

**Complications.** — Dues à des infections secondaires (*streptocoque* souvent), celles-ci sont rares, tardives, localisées surtout sur la peau et les articulations.

**Peau.** — Les *suppurations cutanées* : furoncles, lymphangites, adénites, phlegmons, abcès, ne sont pas rares.

La *gangrène*, généralement limitée aux éléments éruptifs, présente une forme légère et une forme grave.

Dans la *forme légère* ou *ulcéreuse*, à la rupture des vésicules succèdent des *ulcérations rebelles* comparables à l'ecthyma ; la guérison est constante, mais laisse des cicatrices.

Dans la *forme grave* ou *varicelle gangreneuse*, le tégument est semé d'ulcérations taillées à l'emporte-pièce, à fond couvert d'une croûte noire gangreneuse, bordées d'une large zone inflammatoire. Cette forme est très grave. En d'autres cas, encore plus sévères, des plaques de sphacèle apparaissent, entre les éléments éruptifs, sur les membres, le tronc et les organes génitaux. La mort est la règle, par épuisement, septicémie ou pyémie. Ces cas s'observent chez les enfants débiles ou tuberculeux.

**Os et articulations.** — On peut observer, au déclin de la varicelle, une *poly-arthrite aiguë séreuse rhumatoïde* ; précédée de phénomènes généraux, elle frappe le genou, l'épaule, le coude, le cou-de-pied, est habituellement curable et n'aboutit que rarement à l'ankylose. La *mono-arthrite aiguë suppurée* avec état typhoïde est exceptionnelle. On peut encore observer une *ostéopériostite*, à marche lente, non suppurée, contemporaine de l'éruption, plus souvent consécutive.

**Viscères, etc.** — L'*angine* pseudo-membraneuse, l'*endocardite*, l'*otite*, la *péritonite*, les *névrites* sont des complications exceptionnelles. Moins rares sont la *laryngite*, la *bronchite*, la *broncho-pneumonie*, la *pleurésie* et la *pleuro-pneumonie*.

**Rein.** — L'*albuminurie* légère s'observe dans 1/6 des cas de varicelle hyperthermique ou avec exanthème abondant. La véritable *néphrite*, éclatant au déclin de la maladie (2<sup>e</sup> semaine) est plus rare ; annoncée par de la fièvre, des troubles gastro-intestinaux, de l'œdème ou de l'anasarque (rare) elle se traduit par de l'oligurie, une albuminurie intense, la présence de cylindres, et parfois, de sang dans les urines. Les accidents urémiques mortels sont exceptionnels, la guérison est la règle.

L'*orchite varicelleuse* a été observée, mais seulement après la puberté. La varicelle peut coïncider avec d'autres infections : rougeole, scarlatine, diphtérie, variole, vaccine, érysipèle, coqueluche.

**Diagnostic.** — Il est généralement facile. On se gardera de prendre le *rash* pour une *scarlatine* (pas d'angine, peu de fièvre, topographie différente) ; de croire à l'invasion d'une *variole* ou d'une *varioloïde* (état général plus grave).

L'éruption ne prête guère à confusion quand elle est intense, qu'avec la *varioloïde légère* ; la distinction peut alors être presque impossible, et, mieux vaut faire des réserves et attendre l'évolution des accidents

Précédées de sueurs, les vésicules de la *miliaire* ont un contenu acide, tandis que celui des bulles de la varicelle est neutre ou alcalin. Le *strophulus* (prurigo de dentition, varicelle-prurigo) occasionné par des troubles digestifs, par la dentition, est très prurigineux.

Le *pemphigus épidémique des nouveau-nés* respecte toujours les muqueuses et ne forme pas de croûtes. Les *syphilides varicelliformes*, accidents secondaires tardifs, se reconnaissent à la coexistence de plaques muqueuses et autres lésions spécifiques.

L'*érythème polymorphe*, l'*herpès généralisé*, les *érythèmes médicamenteux* peuvent également simuler la varicelle.

La varicelle passe souvent inaperçue, quand elle coïncide avec la rougeole ou la scarlatine.

La néphrite ne peut être dépistée que grâce à l'examen quotidien des urines.

