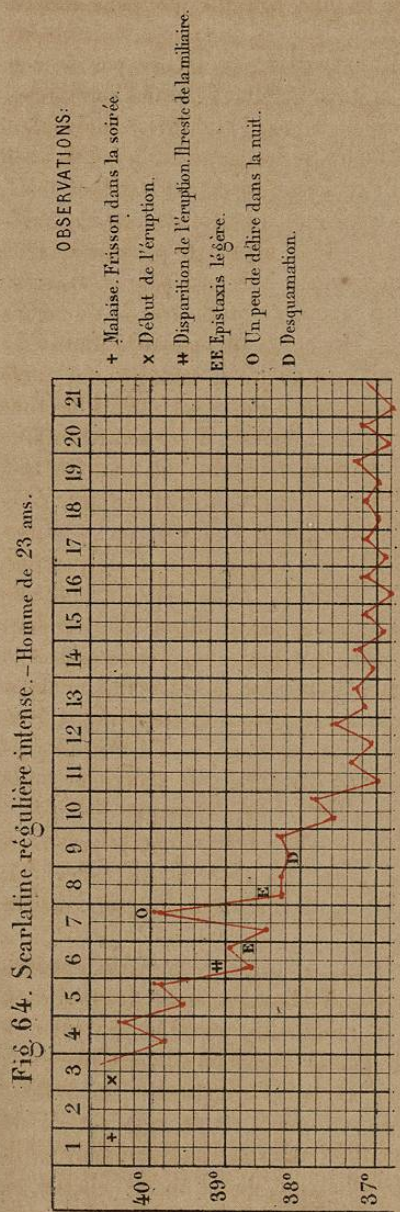
Lorsque les phénomènes fébriles graves manquent, deux éventualités sont possibles: l'éruption, comme je l'ai dit, est le premier fait saisissable (Heister, Barthez et Rillet), ou bien le malade ne présente que l'angine, et si l'on ne tient grand compte de l'épidémie régnante, et des chances d'infection, cette angine peut fort bien être tenue pour simple jusqu'à l'apparition de l'exanthème. D'autre part, l'éruption scarlatineuse est parfois *très-fugace*, au point qu'elle peut passer inaperçue; on continue alors à regarder l'angine comme simple, mais le patient n'en est pas moins exposé à toutes les conséquences de l'empoisonnement scarlatineux, et il n'est pas moins apte à transmettre la maladie. C'est sur les faits de ce genre qu'a été étayée l'hypothèse des *scarlatines incomplètes* (frustes de Trousseau), qui ne peuvent être admises que sous bénéfice d'inventaire.



Les PHÉNOMÈNES INCONSTANTS, qui donnent parfois à la maladie une si redoutable gravité, ne se manifestent le plus souvent que dans le stade d'éruption.

**Seconde période. Éruption.** — L'EFFLORESCENCE débute par le cou, le tronc et les jointures du côté de la flexion; elle n'envahit que secondairement les mains et la face. Dans les cas types, l'exanthème, présentant l'une quelconque des variétés anatomiques précédemment décrites, croît en intensité et en étendue pendant deux jours, rarement pendant trois, puis il reste à peu près un jour stationnaire et aussitôt commence à décroître; cette *décroissance* est *graduelle*, elle se manifeste par une vivacité moindre de la teinte rouge qui devient violacée, puis rose pâle ou cuivrée; le pointillé s'efface en dernier lieu sans laisser de marbrures ni de taches pigmentaires comme dans la rougeole. Parfois la décroissance de l'éruption, tout en se faisant au temps normal, est subite et complète en quelques heures; cette terminaison par *délitescence* est assez rare. Plus rare encore est la marche de l'exanthème en deux étapes; il se montre au jour voulu, s'éteint après vingt-quatre heures pour reparaitre un peu plus tard (*réversion*); enfin sans réversion ultérieure, l'éruption peut s'effacer définitivement après quelques heures, de sorte que si l'on n'a pas vu le malade dans cet intervalle, la desquamation est la première démonstration de cette efflorescence éphémère. Le *caractère fugace* de l'exanthème n'implique point par lui-même une scarlatine grave; il est observé dans les formes les plus légères comme dans les plus dangereuses; mais ce fait peut devenir une cause de danger, s'il entraîne le médecin à négliger les prescriptions rigoureuses auxquelles le malade doit être soumis pendant le troisième stade et pendant la convalescence. — La *miliaire* est plus fréquente chez l'adulte: elle apparaît d'ordinaire le deuxième ou le troisième jour de l'éruption, mais elle peut ne se développer qu'au moment de la décroissance (Krause). Comme phénomènes exceptionnels, il convient de signaler la production de *phlyctènes* (Storck, Hildenbrandt), l'*urticaire*, et un *gonflement* plus ou moins douloureux de la peau, surtout aux pieds et aux mains.

