

elle se fait par écailles très-petites, qui cependant n'ont jamais le caractère pulvérulent des squames rubéoliques; sur le tronc elles sont déjà plus grandes; enfin, à la paume des mains et à la plante des pieds, ce sont de grands lambeaux qui s'enlèvent parfois d'un bloc comme des gants; les ongles, productions épidermiques, tombent quelquefois (Whitening, Nasse, Graves). La durée de cette desquamation est de huit à quinze jours; dans bien des cas elle permet de reconstituer la maladie et d'affirmer la scarlatine antécédente, bien qu'on n'en ait pas observé les premières phases; les traces de cette exfoliation épidermique doivent être scrupuleusement recherchées chez tout individu affecté d'anasarque, d'albuminurie récente, d'angine grave, de parotidite ou de phlegmon cervical; dans des cas plus rares, la découverte de ces lambeaux caractéristiques permet de rapporter à leur véritable origine des arthrites ou des phlegmasies viscérales à marche insolite.

Quand la scarlatine présente cette marche simple et régulière, le pronostic est des plus favorables, la guérison est la terminaison constante; mais les choses sont loin de se passer toujours ainsi, et dans certaines épidémies la maladie tue à coups si pressés, que Darwin en comparait justement la gravité à celle de la peste.

Les PHÉNOMÈNES INCONSTANTS qui donnent à la scarlatine ce caractère dangereux résultent soit de l'état général du malade durant la période fébrile, soit de la gravité anormale de quelqu'une des déterminations locales de la pyrexie. Les premiers permettent de distinguer cinq formes graves (malignes des auteurs); trois de ces formes sont communes à la scarlatine et aux autres fièvres éruptives, les deux autres appartiennent en propre à l'empoisonnement scarlatineux.

**Forme nerveuse.** — Cette forme, encore appelée ataxique, présente deux variétés, l'une rare, l'autre relativement fréquente. La PREMIÈRE est véritablement FOUROYANTE, elle tue dans les prodromes, avant tout indice d'éruption, et le diagnostic, qui conserve toujours alors quelque chose d'hypothétique, ne peut être que présumé d'après la notion épidémique, l'existence de la scarlatine dans l'entourage du malade, ou d'après l'angine; mais celle-ci est quelquefois très-peu accusée. La maladie éclate par une fièvre dont le degré n'est point insolite, par une céphalalgie violente, et en même temps surviennent des convulsions ou bien une agitation extrême avec délire, ou bien une stupeur, une somnolence tout à fait anormales; ces symptômes sont hors de proportion avec la vivacité de la fièvre, l'angine est peu marquée, et après trente-six, quarante-huit ou soixante heures, le malade succombe dans un accès convulsif ou dans le coma. Cette marche est exceptionnelle, mais les faits de Graves, Wunderlich, Trousseau, ne permettent pas de la révoquer en doute. Il est difficile en raison de la rapidité de la mort, d'invoquer comme cause la combustion fébrile et la résorption nocive qu'elle entraîne, et il faut admettre que le

poison, concentrant pour ainsi dire son action sur l'encéphale, en anéantit promptement la vitalité. Il se pourrait aussi qu'il se produisît dans ces cas un œdème cérébral aigu, mais les autopsies sont insuffisantes pour éclairer la question.

La FORME NERVEUSE COMMUNE, bien que très-grave, n'est pas nécessairement fatale; elle ne tue que dans le stade d'éruption, et jusqu'à l'apparition des accidents nerveux les phénomènes peuvent être réguliers. Cependant le fait est rare, et ordinairement on constate dès l'invasion quelque anomalie révélatrice qui éclaire le pronostic et doit diriger le traitement. La période d'invasion est un peu plus longue, il y a de l'anxiété précordiale, de la dyspnée, la respiration est inégale, irrégulière, suspirieuse (*respiration cérébrale*); parfois il y a de l'otorrhée, et en tout cas la fièvre est au maximum. L'éruption qui survient dans ces conditions n'a pas toujours les mêmes caractères: elle est régulière dans certains cas, ailleurs elle est tout à fait rudimentaire et fugace; chez quelques malades elle a une apparence érysipélateuse résultant du gonflement anormal du derme; enfin elle peut être d'une teinte livide, sans phénomènes hémorragiques proprement dits. Cependant la fièvre augmente encore, elle augmente sans cesse, et l'on ne peut hésiter à rapporter ces symptômes graves à l'intensité de la calorification et de la combustion organique. Les accidents nerveux ainsi produits éclatent d'emblée avec toute leur violence, ou bien ils se développent graduellement; les convulsions dominent chez les enfants, le délire chez les adultes, et le plus souvent ces désordres aboutissent à un coma profond, durant lequel on voit apparaître tous les phénomènes de l'*algidité*, y compris le refroidissement marmoréen de la peau. La mort est rapide, elle a lieu avant le moment normal de la desquamation. — Dans cette forme on a trouvé trois fois du sucre dans l'urine.