#### IV. — SCARLATINE

Contagieuse et épidémique, endémique dans les villes, la scarlatine est caractérisée par une éruption pourprée à début pharyngé. On l'observe à tout âge, mais plus souvent dans l'enfance (de 6 à 10 ans). La race anglo-saxonne lui paye un plus large tribut. La contagion est *directe* ou *indirecte* (personne, local, objets contaminés) ; déjà possible au moment de l'éruption, elle s'opère surtout, lors de la desquamation, propagée par les squames, longtemps virulentes. Le contagion pénètre habituellement par le pharynx ; quelquefois par une plaie, utérine (accouchées) ou autre (blessés).

La scarlatine revêt un grand nombre d'aspects cliniques. La forme régulière doit être d'abord décrite.

**Scarlatine régulière.** — *Incubation.* — Plus courte que dans toute autre fièvre éruptive, l'incubation de la scarlatine dure en moyenne 4 à 5 jours ; quelquefois 48 heures seulement.

*Invasion.* — La maladie débute brusquement, en pleine santé, par des frissons, des nausées, puis des vomissements, bilieux ou alimentaires. La température atteint d'emblée 40 ou 41° ; ailleurs le premier signe est la douleur de gorge. Le facies est vultueux, les lèvres sont sèches, le pouls est vif (120 à 140 ; 180 chez les enfants). La soif est ardente ; abattu ou agité, le malade, la peau sèche et brûlante, peut délirer la nuit, dès cette période ; des convulsions peuvent éclater chez l'enfant.

La gorge présente une rougeur foncée recouvrant uniformément les amygdales, les piliers et le voile du palais ; c'est l'*évanthème*, associé ou non à la tuméfaction des parties qu'il colore (angine). Un enduit grisâtre recouvre le dos de la langue dont les bords, encore à peine rouges, sont hérissés de papilles saillantes. L'anorexie est absolue ; la constipation est plus habituelle que la diarrhée. Toujours très courte (12 à 24 heures ; 2 à 5 jours au plus) l'invasion peut même manquer.



**Éruption.** — Elle commence par de petits points arrondis, gros comme une pointe d'aiguille, d'un rouge pâle ou foncé, serrés les uns contre les autres qui, en se confondant, forment, très rapidement, des plaques diffuses plus ou moins étendues dont les bords irréguliers se continuent insensiblement avec la peau saine. A distance, ces placards semblent uniformément framboisés, *lie de vin* ou *écrevisse cuite*; de plus près, on distingue sur le fond rouge un pointillé plus foncé, souvent ecchymotique par places. L'érythème n'entraîne qu'une insignifiante turgescence de la peau. La rougeur s'efface momentanément sous la pression du doigt ou de l'ongle promené à la surface de la peau qui garde une trainée blanche (raie scarlatineuse).

L'éruption commence tantôt par le cou et le devant des aisselles, tantôt par le tronc, l'hypogastre et le haut des cuisses. La face et les mains sont prises en dernier; toujours léger l'exanthème du visage est limité aux joues et peut même manquer.

Les régions à épiderme mince: cou, plis de flexion, aines, face interne des cuisses, sont les plus rouges, souvent parsemées, chez l'adulte, de *vésicules miliaires* confluentes, à contenu transparent, louche puis purulent, se confondant par places, pour former des bulles ou des ampoules, séchant du reste rapidement, avant la desquamation.

Très confluyente au dos, l'éruption y est souvent violacée; sur les faces d'extension des membres, la rougeur prédomine sur les follicules pileux, très saillants.

Généralisé en 2 ou 5 jours, l'exanthème reste stationnaire 24 à 36 heures pour pâlir peu à peu, ayant duré en tout 4 à 6 jours.

Couvrant, en tout ou en partie, la muqueuse bucco-pharyngée, l'exanthème est caractérisé par une vive rougeur framboisée et piquetée qui, des amygdales, gagne les piliers, la face interne des joues et les gencives. Les tonsilles sont souvent gonflées et semées de dépôts pultacés.