Le CATARRHE PHARYNGO-LINGUAL présente, durant ce stade, de notables modifications. La *rougeur érythémateuse* du début fait place, dès le second ou le troisième jour, à une exsudation muqueuse, pultacée, qui est disposée sur les tonsilles et le voile en fragments isolés ou foliacés, mais qui, dans tous les cas, est remarquable par sa faible consistance, sa couleur blanche pure et son peu d'adhérence; ce dépôt est le type parfait de l'*angine pultacée*. Il contient de la matière amorphe ou granuleuse, des globules purulents ou pyoïdes, de l'épithélium, de la fibrine altérée, et souvent le champignon *leptothrix buccalis*. L'exsudat peut disparaître dès le lendemain de sa formation et ne pas se reproduire; mais le plus souvent il persiste pendant trois ou quatre jours, c'est-à-dire jusqu'à la fin du





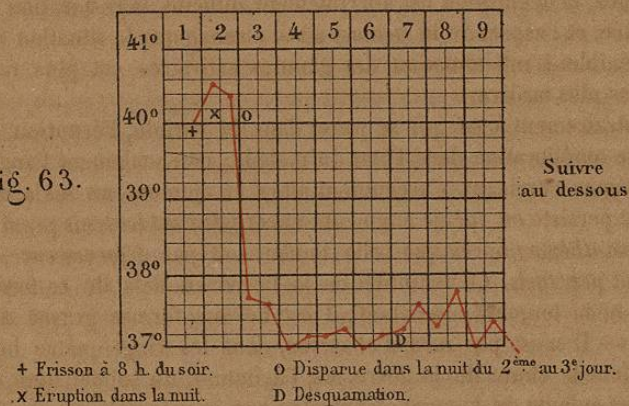
Scarlatine très légère. — Homme de 22 ans.

Fig. 62.

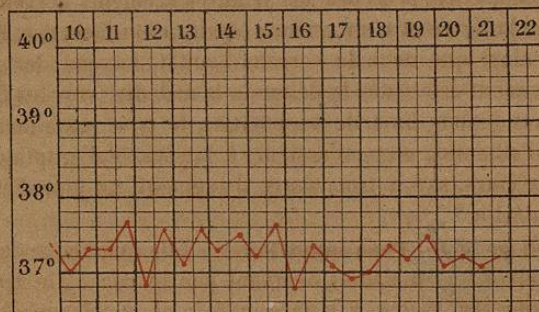


Scarlatine régulière légère. — Homme de 31 ans.

Fig. 63.



Suite du 63.



stade d'éruption (Glæser). — Sur la *langue*, l'enduit blanchâtre du début subsiste jusque vers le sixième jour; puis du septième au neuvième une *desquamation épithéliale* a lieu, elle est complète; la surface de l'organe est d'un rouge vif, comme vernie, et les saillies papillaires lui donnent une apparence framboisée. L'épithélium se reforme vers le douzième jour, et la langue perd alors cet aspect tout spécial dont la valeur diagnostique est absolue.

Dès le début de l'angine, le second jour au plus tard, la région du cou présente, isolées ou réunies, les diverses lésions que j'ai signalées dans l'anatomie pathologique, savoir l'*engorgement ganglionnaire*, l'infiltration séro-fibrineuse du *tissu conjonctif*, l'inflammation des *parotides* et des *glandes sous-maxillaires*. Le premier de ces phénomènes est constant, mais le degré en est très-variable; le gonflement n'est souvent pas plus prononcé que dans une amygdalite commune, ailleurs, il est tel que, même en l'absence des autres lésions, il entrave les mouvements des muscles et force le malade à maintenir sa tête immobile; quand le tissu cellulaire est pris en même temps, la tuméfaction du cou dépasse toute imagination: le menton, la mâchoire, disparaissent au milieu des tissus engorgés, la déglutition est horriblement difficile, la respiration même est entravée, et l'aspect de la face est aussi étrange que la situation du patient est pénible. L'inflammation des glandes salivaires est plus rare, et en tout cas plus tardive.

Contrairement à ce qui se passe dans la variole, l'éruption n'apporte aucune amélioration dans l'état du malade; non-seulement l'angine et les symptômes cervicaux s'accroissent alors et ajoutent au malaise, mais la *fièvre* persiste ou même augmente encore *durant les trois premiers jours de l'exanthème*; après quoi elle tombe, soit par *déservescence*, soit plus souvent par *lysis*. Le maintien de la fièvre au delà de ce terme est un phénomène toujours inquiétant; il est lié aux formes graves de la maladie. — Il n'est pas rare d'observer, dans les vingt-quatre heures qui précèdent la chute de la fièvre, de l'agitation, du subdelirium nocturne, chez les enfants de la somnolence; lorsque ces symptômes sont modérés et qu'ils n'ont pas été précédés par d'autres accidents nerveux, ils disparaissent avec la fièvre et n'ont aucune signification fâcheuse. Il en est tout autrement, ainsi que nous le verrons bientôt, lorsque des phénomènes nerveux graves ont éclaté dès le début de la maladie (voy. les fig. 62 à 64).

Si l'on prend pour base de supputation le type parfaitement régulier (assez rare d'ailleurs), on peut assigner à la période d'éruption une *DURÉE* de cinq à six jours, savoir trois jours d'augment, un jour d'état, un jour ou deux de déclin.

**Troisième période. Desquamation.** — Elle commence du sixième au neuvième jour de la maladie; débutant par le cou et le tronc, elle se montre ensuite aux mains, à la face, et à la plante des pieds. Au visage

BIBLIOTECA