

Speranza dans l'épidémie de Milan, de 1722, sembleraient prouver que le principe contagieux de la maladie réside dans le sang. Ces médecins ayant, en effet, pratiqué une légère incision sur les plaques rubéoleuses, et ayant inoculé le sang qui s'en écoulait, ont développé une rougeole régulière après une incubation de six jours; Alex. Monro et Looke disent aussi avoir pu inoculer la maladie avec l'humeur lacrymale et avec la salive; mais leurs observations sont moins concluantes que celles des précédents expérimentateurs. Des médecins de Philadelphie, les ayant d'ailleurs répétées, n'ont obtenu aucun résultat. Les faits les plus concluants, s'ils étaient suffisamment authentiques, seraient ceux de Katona, médecin hongrois, qui, dans une épidémie de rougeole, aurait pu inoculer la maladie à onze cent vingt-deux personnes, et n'aurait échoué que sept fois sur cent; chez tous les autres, il serait survenu une rougeole très-bénigne, dont les prodromes commençaient au septième jour de l'inoculation; l'éruption avait lieu, dit-on, le neuvième ou le dixième, la desquamation le quatorzième, la guérison était complète au dix-septième. Katona pratiquait les inoculations indifféremment avec les larmes des malades, ou bien avec une goutte de sang tiré des plaques. (*Gazette médicale* de l'année 1843.)

**Traitement.** — Lorsque la rougeole est bénigne, il n'y a aucun traitement actif à faire. Le malade gardera le lit : on le protégera contre l'action d'une lumière trop vive; on le couvrira modérément, on entretiendra dans l'appartement une température douce et uniforme; on donnera des boissons adoucissantes et pectorales. Dans aucun cas, il ne convient d'imiter la pratique de quelques médecins anglais, qui font sur toute la surface du corps des lotions froides, pour diminuer la chaleur fébrile, car on s'exposerait à supprimer l'éruption et à provoquer surtout le développement d'une phlegmasie pulmonaire, si commune dans le cours de cette maladie. Lorsque la fièvre est violente, lorsque la respiration est difficile ou qu'il survient quelque complication de nature inflammatoire, la saignée est indiquée. On pourra, si besoin est, revenir plusieurs fois aux émissions sanguines; cependant il faut recourir à ce moyen avec la plus grande prudence, et ne pas imiter surtout la pratique de Mead, qui saignait le plus ordinairement dans les deux premières périodes. La disparition brusque de l'éruption exige un traitement différent, suivant la cause qui l'a produite. Dans le cas où elle dépend d'une inflammation viscérale, c'est contre celle-ci qu'il faut diriger la thérapeutique, en même temps qu'on tâchera de rappeler l'éruption au moyen de révulsifs puissants promenés sur la peau. Lorsque l'éruption se supprime sous l'influence du refroidissement, le malade sera plongé dans un bain chaud ou mieux encore dans un bain de vapeur; on fera des frictions sèches ou aromatiques, on promènera des sinapismes, on appliquera des vésicatoires, on donnera des boissons chaudes et quelques petites doses d'opium; ou bien encore on administrera 4 à 10 centigrammes d'émétique, à doses très-fractionnées, non pour évacuer, mais dans le but de provoquer la diaphorèse; enfin, s'il existe de la prostration, on ranimera les forces par des toniques et par quelques excitants diffusibles, tels que le café, le thé, l'ammoniaque ou son acétate, etc. La diarrhée est un accident fréquent de la rougeole; il importe de l'arrêter promptement, si elle est considérable, ou si les malades sont déjà affaiblis; on donne, dans ce but, les mucilagineux et les opiacés. L'opium, aussi souvent utile dans la rougeole que dans la variole, convient non-seulement pour modérer le flux intestinal, mais encore pour calmer la toux quinteuse et sèche, dont tant de malades sont tourmentés. Dans les cas où la bronchite provoque une sécrétion

considérable de mucosité qui s'accumule dans l'arbre aérien, et produit, surtout chez les enfants, beaucoup d'anxiété et d'oppression, on se hâtera d'administrer un vomitif, et préférablement l'ipéca. Si la bronchite devient capillaire, on insistera sur les vomitifs, ipéca ou émétique, ainsi que sur les révulsifs cutanés (voyez cette maladie). Contre les pneumonies qui surviennent si souvent, il est difficile de beaucoup insister sur les émissions sanguines; le tartre stibié à haute dose est généralement plus avantageux. On se conduira, d'ailleurs, d'après les règles que nous établirons plus tard pour le traitement des pneumonies secondaires. Les symptômes cérébraux, beaucoup moins communs que ceux dont nous venons de parler, céderont souvent à l'application de quelques sangsues derrière les oreilles, et aux révulsifs portés sur les extrémités; mais il faut prendre garde pourtant de trop insister sur le premier de ces moyens. Comme dans la variole, l'opium fera justice de ces délires très-agités, mais qui ne se lient point à une phlegmasie intracrânienne. Enfin, s'il survient des hémorrhagies, et si, comme la chose est le plus habituelle, elles ont le caractère passif, on les combattra par les acides minéraux, ainsi que par les toniques, indépendamment des moyens locaux appropriés à chaque espèce d'hémorrhagie : c'est ainsi que les épistaxis nécessitent parfois le tamponnement des fosses nasales. (Pour les maladies consécutives, voyez les chapitres consacrés à chacune d'elles.)

