

laryngite striduleuse est assez accusée pour nécessiter une médication spéciale, l'origine rubéolique ne change point la conduite à suivre, le traitement est le même que dans la laryngite primitive (voy. t. II). — Le malade, pendant les deux premiers stades, ne doit prendre que du bouillon, du lait, et un peu de vin; mais dès le début de la desquamation on peut augmenter graduellement l'alimentation.

Dans la FORME PULMONAIRE on n'emploiera, sous aucun prétexte, les émissions sanguines ni le tartre stibié; on soutiendra les forces par le quinquina et le vin, et en même temps on favorisera la sécrétion des bronches et l'expulsion des mucosités au moyen du kermès minéral ou de l'oxyde blanc d'antimoine; chez les enfants on administre avec avantage le sirop d'ipécacuanha plusieurs jours de suite, ou la poudre de James composée de parties égales de sulfure d'antimoine et de corne de cerf, à la dose de 5 à 50 centigrammes par jour. Si l'extension du catarrhe aux petites bronches produit une gêne notable de la respiration, il faut recourir aux vésicatoires, aux applications répétées de ventouses sèches sur les membres inférieurs, et insister plus encore sur le vin; chez l'adulte, il faut y joindre l'alcool; chez l'enfant, on peut donner quelques cuillerées de vin de Malaga, et le carbonate d'ammoniaque à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme ou 1 gramme et demi.

Dans la FORME NERVEUSE il y a peu à compter sur les antispasmodiques et les opiacés; lorsqu'il n'y a pas de somnolence ni d'hébétéude, je donne le chloral concurremment avec les toniques et les stimulants, et je prescris les lotions de vinaigre aromatique, tout à fait froides si la chaleur fébrile atteint ou dépasse 39°,5, tièdes si elle est inférieure à ce degré. Quand ces lotions sont pratiquées avec la rapidité et les précautions voulues, et que la réaction consécutive est bonne, elles n'ont aucun effet fâcheux sur les déterminations pulmonaires. A défaut de lotion, on pourrait employer l'urtication, qui a été recommandée par plusieurs auteurs.

Dans la FORME HÉMORRHAGIQUE le traitement est le même que dans la forme semblable de la variole; c'est dans ces cas où tout dénote une altération profonde du sang, que les sulfites de magnésie et de soude, ou bien le salicylate de soude et l'acide salicylique sont particulièrement indiqués.

Le traitement de la convalescence varie selon les suites et les complications que la maladie laisse après elle; il n'y a là plus rien qui soit spécial à la rougeole.

CHAPITRE IV.

SCARLATINE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

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

(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 des Scharlachs* (*Ester. Zeits. f. pract. 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*.

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*.

Augsburg, 1864. — W. ADDISON, *What is Scarlet-fever?* (*Brit. med. Journal*, 1865). — JACOBS, *Berlin. klin. Wochen.*, 1865. — LÉON MARCO, *Obs. pour servir à l'étude de l'anasarque scarlatineuse* (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1865).

WAGNER, *De scarlatinae anatomia*. Lipsiæ, 1866. — *Beitrag zur path. Anatomie des Scharlachs* (*Archiv der Heilkunde*, 1866). — ARRIGONI, *Sopra una forma di scarlatina* (*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. Kinderheilk.*, 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 scarlatini-formes*. 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). — BLONDLAU, *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. hôp.*, 1870. — ROBINSON, *On scarlatina sine eruptione* (*The Lancet*, 1870).

CARPENTIER, *The Causation of scarlatina* (*The Lancet*, 1871). — BARCLAY, COPEMAN, *St. George's Hosp. Reports*, 1871. — PALANTE, *Journ. de méd. de Bruxelles*,

— Ce qui est certain, c'est que les agents de transmission ne sont pas moins nombreux que pour les autres maladies infectieuses; ce sont les malades, dans tout le cours de l'affection, et surtout lors de la des-

1871. — HARLEY, *On the pathology of scarlatina and the relation between enteric and scarlet fevers* (*Brit. med. Journ.*, 1871). — LAUGIER, *Sur la rechute* (*Gaz. hebd.*, 1871). — SCHWARZ, *Scarlatina recidiva* (*Wiener med. Presse*, 1871). — HUBER, *Hæmatoma scarlatinorum* (*Arch. f. klin. Med.*, 1871). — GUENEAU 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 (1868-1870) 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 Skarlagenseber* (*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). — BAGINSKI, *Zur Scharlach-Nieren-Erkrankung* (*Deuts. Zeits. f. prakt. Med.*, 1874). — WILLIAMS, *Boston med. and surg. Journ.*, 1874. — COATS, *Brit. med. Journ.*, 1874. — ALBUTT, *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*. Jena, 1874. — BAADER, *Hémorrhagies mortelles dans la scarlatine* (*Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte*, 1875).