La *langue* revêt un aspect typique; ses bords et sa pointe prennent une teinte franchement carminée qui, peu à peu, gagne la face dorsale, grâce à la chute de l'enduit saburral initial. Entièrement dépouillée, le 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> jour, la langue, d'un rouge sombre uniforme, est hérissée de papilles saillantes; 5 ou 6 jours plus tard, elle est lisse et vernissée, et ne reprend son aspect normal que vers le 12<sup>e</sup> jour.

Sur la *conjonctive*, l'hyperémie, inconstante, est toujours légère.

L'éruption n'amène aucune détente dans l'état général; les vomissements s'apaisent, il est vrai, mais la *fièvre* reste élevée (40°, 41°, 5) ou même s'exagère, pour ne fléchir que quand l'exanthème pâlit, et tomber graduellement, pendant la desquamation.

Le *pouls*, pendant l'éruption, est toujours accéléré (120-160), plus même que ne le comporte la fièvre. L'anorexie, la soif, la constipation sont la règle. Prostrés ou agités les malades délirent souvent la nuit; les enfants sont exposés aux convulsions. Il n'y a pas de catarrhe nasal, ni laryngé.

Denses, colorées, très acides, les *urines* sont rares (200 grammes), chargées d'urée et d'acide urique, pauvres en chlorures et en phosphates, souvent légèrement albumineuses.

A mesure que l'éruption pâlit, les malades recouvrent un meilleur état général et se remettent peu à peu.

**Desquamation.** — Elle envahit le tégument dans le même ordre que l'éruption, mais ne commence qu'à son déclin, quoiqu'elle ne soit pas incompatible avec un reste de rougeur et de fièvre. La desquamation peut aussi succéder à un exanthème assez fugace pour passer inaperçu. Elle débute par le cou, la ceinture et l'hypogastre, se faisant, à la face, par petites squames furfuracées, mais ailleurs *par larges lambeaux épidermiques*, d'autant plus que la couche cornée est plus épaisse. La paume des mains, la plante des pieds, les doigts peuvent se dépouiller d'une seule pièce. La peau neuve sous-jacente est mince, d'un rose franc. La chute des ongles et des poils est exceptionnelle. La desquamation dure 7 à 21 jours; 60 à 70 après un exanthème intense.

La *fièvre* tombe habituellement, dès le début de la desquamation; dans les cas légers, la température peut atteindre la normale le 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour; dans les formes moyennes, elle ne l'atteint guère que le 12<sup>e</sup> jour. En certains cas la fièvre persiste sans cause appréciable (*fièvre consécutive* de Gumprecht) en l'absence de toute complication.

**Formes anormales.** — Anomalies de détail. — La *période d'invasion* peut être réduite à quelques heures ou faire défaut. Elle peut trainer 8 jours. Ailleurs, elle est fruste (apyrétique), ou anormale (diarrhée ou accidents nerveux prédominants).

L'exanthème peut être *exagéré*, rouge sombre, avec miliaire abondante; prolongé (8 à 10 jours); compliqué d'angine et d'adénite cervicale intenses, d'hyperthermie (41°) et de délire; cette exagération n'exclut pas cependant une apyrexie relative. D'autres fois, l'exanthème est *atténué*, à peine rosé, ou réduit à un pointillé, en certaines régions limitées (abdomen, bras, genoux, thorax), effacé en un jour ou deux. Quelquefois même, l'éruption manque (surtout chez l'adulte), tout se bornant à une angine fébrile suivie de desquamation.

L'éruption peut être anormale par son aspect, constituée soit par des *marbrures*, soit par des *taches* arrondies et *rugeuses*, surtout marquées aux coudes et aux genoux, soit par des *nodosités papuleuses* rouges sur un fond plus clair. Elle est parfois remarquable par l'abondance de la *miliaire* (cou, abdomen et ceinture surtout); par des *taches pétéchiales* (sans tendance hémorragique); par une évolution en deux poussées successives.

**Formes malignes.** — Ces formes sont plus communes dans la race anglo-saxonne, et dans certaines épidémies. La malignité se déclare d'emblée ou tardivement.