**Prophylaxie.** — Lorsqu'une rougeole maligne éclate dans une famille ou dans un pensionnat, il faut se hâter de séquestrer les individus malades. Si l'épidémie est bénigne, peut-être convient-il de laisser les enfants communiquer librement entre eux, afin de les mettre à l'abri, pour l'avenir, d'une contagion plus grave. C'est dans ce but que quelques auteurs ont conseillé, dans les cas favorables, l'inoculation de la maladie. Nous serions assez de cet avis; aussi voudrions-nous que les médecins qui ont la direction des établissements où sont réunis beaucoup d'enfants se livrassent à ce sujet à quelques expériences qui, dans aucun cas, ne peuvent avoir rien de fâcheux; voilà pourquoi nous n'hésitons pas à les conseiller. Quant aux moyens prophylactiques vantés surtout en Allemagne, il n'y en a aucun qui mérite confiance.

## DE LA SCARLATINE

SYNONYMIE. — *Morbilli confluentes, ignis sacer, morbilli ignei, febris scarlatina.* — Fièvre rouge, fièvre pourprée.

La *scarlatine* est un exanthème contagieux et fébrile, caractérisé par de petits points rouges granités et réguliers, ou par une coloration uniforme d'un rouge framboisé, pouvant occuper toute la surface du corps, ou bien être circonscrite à quelques points, et s'accompagnant presque toujours d'une angine plus ou moins violente.

**Historique.** — Il est très-douteux que la scarlatine ait été connue des Grecs, des Romains, et même des Arabes; ce ne fut guère que vers le milieu du xvi<sup>e</sup> siècle qu'elle fut signalée par Ingrassias, à Naples, où elle régnait d'ailleurs même avant l'an 1500; par Coyttar, médecin à Poitiers, qui l'appelait *fièvre pourprée épidémique et contagieuse*; enfin par Baillou. Longtemps on la confondit avec la rougeole, c'est ce que faisait Morton; on la confondit aussi avec l'esquinancie : car on regardait avec raison, dit Jos. Frank, comme ayant appartenu à une scarlatine méconnue, plusieurs de ces épidémies qui, sous les noms d'*angine gangréneuse* et de *garrottillo*, ravagèrent, au commencement du xvii<sup>e</sup> siècle, l'Espagne, l'Italie et la Sicile. La scarlatine, dont Sennert avait déjà tracé les



principaux caractères, fut un peu mieux décrite par F. Hoffmann, par Sydenham, et surtout par Rosen. Elle a été l'objet de travaux immenses pendant presque tout le xviii<sup>e</sup> siècle, où l'on vit cette maladie n'épargner aucune région de l'Europe. Les travaux qui, depuis quarante ans, ont été entrepris sur la scarlatine, ont eu presque tous pour but de faire connaître certaines complications, ou bien ils ont porté spécialement sur l'anatomie pathologique et sur la thérapeutique de la maladie; nous les mentionnerons plus tard.

**Anatomie pathologique.** — La scarlatine ne détermine pas beaucoup de lésions. Une couleur violacée de la peau, de la muqueuse du pharynx et de celle des bronches; quelques ecchymoses dans le tube digestif; une congestion sanguine, très-rarement une inflammation des bronches et des poumons, une injection des reins et des centres nerveux, sont à peu près les seules altérations qu'on trouve dans les solides. On dit avoir rencontré les follicules intestinaux, et surtout ceux de Peyer, rouges, volumineux, indurés, boursoufflés, à peu près comme ils le sont dans la fièvre typhoïde; c'est là une erreur. Jamais après la scarlatine on ne trouve ni des plaques gaufrées, ni des ulcérations dans l'intestin, ni une intumescence des ganglions mésentériques. Quelquefois, il est vrai, les follicules isolés de la fin de l'intestin grêle m'ont paru plus saillants et analogues à ceux qu'on rencontre, par exemple, sur les cadavres d'un grand nombre de cholériques; mais cette hypertrophie se voit dans une foule d'autopsies; si elle est sensiblement plus commune après la scarlatine, elle n'a lieu pourtant dans ce cas que très-exceptionnellement; d'ailleurs elle n'a aucune analogie avec l'éruption dothiéntérique.

Le sang offre les caractères qu'il a dans les autres pyrexies; la fibrine est à l'état normal, ou bien elle est diminuée: ce dernier cas existe dans certaines scarlatines graves compliquées d'hémorrhagies.