EICHHORST, *Ueber das Verhältniss der acuten Exantheme und der acuten Infektionskrankheiten unter und gegen einander* (*Deut. Zeits. f. pract. Med.*, 1875). — HUNT, *Some remarks on scarlet fever* (*New York. med. Record*, 1875). — KERSCH, *Zur Casuistik der Kinderkrankheiten* (*Memorabilien*, 1875). — GREEN, *Case of scarlatina followed by acute rheumatism* (*Med. Times and Gaz.*, 1875). — ADDY, *Partial hemiplegia with amnesia occurring after scarlatina* (*The Lancet*, 1875). — KÜSSNER, *Eigenthümliche Concretionen in der Niere bei Scarlatina-Nephritis* (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1875). — BERNOUILLI, *Ueber die Scharlach-Epidemie in Basel im Jahre 1874* (*Corresp. Blatt f. Schweizer Aerzte*, 1875). — FOOT, *Notes on scarlatina* (*Dublin Journ. of med. Sc.*, 1875). — HAGENBACH, *Zur Aetiologie des*

quamation; — les médecins; — les individus sains qui ont été en rapport avec les malades; — les objets qui ont servi à leur usage, literie, linges, etc. En outre quelques faits semblent établir la transmission par de

Scharlachs (Jahrb. f. Kinderheilk., 1875). — LOEB, *Die Incubationsdauer des Scharlachs* (Eodem loco). — SPEAR, *Contagiousness of scarlatina* (New York med. Record, 1875). — RANSOME, *On the relations between diphtheria and scarlet fever* (Brit. med. Journ., 1875). — MARCHAND, *Incubation von Variola und Scarlatina* (Berlin. klin. Wochen., 1876). — FÖRSTER, *Einige Bemerkungen über die Verbreitungsweise der Masern und des Scharlachs* (Jahrb. f. Kinderheilk., 1876). — TALBOT, *Scarlatina complicating rubeola* (Philad. med. and surg. Rep., 1876). — SPEAR, *Clinical statistics of an epidemic of scarlet fever* (New York med. Record, 1876). — GIBNEY, *Scarlatinal hæmaturia* (Eodem loco). — WALLENBERG, *Ein Fall von bleibender Veränderung der Haar- und Hautfarbe nach Scharlachfieber* (Viertelj. f. Dermatologie und Syphilis, 1876). — STEDMAN, *Scarlatina complicated with typhlitis* (Boston med. and surg. Journ., 1876). — MALONE, *Unusual sequels of scarlet fever* (Med. Press and Circular, 1876). — HÜTTENBRENNER, *Ueber zweimaliges Auftreten von acuten Exanthemen, insbesondere von Scharlach* (Jahrb. f. Kinderheilkunde, 1876). — KÖRNER, *Ueber Scharlachrecidive* (Eodem loco). — BERNOULLI, *Exanthema scarlatinoides recidivum* (Corresp. Blatt d. Schweizer Aerzte, 1876). — VÖGLER, *Recidiviren des Exanthem* (Eodem loco). — BURKHARDT-MERIAN, *Recidivirendes scharlachähnliches Exanthem* (Eodem loco). — FÉRÉOL, *Pseudo-exanthème scarlatiniforme récidivant* (Union méd., 1876). — HUBER, *Zur Scharlach-Incubation* (Deut. Arch. f. klin. Med., 1876). — REZEK, *Zur Uebertragung des Scharlach-Contagiums durch Aerzte* (Petersb. med. Wochen., 1876). — GIACCHI, *Scarlattina e difteritide* (Il Rac coglitore med., 1876).