La *forme foudroyante* tue dès la fin de l'invasion, quand l'éruption est à peine apparente. La température peut atteindre brusquement 40°-45°, le pouls 130-140. Les vomissements sont incessants; l'agitation est extrême, compliquée de délire actif et de carphologie, de convulsions chez l'enfant; à ces signes d'excitation succèdent rapidement la stupeur, la somnolence et le



coma ou le collapsus. La mort peut survenir en quelques heures, deux jours au plus.

Dans la *forme syncopale*, le collapsus prédomine; l'hypothermie remplace vite la fièvre, et la mort résulte d'un arrêt du cœur succédant à une série de syncopes.

La *forme ataxique* est caractérisée par l'hyperthermie et par des alternatives de délire actif ou de convulsions et de phases comateuses. On peut y observer des signes méningitiques tels que : trismus, tremblement, troubles pupillaires. La mort n'arrive qu'à la phase d'éruption (celle-ci toujours visible) ou même de desquamation.

La *forme typhoïde* ou *adynamique* comporte un syndrome analogue à celui de la fièvre typhoïde : fièvre continue, prostration, langue rôtie, météorisme, diarrhée, et même escarre sacrée.

La tendance aux hémorragies caractérise la *forme hémorragique*, très rare en France, compliquée de *purpura*, d'*hématuries* copieuses et répétées, d'*épistaxis*. Les hémorragies sont tantôt *précoces* (invasion), associées à un état ataxo-adynamique grave (mort en quelques heures, un jour); tantôt *tardives* succédant à une éruption normale. Presque constamment mortelles, ces formes sont favorisées par l'alcoolisme ou l'état puerpéral.

Une *forme tardive* ne s'aggrave que le lendemain ou le surlendemain d'un exanthème normal, par l'apparition de délire, de convulsions et de contractures.

**Formes bénignes.** — La *scarlatine fruste* revêt plusieurs formes : 1° éruption absente, malgré une fièvre et une angine intenses; 2° fièvre insignifiante (38°) ou nulle, aucun malaise, mais pouls accéléré (120), angine quelquefois prononcée, et desquamation classique.

La prédominance des vomissements, de la diarrhée ou de l'embarras gastrique ont fait admettre des *formes* : *gastro-intestinale* et *muqueuse*.

**Forme à rechute.** — La rechute se produit vers la 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> semaine; elle est bénigne, moyenne ou grave, mais guérit le plus souvent. On se gardera de la confondre avec la *fausse rechute*, nouvel exanthème, habituellement morbilliforme, antérieur à la défervescence et d'origine toxi-infectieuse probable.

La *récidive* de la scarlatine est rare mais possible; elle guérit le plus souvent et serait plus fréquente dans certaines familles.

**Scarlatine puerpérale.** — Chez les accouchées, la scarlatine peut revêtir la forme régulière ou la forme grave et compliquée. On se gardera de prendre pour une scarlatine : l'*érythème scarlatiniforme* secondaire à une septicémie puerpérale (localisations pelviennes; suppuration, pas d'angine); les *érythèmes médicamenteux* que peuvent occasionner : le sublimé, la belladone ou le chloral. De fait, l'accouchement crée, à l'égard de la scarlatine, une prédisposition, combattue par une aseptie soigneuse de la plaie utérine.

**Scarlatine chirurgicale.** — La scarlatine peut éclater à l'occasion d'une

plaie accidentelle ou chirurgicale, lui servant peut-être de porte d'entrée, et, en ce cas, évitable par une bonne aseptie locale.

**Complications.** — La complication, tantôt n'est que l'exagération d'un symptôme normal, tantôt constitue un accident surajouté, imputable au froid, à un écart de régime, ou plus souvent, à une infection secondaire.

**Angines.** — L'angine scarlatineuse est soit *précoce*, contemporaine de l'invasion ou de l'éruption et, en ce cas, érythémateuse ou exsudative, soit tardive, et, toujours pseudo-membraneuse.

**Angine érythémateuse.** — Elle apparaît presque toujours avec la fièvre, et se confond avec l'enanthème, couvrant d'une teinte rouge sombre la muqueuse des amygdales, du voile du palais et de la luette légèrement infiltrée. Cette rougeur se continue, plus pâle, sur la face interne des joues, des lèvres et sur les gencives; les amygdales sont souvent plus ou moins tuméfiées, il en est de même des ganglions situés derrière l'angle de la mâchoire, un peu sensibles. Souvent, vers le 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour les orifices des cryptes tonsillaires se recouvrent de petites plaques blanchâtres pultacées n'adhérant pas à la muqueuse et aisément dissociables dans l'eau. En général, tout est terminé au moment de la desquamation.