Les recherches faites autrefois par F. Fischer (1), celles plus récentes qu'on doit à Hamilton (2), à M. Rayer (3), ont prouvé que, chez les individus qui succombent à la suite de la scarlatine, et après une complication qui n'est pas rare, l'anasarque, on trouve les reins souvent hyperdémés, et pouvant même présenter les altérations qui caractérisent les deux premiers degrés de la maladie de Bright.

**Division.** — Le cours de la scarlatine se partage en quatre périodes, qui sont: l'*incubation*, l'*invasion*, l'*éruption* et la *desquamation*.

L'*incubation* de la scarlatine, comparée à celle de la variole et de la rougeole, est plus courte que dans celles-ci. On a évalué, en effet, que l'*incubation* n'était guère que de trois à cinq jours pour la scarlatine.

L'*invasion*. — L'*invasion* de la scarlatine est marquée communément par des frissons, par une fièvre vive, par une angine plus ou moins intense, par un grand malaise et par de la céphalalgie. A ces symptômes se joignent souvent des épistaxis, des nausées, des vomissements, plus rarement des accidents nerveux, tels que délire, coma ou convulsions: ceci n'a guère lieu d'ailleurs que chez les jeunes sujets. Ces troubles vont en augmentant jusqu'au deuxième jour, époque à laquelle l'éruption apparaît. Il n'est pas rare, pourtant, que celle-ci se montre vingt-quatre et même cinq ou six heures seulement après le premier malaise. La scarlatine est donc, de toutes les fièvres éruptives, celle dont les prodromes sont les plus courts. C'est celle aussi dont les prodromes

(1) *Journal d'Hufeland*, février 1824.

(2) *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1833.

(3) *Traité des maladies des reins*, t. II, p. 428.

peuvent être les plus bénins; il n'est pas rare, en effet, de voir l'éruption éclater presque sans malaise antérieur et surprendre en quelque sorte l'individu au milieu de la santé.

**Éruption.** — La face se tuméfie légèrement, et l'on aperçoit sur elle tantôt une rougeur uniforme, tantôt de petites taches d'un rouge vif ne formant point de saillie, et disparaissant momentanément par la pression. De pareilles taches se montrent bientôt sur le cou, sur la poitrine et aux membres. Au bout de vingt-quatre heures, l'éruption est générale et complète. La peau offre alors une coloration écarlate uniforme, comme si on l'avait barbouillée avec du jus de framboise. Cette coloration existe tantôt par larges plaques irrégulières, séparées par des intervalles où la peau a son aspect normal; d'autres fois la couleur rouge se montre uniformément sur toute la surface du corps; toutefois l'exanthème présente une rougeur plus intense et plus vive partout où l'épiderme a moins d'épaisseur, comme à la partie interne des cuisses, aux aines, sur le scrotum et sur les articulations dans le sens de la flexion des membres. Cependant un épiderme épais, même calleux, tel qu'on le rencontre chez les ouvriers, à la face palmaire des mains, n'empêche pas de voir la rougeur vive de l'éruption scarlatineuse, souvent très-marquée et en quelque sorte prédominante dans cette région. Assez souvent l'éruption scarlatineuse se montre sous un autre aspect: au lieu des larges taches dont je viens de parler, on voit une multitude de petits points rouges extrêmement rapprochés les uns des autres, très-réguliers dans leur disposition, ce qui donne à la surface de la peau l'aspect de certains granits très-fins.

Quelle que soit la forme de l'éruption, la peau est comme tendue, ordinairement sèche, toujours brûlante: sa température est, en effet, communément plus élevée dans la scarlatine que dans les autres fièvres éruptives (41 et même 42 degrés centigrades). Aussi les malades ressentent-ils une chaleur et un prurit ou une cuisson qui n'existent pas au même degré dans les autres pyrexies exanthématiques. En raison de la congestion dont les téguments sont le siège, les pieds et les mains semblent gonflés; ils sont le siège d'une gêne et d'une roideur notables, qui deviennent surtout incommodes lorsqu'on essaye de fléchir les doigts. La fièvre persiste au même degré qu'avant l'éruption, souvent elle redouble; il en est de même de l'angine, qui prend communément une intensité plus grande que dans la seconde période. Si, faisant ouvrir la bouche au malade, on examine quel est l'état de la membrane muqueuse, on reconnaît que la face interne des lèvres et des joues, que les gencives, le voile du palais et ses piliers sont d'un rouge vif, c'est-à-dire colorés de la même manière que les téguments. Cette coloration se rencontre aussi sur la langue, mais en général on la distingue un peu plus tard que sur les autres parties de la bouche, probablement à cause de l'épaisseur plus considérable de son épithélium, ou plutôt encore parce que l'angine y est plus tardive. La rougeur framboisée de la muqueuse buccale et pharyngienne est un phénomène presque constant dans la scarlatine; cependant l'époque de son apparition varie beaucoup. Tantôt, en effet, elle précède l'exanthème cutané, d'autres fois elle apparaît avec lui; plus souvent, peut-être, elle lui est postérieure, et n'est même bien visible que lorsque l'éruption cutanée est à son déclin. Celle-ci persiste, en général, au même degré pendant un ou deux jours. On a dit que sa couleur, moins vive le matin, était plus foncée le soir ou pendant la nuit; mais cette assertion n'est nullement prouvée. C'est lorsque l'exanthème a son maximum d'intensité, c'est-à-dire vers le troisième ou le quatrième jour, qu'on voit souvent, surtout chez les enfants, se développer sur les parties latérales