**Forme typhique.** — Cette forme, qui a été ainsi dénommée par Löschner, représente la forme adynamique des maladies fébriles; elle n'est pas rare chez les enfants, et la mort, qui en est la suite fréquente, mais non constante, est plus tardive que dans la forme nerveuse, elle peut être différée jusqu'à la desquamation. La genèse des symptômes graves est celle de l'adynamie en général, c'est-à-dire l'excès de la combustion et de la calorification, à quoi s'ajoute sans doute l'altération du sang par le poison morbide. Dès la période d'invasion on observe une faiblesse musculaire extrême, presque parétique, avec tendance à la stupeur. L'éruption peut être convenable, mais avec elle apparaissent des vomissements répétés, la stupeur augmente, il y a du subdelirium nocturne, de la jactitation, des soubresauts de tendons; le visage est agité de tressaillements convulsifs, les sécrétions sont rares, la soif est intense, les lèvres et la langue deviennent sèches et fuligineuses, le ventre est tendu, douloureux, parfois des eschares se forment rapidement, et la mort est amenée par les progrès de l'adynamie.

**Forme hémorrhagique.** — Cette forme est plus rare qu'elle ne l'est dans la variole et la rougeole; elle est relativement fréquente chez les femmes en couches. Tantôt les symptômes hémorrhagiques apparaissent dès le début, et le malade peut succomber avant l'éruption, de sorte que n'étaient l'angine et l'engorgement ganglionnaire, il serait impossible de trancher le diagnostic; tantôt tout va bien jusqu'à l'exanthème, et c'est alors que se montrent les hémorrhagies cutanées et internes, qui caractérisent cette forme et en fixent le pronostic. L'épistaxis et l'hématurie sont les plus communs de ces flux sanguins. — Lorsque la mort est tardive, on observe parfois de vastes ulcérations et des gangrènes plus ou moins étendues.

**Forme gastro-intestinale.** — Cette forme est caractérisée par des vomissements incoercibles souvent accompagnés de diarrhée, qui apparaissent dès le début de l'invasion; ce symptôme est dû à l'existence d'un catarrhe gastrique (Brinton, Fenwick) ou gastro-intestinal des plus intenses; la fièvre est violente, l'affaiblissement rapide, l'éruption se fait, mais elle a une teinte bleuâtre ou bronzée du plus mauvais augure, et la mort a lieu vers le troisième ou le quatrième jour, parfois même dès le second. Le patient succombe dans l'algidité. Cette forme a été particulièrement signalée par Bretonneau, Graves, Luton, Weine, par Brinton et Fenwick, qui en ont indiqué la raison anatomique.

**Forme syncopale.** — Dans quelques cas la mort est précédée de lipothymies, de syncopes auxquelles succèdent, sans adynamie proprement dite, le collapsus et l'algidité. C'est cette variété rare qui a été individualisée par Wood et Kennedy comme forme syncopale. Il est bien vraisemblable que des observations anatomiques plus complètes démontreront dans les faits de ce genre l'existence de la MYOCARDITE.

Lorsque la gravité résulte de l'intensité des déterminations locales, les allures de la maladie restent régulières et normales jusqu'à l'apparition des phénomènes dangereux; à ce moment surgissent des symptômes locaux en rapport avec le siège de la lésion, et l'état général prend le caractère adynamique, à moins qu'il ne s'agisse des déterminations rénales qui présentent un complexus symptomatique tout spécial. L'époque du développement de ces accidents locaux n'est pas la même; ils apparaissent chronologiquement échelonnés dans le cours de la maladie; ils ont été signalés déjà à propos de l'anatomie pathologique, et je me borne à les rappeler ici dans l'ordre de leur production.

Dans le premier septénaire on peut observer la *gangrène des amygdales* et du pharynx; ce phénomène, qui est toujours accompagné d'un état adynamique des plus prononcés, est d'autant plus insidieux, que tout exsudat superficiel peut manquer, et que la chute de l'eschare est le premier indice de la nécrose du tissu; chez le jeune homme auquel appartient l'un des tracés ci-joints (voy. fig. 65), les choses se sont précisément passées de cette manière; dès le cinquième jour le sphacèle était effectué;

cet accident est sérieux, mais il n'exclut pas une terminaison favorable. — Vers le même temps une *glossite* intense, un gonflement énorme des ganglions du cou peuvent entraver la fonction respiratoire, au point de créer un péril imminent.