**Angine pseudo-membraneuse précoce.** — En ce cas, l'exsudat assez adhérent ne se dissocie pas dans l'eau. Cette angine débute le 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour de la maladie, mais peut devancer l'éruption ce qui complique fort le diagnostic, car, la langue, non encore dépouillée, n'a pas pris l'aspect scarlatineux typique. Il est plus habituel que cette forme se greffe sur une angine érythémateuse simple. L'exsudat forme d'abord sur les orifices cryptiques, de larges taches lenticulaires qui se confondent bientôt en une fausse membrane s'enlevant par grands lambeaux. Celle-ci se reproduit 7 à 8 jours, puis, la gorge se déterge pour reprendre son état normal au bout de 10 à 15 jours. Les troubles fonctionnels n'ont rien de spécial; la dysphagie est plus prononcée que dans la forme érythémateuse. La fièvre est vive, les ganglions, plus ou moins gros, sont, suivant les cas, entourés ou non de tissu cellulaire infiltré entraînant la tuméfaction des régions sous-maxillaire et sus-hyoïdienne. L'état général est en rapport avec le degré de l'infection.

D'un blanc franc d'abord, les fausses membranes deviennent ensuite grisâtres ou jaunâtres, assez adhérentes, parfois, pour ne pouvoir être arrachées sans que la muqueuse saigne. Elles restent tantôt circonscrites, tantôt gagnent les piliers et le pharynx, ou même le palais, la langue et les lèvres (*stomatite*), elles se reproduisent en quelques heures après ablation. Les fosses nasales sont rarement envahies; le larynx, les bronches, les conjonctives, exceptionnellement.

Bourges divise les angines pseudo-membraneuses précoces en *bénignes*, *graves* et *septiques*.

Dans la *forme bénigne*, les fausses membranes restent limitées, la fièvre ne dure que quelques jours, l'état général est peu troublé.

La *forme grave* est caractérisée par l'extension rapide des fausses mem-



branes, l'intensité des adénopathies, la prolongation de la fièvre et des troubles généraux (9 à 25 jours), la presque constance des complications : broncho-pneumonie, rhumatisme, néphrite, bubon, otite, impétigo, etc.

Dans la *forme septique*, l'exsudat, très épais, taché de brun par les vomissements, les ecchymoses, recouvre une muqueuse saignante, grisâtre et nécrosée; le sphacèle envahit les amygdales, la base de la langue et le vestibule du larynx, d'où, *haleine très fétide* et tuméfaction du cou. Il y a du *jetage* nasal; cependant, le *croup* est rare. Mais la fièvre est intense (40°,5 à 41°) et l'adynamie extrême.

**Angine pseudo-membraneuse tardive.** — Cette forme éclate après la défervescence, au moment de la desquamation, entre le 8<sup>e</sup> ou le 9<sup>e</sup> jour, dans la 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> semaine. Alors, la fièvre se rallume, les ganglions du cou grossissent, tandis que des fausses membranes grisâtres et fétides envahissent la gorge, souvent aussi les fosses nasales et le larynx. Le pouls est petit et rapide, le teint pâle et plombé; il y a du délire nocturne, mais la dysphagie est modérée. L'énorme tuméfaction du cou complète le tableau de la *diphthérie toxique*. Le coma progressif, une brusque syncope, le croup ou la broncho-pneumonie sont les principales causes de mort. La pratique de la *sérothérapie antidiphthérique* atténue la gravité de cette forme.

**Angine gangreneuse.** — Elle constitue une complication de l'angine pseudo-membraneuse. Très rare, elle est dénoncée par des signes toxémiques : prostration, adynamie, délire, algidité des extrémités, pouls ralenti et misérable. La douleur locale est nulle ou insignifiante; la salive est extrêmement fétide, les ganglions sont énormes. Les amygdales, les piliers, parfois la face interne des joues sont le siège de plaques arrondies, gris noirâtre, déprimées, enchâssées dans une muqueuse épaissie et violacée. La mort devance, en général, l'*élimination des escarres* susceptible de laisser des pertes de substances profondes (perforation du voile du palais, ulcération de la carotide, de la jugulaire interne).