du cou et de la poitrine, aux aisselles, aux aines, moins souvent ailleurs, un nombre plus ou moins considérable de petites vésicules semi-sphériques contenant un liquide d'abord transparent, puis un peu opaque : c'est une éruption miliaire telle à peu près que nous l'avons vue dans le cours de la fièvre typhoïde. Les vésicules pourtant, dans le cas de la scarlatine, sont plus volumineuses, plus résistantes au toucher, et se rapprochent davantage de celles que nous trouverons bientôt dans la suette. Lorsque l'éruption dont nous parlons existe, on donne à la scarlatine le nom de *scarlatine miliaire*.

*Desquamation.* — Vers le cinquième, ou au plus tard vers le sixième jour de l'éruption, l'exanthème pâlit. Les interstices qui séparent les plaques deviennent plus considérables; la peau n'est plus aussi tuméfiée, la fièvre tombe, le mal de gorge disparaît. Au huitième jour, il n'y a généralement plus trace de rougeur. Celle-ci s'éteint complètement sans laisser après elle aucune macule, comme nous en avons vu après la variole et même après la rougeole; puis un phénomène nouveau se déclare, c'est la desquamation. Elle commence à se faire parfois dès le cinquième jour sur la face et sur les parties latérales du cou et de la poitrine, mais elle dépend plutôt alors de la miliaire concomitante que de la scarlatine elle-même. La desquamation dépendant de la scarlatine seule commence rarement avant le quinzième jour sur le tronc et sur les membres; elle est beaucoup plus tardive encore aux pieds et aux mains, où, en raison sans doute de l'épaisseur de l'épiderme, elle peut se faire attendre vingt ou vingt-cinq jours, parfois même davantage. Quelque temps avant de se détacher, l'épiderme devient plus sec, il prend une teinte blanchâtre, puis il se fendille : c'est une succession de phénomènes qu'on étudie bien à la face palmaire des mains. Quelle que soit la région du corps où elle s'opère, la desquamation de la scarlatine, au lieu d'être furfuracée comme elle l'est dans la rougeole, se fait par grandes écailles comme à la face et au cou, ou par très-larges plaques, comme on l'observe surtout aux pieds ou aux mains, où l'épiderme d'un orteil ou d'un doigt se sépare parfois tout d'une pièce et comme un doigt de gant. La desquamation, que nous avons dit pouvoir commencer dès le quinzième jour à dater de l'éruption, n'a pas cependant de périodes bien fixes ni pour son début ni pour l'époque où elle cesse. Nous l'avons vue quelquefois commencer vers le vingtième ou le vingt-cinquième jour, et il n'est pas rare, même quand elle se fait plus tôt, qu'elle se prolonge jusqu'après le trentième ou le quarantième. Cela dépend le plus ordinairement de ce que l'exfoliation de l'épiderme a lieu deux ou trois fois de suite sur les mêmes points.

Tels sont les symptômes et la marche de la scarlatine qu'on nomme simple ou régulière. Sa durée moyenne, en n'y comprenant pas pourtant la desquamation, est d'un septénaire.

*Variétés.* — La maladie se présente souvent avec des caractères différents de ceux que nous venons d'exposer. L'angine, qui a ordinairement une médiocre intensité, peut être beaucoup plus vive, elle peut même devenir le symptôme prédominant: on dit alors que la scarlatine est *angineuse* (Willan). Dans cette variété les phénomènes précurseurs sont, en général, plus graves : la douleur et le gonflement de la gorge existent dès le début; la déglutition est très-difficile; les amygdales sont tuméfiées et d'un rouge cramoisi; elles se recouvrent, ainsi que tout le fond de la gorge, d'une matière pultacée, grise ou jaune, qui se colore quelquefois en noir, lorsque du sang a été exhalé, et qui se détache aisément et se reproduit de même. Cette matière n'offre aucun des caractères des pseudo-membranes; c'est une espèce de mucus; sa sécrétion n'a aucune importance. Mais parfois il se forme de véritables, fausses membranes