Du huitième au dixième jour apparaît l'*angine tardive*, qui constitue l'un des accidents les plus redoutables de la scarlatine; cette angine a le caractère diphthérique, elle se propage rarement au larynx; mais à cela près, elle a toutes les allures de la diphthérie commune, coryza couenneux, otite couenneuse, leucorrhée, accidents cutanés et oculaires (Löschner). — A la même époque, et plus souvent encore après le douzième jour, il faut compter avec les *phlegmasies des séreuses viscérales et articulaires*, avec la *parotidite*, le *phlegmon diffus du cou*, et avec les *gangrènes cutanées*. Ces dernières sont beaucoup plus rares que dans la rougeole, mais elles ont le même siège; elles occupent la bouche, la face (Heyfelder), la vulve (Huxham, Graves).

Enfin, c'est entre le quinzième et le vingt et unième jour, parfois plus tard encore, qu'éclatent les *phénomènes visibles* de la détermination rénale, sous forme d'HYDROPSIES et d'ENCÉPHALOPATHIE URÉMIQUE. Mais l'albuminurie, qui prépare ces accidents, est bien plus précoce, elle débute ordinairement à partir du sixième jour de la maladie, et les cas ne sont pas rares dans lesquels elle est encore plus prompte; sur vingt et un cas, Abeille l'a vue huit fois avant le sixième jour, et je l'ai observée une fois dès le matin du deuxième jour, deux fois au troisième. L'intensité de la détermination rénale varie beaucoup d'un malade à l'autre, et surtout dans les diverses épidémies; lorsqu'elle est très-peu accusée et ne consiste qu'en une *fluxion avec desquamation épithéliale* partielle, elle reste latente, l'albuminurie même fait défaut; si, atteignant un degré de plus, elle consiste en une véritable *néphrite catarrhale*, l'albuminurie existe plus ou moins précoce, plus ou moins abondante, elle peut être précédée d'*hématurie*; mais quand le processus cutané est accompli, tout rentre aussi dans l'ordre en ce qui concerne les reins; lorsque enfin la lésion rénale est constituée par une *néphrite fibrineuse* (croupale), il s'agit en somme du premier stade du mal de Bright aigu, et le malade est exposé à toutes les éventualités que peut amener ce désordre de l'uro-poièse. Si, dans ce cas, on n'a pas pris soin d'examiner l'urine tous les jours, on reste dans une fausse sécurité, et lorsque apparaît l'anasarque ou l'encéphalopathie, on peut commettre la faute de considérer ces accidents comme primitifs, de les attribuer à quelque influence occasionnelle telle que le froid, alors qu'il ne s'agit en vérité que d'un mal de Bright aigu, qui évolue suivant son mode ordinaire. La scarlatine antécédente n'a plus rien à voir ni dans le pronostic, ni dans le traitement; ce sont ceux de la néphrite brightique.

Une autre variété d'anasarque est observée après la desquamation; cette

hydropisie assez rare est subite dans son développement, indépendante de la détermination rénale et de l'albuminurie; elle est sans gravité, et disparaît au bout de quelques jours, après une diarrhée, une diurèse ou une diaphorèse abondante. Pour cette variété d'anasarque qui est sans rapport aucun avec la précédente, l'étiologie *a frigore* peut souvent être établie; ailleurs la genèse reste obscure, et l'on ne peut invoquer que les modifications produites dans les capillaires cutanés par l'exanthème et surtout par la desquamation (voyez t. I).

Il résulte de cet exposé que la scarlatine ne permet aucune formule générale de pronostic; la gravité varie dans chaque cas selon les allures de la maladie, selon ses localisations (*reins, cœur, lésions valvulaires consécutives*) et aussi selon les conditions spéciales du malade. Il n'en est pas autrement dans la *scarlatine dite puerpérale*, qui atteint les femmes en couches, et c'est bien à tort qu'on lui a assigné un pronostic nécessairement funeste.

#### DIAGNOSTIC.

Le diagnostic avec les autres FIÈVRES ÉRUPTIVES, avec le RASH SCARLATIFORME de la variole et de la vaccine, a été exposé, je n'y reviens pas. Certains érythèmes généralisés pourraient induire en erreur, mais il suffit vraiment d'être prévenu du fait et de tenir compte des conditions étiologiques pour éviter la faute; les principaux de ces ÉRYTHÈMES SCARLATIFORMES sont ceux de la *diphthérie*, du *choléra*, du *typhus*, enfin la *pseudo-scarlatine* avec angine et dilatation pupillaire, que provoque chez certains individus l'usage de la *belladone*.