L'examen bactériologique des fausses membranes (voy. *Diphthérie, examen du pharynx*) démontre, en général, que l'*angine précoce* ressortit au *strep-tocoque* et l'*angine tardive* au *bacille de Loeffler* (Wurtz et Bourges).

**Albuminurie. — Anasarque.** — Très commune, associée ou non à l'anasarque qu'elle commande, l'albuminurie est en général imputable à une *néphrite*. Elle est tantôt *précoce* (invasion et éruption), tantôt *tardive* (desquamation et convalescence).

L'*albuminurie précoce*, légère et fugace (1 ou 2 jours), est presque toujours constatable, quand on la recherche systématiquement; ne comportant pas de cylindrurie, elle correspond à une néphrite légère.

L'*albuminurie tardive* qui peut compliquer même les formes bénignes de la scarlatine, apparaît du 7<sup>e</sup> au 12<sup>e</sup> jour après l'éruption, dans le cours de la 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> semaine, de la 6<sup>e</sup> au plus tard. Insidieux, son début est quelquefois trahi par un léger œdème des paupières, un peu de fièvre; puis l'extension de l'œdème engage à examiner les urines. La fréquence des mictions, la réduction brusque du volume des urines, leur teinte sanguinolente éveillent aussi

l'attention. Plus rare est le début brusque, par des frissons, de vives douleurs lombaires et des vomissements; le signe révélateur peut encore être un accès d'*œdème glottique*, une *crise d'urémie aiguë* (céphalée intense, vomissements, attaques d'éclampsie et coma). Inconstante, la *fièvre* n'est vive que dans les cas à début brusque; elle est, bien plus souvent, insignifiante. L'anasarque peut précéder l'albuminurie, de plusieurs jours. Initial, l'œdème siège d'abord aux paupières le matin, aux membres inférieurs le soir, puis se généralise plus tard.

L'*oligurie*, vite très prononcée, peut aller jusqu'à l'*anurie*, parfois *absolue* pendant 24 heures et même plus (10 jours dans un cas) surtout chez l'enfant.

Les *urines*, offrent les caractères propres à toute néphrite aiguë : *couleur* rouge clair, brun sale ou *bouillon trouble*; *sédiment* abondant, formé d'hématies, de leucocytes, de cylindres hyalins et graisseux; *densité* d'abord forte (1020), puis inférieure à la moyenne (1015), 1 à 5 grammes d'albumine environ; réduction considérable du taux de l'urée, des chlorures, de l'acide phosphorique, suivie d'une débâcle massive de ces éléments. Quand l'albuminurie persiste, les urines, peu denses, sont abondantes, très pâles, louches et mousseuses.

Les symptômes généraux, plus graves chaque fois que l'émonction rénale est insuffisante, relèvent de l'*urémie*; ils consistent en : maux de tête, vomissements, torpeur intellectuelle, convulsions et coma, quelquefois mortel.

On peut observer les complications propres à la plupart des néphrites : *rétinite albuminurique*, *bronchite*, *broncho-pneumonie*, *congestion* ou *œdème du poumon*, *dilatation* et *hypertrophie du ventricule gauche* (celle-ci, quand la néphrite passe à l'état chronique).

Dans les cas favorables, la néphrite scarlatineuse guérit au bout de 15 jours à 1 mois; même alors, le rein reste sujet à devenir insuffisant en toute occasion (froid ou infection). Trop souvent, la néphrite scarlatineuse donne naissance, d'emblée ou après une phase de guérison apparente, à un *mal de Bright chronique*. D'autres fois, persiste seulement une *albuminurie minima* irréductible, compatible avec une santé à peu près parfaite. L'hypertrophie du ventricule gauche et l'hypertension artérielle sont les meilleurs signes du passage de la néphrite à l'état chronique.