ayant de la tendance à s'étendre au loin; on est alors aux prises avec une affection redoutable, avec une angine couenneuse, maladie à laquelle je consacrerai plus tard un article spécial. Dans l'angine intense, les ganglions sous-maxillaires sont souvent volumineux, très-sensibles; on les a vus quelquefois, ainsi que le tissu cellulaire du cou, s'abcéder et constituer de véritables *bubons scarlatineux*. Dans la scarlatine angineuse, la fièvre est plus vive; il y a souvent des nausées, des vomissements et de la diarrhée. En général, l'éruption apparaît un jour plus tard que dans la variété précédente. Au lieu d'occuper toute la surface du corps, elle n'existe souvent que dans des points limités, comme aux aines, aux aisselles ou aux mains; elle disparaît parfois du jour au lendemain, mais la desquamation qui a lieu, quoiqu'un peu plus tardive à commencer, se fait néanmoins régulièrement.

Il est une autre forme de scarlatine qu'on a appelée *maligne*, en raison de sa gravité. Elle présente, en effet, l'image de la fièvre typhoïde dans ses formes adynamique ou ataxique les plus accentuées. Ici les prodromes offrent encore plus d'intensité que précédemment; les malades tombent dans la prostration; la langue et les dents s'encroûtent de fuliginosités, l'haleine est fétide; il y a du délire, du coma, de la surdité, des soubresauts, de la carphologie : c'est la *scarlatine ataxique* ou *nerveuse*. Le pouls, d'une fréquence extrême, est mou, dépressible; souvent alors l'éruption, tout à fait éphémère, se montre à peine; ou bien elle paraît et disparaît plusieurs fois de suite; presque toujours elle n'occupe que quelques points du corps au voisinage des articulations, surtout dans le sens de la flexion; ailleurs elle prend une teinte livide, elle est souvent parsemée de pétéchies et de larges ecchymoses; diverses hémorrhagies peuvent, comme dans les varioles graves, se faire par diverses muqueuses. Des points gangréneux peuvent même se former sur plusieurs parties du corps. Enfin, le malade meurt tantôt subitement et d'une manière foudroyante, tantôt après une longue agonie.

On voit que, dans les formes angineuse et maligne, l'éruption est souvent peu marquée, partielle et tout à fait éphémère. On conçoit même que, dans un grand nombre de cas, elle puisse passer inaperçue des malades et même des médecins; c'est ce qui arrive en effet fort souvent. C'est probablement à des cas de scarlatine à éruption *partielle* et *éphémère* qu'il faut rapporter tous les faits qu'on cite comme étant des exemples de scarlatine sans exanthème. La doctrine de la fièvre scarlatine sans éruption compte cependant beaucoup de partisans. Heberden, Jos. Frank et plusieurs autres autorités, la défendent, mais on trouve dans les écrits de ces auteurs bien moins de faits précis que de simples assertions. Quant aux observations rapportées par des médecins contemporains, par Dance (*Archives*, 1830), par M. Trousseau (*Archives*, 1829), par M. Taupin (thèse, 1840), nous croyons qu'elles ne sauraient dissiper tous les doutes et établir d'une manière irrévocable l'existence de la scarlatine sans exanthème. Ceux qui auront vu fréquemment de ces scarlatines à éruption partielle et fugace seront peut-être de mon avis. Ce qui prouve d'ailleurs en faveur d'une éruption méconnue, c'est de voir la desquamation terminer ces scarlatines anormales comme celles qui sont régulières. Cette exfoliation de l'épiderme n'est-elle pas une preuve certaine d'une éruption antérieure? C'est ce que je crois fermement.

*Complications.* — Divers accidents peuvent compliquer la scarlatine : ce sont, dans les formes graves, des hémorrhagies passives par diverses muqueuses et des taches ecchymotiques sur la peau; diverses phlegmasies des organes thoraciques et abdominaux; celles-ci néanmoins sont infiniment moins