BEZ, *De la contemporanéité des fièvres éruptives et de leur coexistence avec la f. typhoïde chez le même individu*. Thèse de Paris, 1877. — KLEIN, *Ueber das gleichzeitige Auftreten zweier acuter Exantheme an demselben Individuum*. Berlin, 1877. — STILLER, *Zum Synchronismus zweier acuter Exantheme* (Wien. med. Wochen., 1877). — ZECHMEISTER, *Même sujet* (Eodem loco). — UNTERBERGER, *Zur Kenntniss der Masern und des Scharlachs* (Jahrb. f. Kinderheilk., 1877). — BEIZ, *Hydropisie der Schleimbeutel bei der Scharlachwassersucht* (Memorabilien, 1877). — MAY, *Zweimalige Erkrankung an Scharlach nach 10 Wochen* (Jahrb. f. Kinderheilk., 1877). — UNTERHOLZNER, *Beobachtungen über Scarlatina recidiva* (Eodem loco). — FENWICK, *Cases of scarlatina in St. George's Hosp.* (St. George's Hosp. Rep., 1877). — BAYLEY, *Two cases of total blindness after scarlatina occurring in the same family* (The Lancet, 1877). — WHITE LAW, *Case of anuria lasting 25 days; recovery* (Eodem loco). — CASSAS, *Essai sur l'endocardite scarlatineuse*. Thèse de Paris, 1877. — PEPPER, *Occurrence of endocarditis with heart clot in malignant scarlatina* (Philad. med. and surg. Rep., 1877). — LONGHURST, *Obs. on scarlet fever* (Med. Times and Gaz., 1877). — MARCUS, *Frühzeitige Urämie mit Tobsucht bei Scharlach* (Berlin. klin. Wochen., 1877). — VIRCHOW, *Bericht über das Leichenhaus, etc.* (Charité Annalen, 1877). — KLEIN, *The anatomical changes of the kidney, liver, spleen and lymphatic glands in scarlatina* (Trans. path. Soc., 1877). — KIRSCHMANN, *Zum Synchronismus acuter Exantheme. Milztumor bei Scarlatina* (Wien. med. Wochen., 1878). — MATRAY, *Casuistischer Beitrag zur isochronen Entwicklung*

l'eau souillée de matières fécales, et par du lait provenant de vaches qui avaient été traitées par des individus convalescents de scarlatine. — L'INCUBATION, plus courte que celle de la variole et de la rougeole, ne dépasse pas sept jours; les exceptions au delà, c'est-à-dire jusqu'à neuf et onze jours, sont positivement rares; les exceptions en deçà, de cinq à trois jours, sont un peu plus nombreuses.

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, 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, mais la possibilité en est parfaitement établie; il convient d'autant plus d'insister sur ce fait, qu'il a été à tort nié par Hebra.

zwei acuter Exantheme (Eodem loco). — HENOCHE, *Mittheilungen über das Scharlachfieber* (Charité Annalen, 1878). — BILLINGTON, *Clinical obs. on the early stages of scarlet fever with suggestions as to pathology* (New York med. Record, 1878). — KERSCH, *Drei Fälle von Scharlach* (Memorabilien, 1878). — KLAMANN, *Ein Fall von Scharlachfieber ohne Exanthem mit Uebergang in Abdominaltyphus* (Jahrb. f. Kinderheilk., 1878). — FLOEGL, *Ein Fall von Scarlatina mit Amaurose* (Prag. med. Wochen., 1878). — WOLFF, *Ueber Scarlatina hæmorrhagica*. Berlin, 1878.