**Bubon scarlatineux.** — L'angine scarlatineuse éveille toujours une *réaction ganglionnaire* relativement intense. Elle présente plusieurs degrés : 1<sup>o</sup> *tuméfaction douloureuse simple* (ganglions gros comme une noisette, une noix); 2<sup>o</sup> *tuméfaction avec œdème inflammatoire* donnant l'aspect du *cou proconsulaire*, mais susceptible de résolution; 3<sup>o</sup> *nécrose des ganglions* et *adéno-phlegmon* plus ou moins étendu (du généralement au streptocoque) uni- ou bi-latéral, se traduisant par une énorme tuméfaction des régions parotidienne et sous-maxillaire, avec tension douloureuse, chaleur et rénitence, pouvant atteindre, en bas, la clavicule. Le ramollissement de cette masse, la rougeur, la fluctuation dénoncent, au bout de 4 à 5 jours, la présence du pus. Si l'incision est différée, des fusées se produisent le long des vaisseaux du cou et jusqu'au médiastin. Le bubon scarlatineux expose à des



accidents graves : asphyxie précoce par œdème du pharynx et de la glotte ; dysphagie extrême entravant l'alimentation ; ulcération de la carotide ou de la jugulaire et hémorragie foudroyante ; pyémie, suppuration prolongée (clapiers, fistules), et amylose viscérale.

**Otite moyenne.** — L'otite moyenne succède à l'invasion de la caisse par le streptocoque, apporté du naso-pharynx par la trompe. Une *forme bénigne* se traduit par des bourdonnements d'oreille, de l'hypo-acousie, de la fièvre, qui disparaissent en quelques jours. Une *forme grave*, suppurée (4,5 pour 100) débute par une très vive douleur d'oreille, arrachant des cris au malade, cause d'insomnie, d'agitation ou même, pour les enfants, de convulsions. Le conduit auditif externe, l'apophyse mastoïde sont extrêmement sensibles à la pression. La douleur cède instantanément à la *perforation du tympan* (précoce) donnant issue à du pus où se retrouve le *streptocoque*. Quand l'écoulement persiste, la *carie du rocher*, la *suppuration des cellules mastoïdiennes* sont à redouter. Chez les très jeunes enfants, l'otite double entraîne la *surditité*. La *méningite suppurée*, l'*encéphalite*, la *thrombose des sinus*, l'*ulcération des gros vaisseaux* sont des complications possibles de l'otite moyenne grave.

La scarlatine peut encore déterminer des lésions labyrinthiques plus ou moins profondes.

**Pseudo-rhumatisme scarlatin.** — On lui reconnaît quatre formes : 1° séreuse ; 2° secondairement purulente ; 3° purulente d'emblée ; 4° osseuse.

**Forme séreuse.** — Commune, c'est une polyarthrite aiguë, très analogue au rhumatisme vrai. Elle débute, du 5<sup>e</sup> au 7<sup>e</sup> jour, au déclin de l'éruption, sur les jointures découvertes : doigts, poignets, cou-de-pied ; plus tard, genoux ; plus rarement, hanches, épaules, vertèbres cervicales. Peu mobile, généralement circonscrit, ce rhumatisme comporte peu de gonflement, peu de douleur et pas de rougeur ; il dure, en général, 2 à 5 jours.

**Forme secondairement suppurée.** — Le début est celui de la forme précédente, mais brusquement éclatent des frissons, une fièvre vive ; les jointures prises s'empâtent et rougissent. La mort par septicémie peut en résulter ; les cas favorables se terminent par ankylose, après issue du pus.

**Forme suppurée d'emblée.** — On désigne ainsi les pyarthroses de la pyémie scarlatineuse, dont les signes locaux disparaissent habituellement derrière un état général très grave.

**Forme osseuse.** — Cette forme est un type de rhumatisme osseux d'origine infectieuse. Très tardif (52<sup>e</sup> ou 55<sup>e</sup> jour), fébrile (39°,5 à 39°,8), son début est marqué par l'endolorissement de plusieurs jointures, sans rougeur. A la période d'état, la plupart des articulations sont prises ; la fièvre persiste (38° à 39°) puis tombe après 10 à 12 jours. Les arthropathies entrent en régression, sauf sur quelques jointures (coudes, articulations phalango-phalanginiennes, genou) dont les lésions profondes se traduisent par du gonflement épiphysaire, des craquements, des rétractions tendineuses, de l'atrophie musculaire (Richardière et Péron).