communes que dans la rougeole. On observe encore des accidents cérébraux très variables dans leur forme, tels que délire, coma, convulsions et contractures; Ces symptômes, qui sont assez fréquents chez les enfants, simulent quelquefois chez eux une méningite : cependant il est rare d'observer sur le cadavre des traces de phlegmasie intracrânienne; presque toujours les accidents nerveux remarquables pendant la vie ne laissent d'autres vestiges qu'une forte congestion, et, dans quelques cas, un épanchement séreux plus ou moins considérable dans les ventricules du cerveau. Les accidents cérébraux ont souvent un début brusque et une marche rapide; ailleurs, au contraire, ils sont lents dans leur évolution. J'ai rencontré plusieurs fois des douleurs rhumatismales dans le cours ou au déclin de la scarlatine; cette complication, assez rare, a pourtant été observée parfois d'une manière épidémique. J'ai fixé l'attention sur elle dès 1836. Il n'y a jamais d'affectées qu'un petit nombre d'articulations, spécialement les deux poignets; la résolution arrive communément après un petit nombre de jours. Diverses affections cutanées peuvent encore compliquer la scarlatine; nous avons déjà parlé de la miliaire, nous pouvons aussi citer l'érysipèle, les furoncles et surtout l'urticaire. Celle-ci même n'est pas fort rare pendant la période de desquamation. Enfin, tous les auteurs parlent de la complication de la scarlatine par les autres fièvres éruptives, par la variole et par la rougeole. Celle-ci, d'ailleurs fort rare, a été spécialement étudiée par M. Willemin dans sa thèse (1847). Ce médecin établit que lorsque la scarlatine survient en même temps que la variole, ou lorsqu'au milieu de son cours cette dernière vient se joindre à elle, les deux exanthèmes se développent simultanément et suivent une marche très-régulière. Si c'est, par contre, la rougeole qui complique la scarlatine, parfois on voit les deux maladies marcher parallèlement sans se troubler; ailleurs elles se modifient réciproquement, et la durée de chacune est abrégée. Dans les cas plus fréquents où l'une des maladies succède immédiatement à l'autre, on ne constate aucune modification appréciable ni dans les caractères ni dans la marche des deux éruptions.

Je doute fort de l'exactitude de toutes ces propositions; car plus j'observe, plus je me raffermis dans cette idée que les fièvres éruptives ne se compliquent pas entre elles, plus il me semble qu'on a faussement attribué à la rougeole, et surtout à la scarlatine, ces éruptions érythémateuses dont j'ai parlé précédemment (page 101). Ce qui prouve d'ailleurs qu'il n'existe pas, dans ces cas, de scarlatine, c'est l'absence de toute desquamation pendant la convalescence.

**Récidives.** — Les récidives sont pour le moins aussi rares pour la scarlatine que pour la rougeole. Cependant J. Frank et d'autres médecins étrangers, ainsi que MM. Rayer, Barthez, Rilliet, citent dans leurs ouvrages des cas de récidives; j'en ai observé un exemple des mieux constatés sur la fille d'un de mes collègues à la Faculté, qui eut deux fois une scarlatine intense à deux ans d'intervalle. Il paraît que des sujets auraient même montré une prédisposition très-extraordinaire à contracter la scarlatine; on parle en effet d'une personne qui en aurait eu dans sa vie sept (Jahn), et une autre dix-sept atteintes (Henrici). Mais on ne saurait se porter garant de l'authenticité de faits aussi extraordinaires.

**Anasarque consécutive.** — L'anasarque est l'accident le plus fréquent qu'on observe pendant la convalescence de la scarlatine. Signalée vaguement par Sennert, mieux étudiée par Borsieri et par les médecins florentins, qui en ont décrit les principales phases et indiqué la plupart des lésions anatomiques, ce grave accident a été plus récemment, en Angleterre surtout, l'objet de tra-

voux importants. L'anasarque se déclare spécialement chez les enfants, dans les saisons froides, humides; elle succède souvent à un refroidissement, mais le plus ordinairement, peut-être, elle survient sans cause déterminante appréciable. Elle se montre communément du quinzième au vingt-cinquième jour de la maladie, rarement plus tard. Les malades, qui avaient été jusqu'alors dans un état satisfaisant, se plaignent tout à coup de fatigue, de malaise, d'insomnie; leur figure est pâle et bouffie, les paupières surtout sont tuméfiées; l'œdème occupe bientôt les pieds, les mains, le scrotum, elle envahit enfin toute l'habitude du corps. Des épanchements séreux peuvent se former aussi dans les plèvres et surtout dans le péritoine. Dans ce cas, l'urine est moins abondante, d'une pesanteur spécifique moindre; elle est pâle, décolorée, ou bien rouge-brun en raison du sang qu'elle contient; si on la chauffe alors ou si l'on y verse une certaine quantité d'acide nitrique, on y produit un coagulum albumineux. Cette altération de la sécrétion urinaire n'est pas un phénomène constant dans la complication que nous étudions. Si Legendre l'a trouvée chez les quatorze sujets qu'il a examinés (1), MM. Guersant et Blache, par contre, l'ont vue manquer chez un tiers des enfants hydropiques qu'ils ont traités (2). Les symptômes généraux varient suivant que l'anasarque suit une marche aiguë ou une marche chronique. Dans le premier cas, il y a de la fièvre, de la céphalalgie; l'œdème est dur, résistant. Dans la forme chronique, au contraire, la fièvre manque, et la peau, presque froide, conserve facilement et longtemps l'impression du doigt.