NYMANN, *Gesammelte Notizen über das epidemische Auftreten, den Character und Verlauf der acuten Ausschläge, etc.* (Arch. f. Kinderheilk., 1879). — FEHR, *Die Scharlachepidemie in St. Gallen* (Corresp. Blatt der Schweizer Aerzte, 1879). — LYMAN, *On scarlet fever in Chicago* (New York med. Record, 1879). — WERTHEIMBER, *Ueber Scharlach* (Bayr. ärztl. Intellig. Blatt, 1879). — BARY, *Acutes Kehlkopfs-Oedem als erstes Zeichen einer Nephritis scarlatinosa* (Centralzeit. f. Kinderheilk., 1879). — SCHUETZ, *Hæmaturia post scarlatinam* (Prag. med. Wochen., 1879). — HEUBNER, *Ein Fall von Hämoglobinurie bei Scharlach* (Deut. Arch. f. klin. Med., 1879). — O'SULLIVAN, *Report of a case of concurrent diphtheria and scarlatina*. (Dublin. Journ. of med. Sc., 1879). — GOLDSCHMIDT, *Einige Beobachtungen über das Zusammentreffen von Scharlach und Diphtheritis* (Centralzeit. f. Kinderheilk. 1879). — ALLEN, *Three cases of scarlatina with eighteen of sympathetic sore throat* (Boston med. and surg. Journ., 1879). — RAVEN, *Disguised scarlatina* (Brit. med. Journ., 1879). — FAIRBANK and BOYSTON, *Notes on some of the less common forms of scarlatina* (The Lancet, 1879). — BUSSY, *Étude sur l'exanthème scarlatiniforme*. Thèse de Paris, 1879. — HEADLE, *Scarlatiniform rashes and scarlatina* (Brit. med. Journ., 1879). — GOODHART, *On acute dilatation of the heart as a cause of death in scarlatinal dropsy* (Guy's Hosp. Reports, 1879). — HEUBNER, *Beob. über Scharlach-Diphtherie* (Jahrb. f. Kinderheilk., 1879). — OSTHOFF, *Hämoglobinurie bei Scharlach* (Bayr. ärztl. Intel. Bl. 1880). — HAJEK, *Ueber die Ursachen und den Verlauf der Urämie bei Nephritis nach Scharlach* (Arch. f. Kinderheilk., 1880).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

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

La LÉSION CUTANÉE est constituée par une *hyperhémie 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 lævigata*). 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'hyperhémie 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. Un intéressant relevé de Monti donne les chiffres suivants pour la fréquence relative des diverses espèces d'angine : sur 105 cas de scarlatine, il a vu l'angine simple 58 fois, l'angine parenchymateuse 16 fois, l'angine diphthérique 31 fois; cette dernière s'est montrée 3 fois dès le début de la maladie, 28 fois pendant le stade d'éruption.

La DÉTERMINATION RÉNALE est une *fluxion légère*, ou bien un simple *catarrhe des tubuli* avec hyperhémie forte et chute de l'épithélium; ou bien une *néphrite avec exsudat fibrineux canaliculaire et altération des glomérules*, en d'autres termes le premier stade de la néphrite parenchymateuse. Ainsi *fluxion simple*, — *néphrite desquamative*, — *néphrite parenchymateuse*, voilà les trois éventualités de la détermination rénale; les deux premières sont de beaucoup les plus communes, et elle permettent la restitution du tissu *ad integrum*; la dernière est à la fois plus grave et plus rare; on peut admettre que sur cent cas de néphrite d'origine scarlatineuse, la forme parenchymateuse ne figure que trente fois. Très exceptionnellement on peut observer la *néphrite interstitielle*, dont Biermer a rapporté un exemple très probant.

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 la MYOCARDITE, de l'OTITE INTERNE, du ramollisse-

ment 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 hématopoiétique, mais elle est probable, puisque ces altérations se retrouvent à divers degrés dans toutes les maladies infectieuses. Ces prévisions, que j'ai formulées dès la première édition de ce livre, ont été pleinement vérifiées par l'observation; nombre de fois on a constaté dans les autopsies, la tuméfaction et l'hyperplasie du FOIE, de la RATE, des GANGLIONS MÉSENTÉRIQUES avec infiltrations 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 une fluidité anormale, une diminution considérable de la fibrine, et une augmentation énorme de globules blancs, laquelle persiste jusqu'à la convalescence. Quant aux globules rouges, les recherches d'Albin Meunier ont établi qu'ils diminuent de jour en jour jusqu'à la desquamation; ce jour même ils augmentent dans une proportion notable, mais pourtant à la fin de la convalescence le chiffre n'est point encore égal à celui du début de la maladie. Dans les formes hémorrhagiques, la quantité des globules rouges peut être quasi-normale, mais leur qualité est altérée par la séparation et la dissolution de l'hémoglobine, fait qui constitue l'altération hémorrhagipare (*sang dissous* des anciens) (1).

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 FRISSONS 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 degrés, 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

(1) Voyez pour plus de détails ma thèse de concours sur l'*humorisme*. Paris, 1864

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.

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