#### TRAITEMENT.

Les indications du traitement, les moyens de les remplir, sont les mêmes que dans la rougeole, et je ne pourrais, sans d'inutiles redites, les reproduire ici; je ferai remarquer seulement que dans les formes nerveuses et typhiques, la nécessité des AFFUSIONS FROIDES est bien plus impérieuse que dans l'empoisonnement rubéolique, en raison de la rapidité plus grande avec laquelle surviennent les accidents mortels. — Les déterminations locales, angine, phlegmon, inflammations viscérales, doivent être traitées d'après les règles ordinaires; l'origine scarlatineuse n'impose d'autre indication que l'abstention de tout moyen spoliateur, et l'administration des toniques et des stimulants, en raison de l'adynamie que produisent toujours ces divers accidents, pour peu qu'ils soient graves. — Légère et transitoire, l'albuminurie n'exige aucune médication spéciale; lorsqu'elle est liée à une néphrite soit catarrhale, soit fibrineuse, le traitement ne

diffère pas de celui qui a été exposé précédemment; la médication lactée en est l'agent le plus puissant, le plus rapidement efficace. Il en est de même pour l'anasarque scarlatineuse simple, sans albuminurie et sans néphrite.

En toute condition, la convalescence sera attentivement surveillée; une fois la desquamation établie, le malade prendra, dans sa chambre, quelques bains tièdes, de deux en deux jours, et quand la desquamation est complètement achevée, c'est-à-dire quand il n'y a plus vestige de lambeaux épidermiques ni aux mains, ni aux pieds, ni au visage, le convalescent peut sortir et reprendre peu à peu la vie commune. Quand la scarlatine est régulière, sans néphrite, sans complications, ce moment correspond, en moyenne, au début de la quatrième semaine après l'apparition de l'exanthème.

### CHAPITRE V.

#### ÉRYSIPIÈLE.

##### GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

L'érysipèle (1) est une maladie exanthématique fébrile, dont l'exanthème, à marche extensive, est caractérisé par l'aspect lisse et luisant des tégu-

(1) SENNERT, SYDENHAM, HOFFMANN, BORSIERI, VOGEL, J. P. FRANK.

*Traité de chirurgie, Dictionnaires de médecine, Traité des maladies de la peau.*  
SCHENK, *Diss. de febre erysipelatode*. Iena, 1666. — RICHTER, *De erysipelate*. Götting., 1774. — SCHRÖDER, *De febribus erysipelatosi*, Götting., 1771. — HOFINGER, *De volatica seu erysipelate vago*. Wien, 1789. — THERENS, *De erysipelate*. Leiden, 1790. — GERGENS, *De erysipelatis, febrisque erysipelatosæ causa materiali*. Mainz, 1792. — FOWLE, *De febre erysipelatosæ*. Edinburghi, 1791. — WINKEL, *Aphorismi de cognoscendo et curando erysipelate*. Erlangen, 1794. — FERNE, *De diversa erysipelatis natura*. Frankfurt a. d. Oder, 1795.

RENAUDIN, *Diss. sur l'érysipèle*. Paris, 1802. — UNGEWITTER, *De pseudo-erysipelate*. Berlin, 1824. — KISTENMACHER, *De erysipelate*. Halle, 1827. — HUTCHINSON, *Pract. Obs. on Surgery*. London, 1826. — LAWRENCE, *Med.-chir. Transact.*, XIV. — GIBSON, DOBSON, COPLAND, *Med.-chir. Review*, 1828. — LEPELLETIER, *Des différentes espèces d'érysipèle et de leur traitement*. Paris, 1836. — NAUMANN, *Handb. der med. Klinik*. Berlin, 1832. — GRAVES, LEBERT, WUNDERLICH, *loc. cit.* — TROUSSEAU, *loc. cit.* — PIORRY, *Gaz. méd. Paris*, 1833. — MALLE, *Eodem loco*, 1833. — LORAIN, *De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né*, thèse de Paris, 1855. — LABBÉ, *De l'érysipèle*, thèse de Paris, 1858. — AUBRÉE, *Thèse de Paris*, 1859. — HEBRA, *loc. cit.* — A. DESPRÈS, *Traité de l'érysipèle*. Paris, 1862. — CORNIL, *Obs. pour servir à l'histoire de l'érysipèle du pharynx*. Paris, 1862. — OPPOLZER, *Ueber Erysipelas* (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 1862). —