Divers accidents peuvent venir compliquer cet état et précipiter la marche de l'affection. Beaucoup de ces malades vomissent et ont une diarrhée qui peut être incoercible. Le plus grand nombre éprouvent quelques symptômes du côté des organes thoraciques; la bronchite, la pleurésie, l'hydrothorax, l'œdème des poumons, mais surtout la pneumonie, sont en effet des complications extrêmement communes dans l'anasarque consécutive de la scarlatine. Enfin, quelques individus succombent plus ou moins rapidement, soit dans un état comateux, ou bien à la suite de convulsions. L'anasarque, qui peut se compliquer de si graves désordres, guérit néanmoins le plus souvent après des oscillations en bien et en mal. Sa durée est généralement longue, car il est rare qu'elle persiste moins de deux ou trois semaines, le plus souvent elle se prolonge pendant un ou deux mois. Il peut même se faire que, l'œdème cessant, l'urine reste pâle, anémique, plus ou moins albumineuse, preuve d'une lésion persistante du rein, à laquelle les individus finissent le plus souvent par succomber au bout d'une ou de plusieurs années.

À l'autopsie de ces scarlatineux devenus hydropiques, on trouve communément dans les reins quelques-unes des altérations que nous ferons connaître plus tard comme caractérisant la maladie de Bright. Il existe en outre des lésions accidentelles dans divers viscères, spécialement dans l'intestin et dans la poitrine; car, ainsi que je l'ai dit précédemment, la plupart de ces malades sont emportés par une maladie intercurrente, comme une entérite, et surtout une phlegmasie de la plèvre ou des poumons.

L'anasarque est une complication assez commune de la scarlatine, mais dont la fréquence varie néanmoins beaucoup dans les différentes épidémies. Dans celle qui régna à Edimbourg, de 1835 à 1836, elle est survenue dans un septième des cas environ (Wood); MM. Barthez et Rilliet l'ont notée chez un cin-

(1) *Recherches anatomo-pathologiques sur quelques maladies de l'enfance*, 1846, p. 317.

(2) *Dictionnaire de médecine en 30 volumes*, art. SCARLATINE.



quième de leurs malades. Elle se déclare moins souvent peut-être après les scarlatines graves qu'après celles qui ont été bénignes; non qu'il y ait ici une différence tenant au caractère même de la maladie, mais on comprend aisément que ceux qui ont eu une scarlatine légère et qui entrent en convalescence de suite commettent bien plus aisément des imprudences que ceux qui, affaiblis par une maladie grave, sont astreints à un régime sévère, à des précautions dont ils sentent mieux la nécessité que les premiers. On comprend aussi très-aisément pourquoi l'albuminurie scarlatineuse est beaucoup plus fréquente dans les hôpitaux qu'en ville, dans la classe pauvre que dans la classe aisée. Nous redirons encore qu'un refroidissement est sa cause déterminante la plus ordinaire. Pour la produire, il n'est pas nécessaire que le froid soit continu, mais il suffit souvent pour cela de l'impression la plus passagère, la plus fugace. On a cru, dans ce cas, que l'hydropisie survenait à cause de la suppression ou de la diminution de la perspiration cutanée; la chose est possible, à la rigueur; cependant on ne peut s'empêcher de rapprocher ces hydropisies de celles que nous décrivons plus tard, et qui, survenant également sous l'influence d'un refroidissement brusque, reconnaissent néanmoins pour cause organique une altération du sang, consistant dans la diminution de son albumine. Cette diminution semble tantôt primitive, ailleurs elle est consécutive à une altération des reins; dans ce dernier cas, de l'albumine étant éliminée par ces organes, l'urine donne un précipité floconneux quand on la traite par l'acide nitrique ou par la chaleur. Lorsque, par contre, les reins sont sains, les urines peuvent bien être pâles, anémiques, mais elles ne contiennent pas d'albumine. (Voyez l'article sur la maladie de Bright.)

**Diagnostic.** — Nulle difficulté pour distinguer la variole de la scarlatine, car la première ne présente au début ni plaques rouges ni pointillé régulier, mais de petites taches rouges au centre desquelles est une élévation papuleuse ou vésiculeuse. C'est ce caractère seul qui permettra de reconnaître la nature de l'affection, dans le cas où celle-ci pourrait être masquée par ces éruptions érythémateuses ou scarlatiniformes que j'ai signalées plusieurs fois, et qui sont cause, en effet, d'erreurs si fréquentes. On pourrait plus facilement confondre la scarlatine et la rougeole, cependant ces deux maladies diffèrent beaucoup l'une de l'autre: 1° par les prodromes; 2° par les caractères de l'éruption; 3° par la manière dont la desquamation se fait.

Les prodromes de la rougeole sont remarquables par les symptômes de cataracte qu'on observe du côté des muqueuses oculaire, nasale et bronchique, tandis que rien de pareil n'a lieu dans la scarlatine. Dans celle-ci on constate presque toujours une angine plus ou moins intense, tandis que cette affection est très-rare dans la rougeole; quand elle existe, elle est toujours très-peu marquée, et dans aucun cas, d'ailleurs, on ne voit les muqueuses bucale et pharyngienne présenter la coloration écarlate qu'elles ont dans la scarlatine. Ajoutons que les prodromes ont une durée bien plus longue dans la rougeole que dans la scarlatine. Quant à l'éruption, nous la trouvons *écarlate, framboisée*, dans la scarlatine, et d'un rouge *beaucoup moins foncé* dans la rougeole. Dans celle-ci, d'ailleurs, il n'y a rien de régulier ni dans la couleur, ni dans la forme, ni dans l'étendue et la saillie des taches. Dans la scarlatine, au contraire, tout est régulier; car ce sont, ou de larges plaques, ou bien un pointillé confluent, une espèce de granit ne ressemblant en rien à l'éruption morbillieuse. Le mode de desquamation diffère enfin essentiellement dans les deux maladies que je compare, puisque dans la rougeole l'exfoliation est insensible, ou bien l'épiderme se détache sous forme de lamelles furfuracées, tandis que dans la scarlatine ce

sont de larges plaques, de gros lambeaux ayant parfois plusieurs centimètres de longueur.

Il n'est pas rare de méconnaître une scarlatine et de ne croire qu'à une angine. Dans la forme angineuse, en effet, l'exanthème est quelquefois partiel, sa durée est souvent éphémère, de telle sorte qu'il peut passer inaperçu; on peut croire alors à l'existence d'une esquinancie ordinaire ou d'une angine pultacée ou couenneuse. Cette erreur a été commise évidemment par Fothergill; il est facile, en effet, de se convaincre que l'épidémie qu'il a décrite sous le nom de *mal de gorge avec ulcères* n'était autre qu'une scarlatine angineuse. On ne commettra point une pareille méprise si l'on a égard aux symptômes généraux, plus graves dans la scarlatine que dans l'angine simple, à la coloration écarlate des amygdales, du pharynx et de la bouche. Quand une angine coexiste avec un appareil fébrile intense et sans proportion avec l'étendue de la phlegmasie, il faut procéder à un examen attentif de toutes les parties du corps, et souvent alors on reconnaîtra sur divers points quelques rougeurs partielles, framboisées, uniformes ou granitées, sans dureté du derme, très-superficielles. Ces rougeurs ont existé chez tous les malades de Fothergill, mais cet auteur en méconnut le véritable caractère, puisqu'il les regardait comme étant seulement érysipélateuses (voyez plus loin l'histoire de l'*angine couenneuse*). L'érysipèle pourtant, par sa marche progressive, n'a aucune ressemblance avec la scarlatine, et dans quelques cas nous croyons qu'on a fait erreur. Ceux, par exemple, qui ont cru à des érysipèles universels occupant *simultanément* toute la surface du corps, ceux-là, d'après nous, se sont mépris et ont méconnu une scarlatine; car un érysipèle peut bien envahir successivement toute l'étendue des téguments, mais il ne saurait l'occuper simultanément dans tous ses points.

La scarlatine peut se compliquer d'une angine couenneuse, mais la chose est rare, et il importe de ne pas prendre pour telles ces angines si communes dans la pyrexie dont je traite, et qui s'accompagnent de la sécrétion d'une matière crêmeuse et pultacée, se détachant sans peine, et n'ayant aucune analogie avec les concrétions grisâtres, adhérentes, qui caractérisent l'angine couenneuse ou diphthéritique.

**Pronostic.** — C'est à tort que Sydenham a signalé la scarlatine comme une maladie bénigne, et qui ne pouvait devenir fatale que par l'impéritie du médecin. On doit dire, au contraire, avec Darwin, que la gravité de cette affection varie, suivant les épidémies, depuis l'innocuité d'une piqûre de puce (quelquefois il n'y a pas ou à peine de fièvre) jusqu'au danger de la peste, du choléra et des varioles confluentes. Toutes choses étant égales d'ailleurs, la scarlatine est plus grave chez l'adulte et chez le vieillard que dans le jeune âge; l'état puerpéral est aussi une circonstance très-aggravante. Les scarlatines qui s'accompagnent d'hémorrhagies et d'accidents nerveux ont le plus souvent une issue funeste. Il faut surtout se préoccuper du délire, *quelque léger qu'il soit*. Il en est de même lorsque la fièvre est ardente, le pouls très-fréquent, l'agitation vive. Qu'on sache bien que dans les scarlatines anormales et graves, *le péril est de tous les instants*. C'est, en effet, une des affections aiguës dans lesquelles on voit le plus de ces morts rapides et imprévues; elles viennent même surprendre, parfois, lorsque tout semblait donner de la sécurité. Je ne saurais dire combien la scarlatine est, sous ce rapport, une affection perfide. Il est donc important que le médecin soit très-attentif et qu'il sache porter son pronostic avec prudence, afin qu'on ne l'accuse pas d'une catastrophe qu'il n'est pas toujours en notre pouvoir de conjurer.

L'anasarque consécutive à la scarlatine est toujours fâcheuse; souvent elle