**Complications respiratoires.** — L'angine scarlatineuse, surtout la forme tardive, peut, quoique rarement, se compliquer de croup et, indirectement, de *broncho-pneumonie*.

Les complications pulmonaires de la scarlatine, *bronchite*, *congestion œdémateuse*, résultent presque toujours de la néphrite.

**Pyémie scarlatineuse.** — L'infection purulente se présente ici, avec ses signes classiques, sauf quelques traits particuliers. Elle éclate pendant la desquamation ou la convalescence, provoquée souvent par une angine grave ou un adéno-phlegmon. La suppuration frappe surtout les séreuses (plèvre, péricarde, articulations).

**Pleurésie.** — De fréquence moyenne, la *pleurésie séro-fibrineuse* se traduit, au moment de la convalescence, par un épanchement rapidement copieux. Bien plus rare, insidieuse, la *pleurésie purulente* peut ne se révéler que par la fièvre et des vomissements ; elle aboutit vite à l'*empyème de nécessité* et guérit aisément par la *pleurotomie* précoce.

**Péricardite.** — Souvent latente, associée à l'endocardite ou à la pleurésie, elle peut passer inaperçue si elle n'est recherchée de parti pris.

**Endocardite.** — Elle aussi passe aisément inaperçue, trahie seulement par de l'érythème cardiaque, un pouls fréquent et arythmique, de légers souffles ; tantôt précoce, tantôt tardive et contemporaine du rhumatisme scarlatin, signalée alors par un retour de fièvre. L'endocardite scarlatineuse se localise surtout sur la mitrale, dure 1 à 2 semaines et s'éteint sans laisser, en général, de lésion valvulaire.

Cependant, une *forme grave ulcéro-végétante*, relevant, comme l'autre du reste, du *streptocoque*, peut aussi compliquer la scarlatine et causer des embolies multiples.

**Complications nerveuses.** — Elles sont peu communes dans la scarlatine. Sans parler des complications de l'otite (*thrombose des sinus*, *encéphalite*, *méningite purulente*), on a signalé : la *méningite aiguë* sans otite, l'*hémiplegie passagère* avec *aphasie* (chez un enfant convalescent de scarlatine), l'*hémiplegie spasmodique infantile*, la *mélancolie*, la *démence* (après des scarlatines graves), la *chorée*, la *polynévrite* (exceptionnelle).

**Complications oculaires.** — La *conjonctivite*, la *kératite* sont rares, à moins de diphtérie oculaire. On a observé l'*iritis*, la *gangrène des paupières*. Certains troubles oculaires dépendent de la néphrite (*rétinite*).

**Diagnostic.** — **Invasion.** — Cette période peut simuler le début d'autres infections aiguës : *pneumonie* (angine rare), *rougeole* (début progressif, catarrhe oculo-nasal, toux), *varirole* (rachialgie, fièvre moindre), surtout s'il y a *rash* ; *méningite aiguë*, si le délire est intense (examen de la gorge).

**Éruption.** — Les *rash scarlatiniiformes* de la varirole, de la varicelle sont reconnaissables à leur topographie spéciale, aux signes concomitants.

L'*érythème scarlatiniiforme* de la diphtérie peut rendre très perplexé. On



ne pourra statuer que sur la chronologie des accidents et sur l'examen des fausses membranes.

La *scarlatinoïde puerpérale* (pyémique), qui apparaît sur l'abdomen, la première semaine après l'accouchement, est aussi une source de confusion; mais elle est fugace et respecte la face et les membres.

La *blennorragie* peut, à elle seule, déterminer un érythème scarlatiniforme.

Beaucoup de *médicaments* peuvent engendrer des *érythèmes toxiques*; tels sont : la *belladone* ou l'*atropine* (fièvre modérée, pas de desquamation, gorge sèche, mydriase), l'*opium*, la *jusquiame*, le *datura*, l'*éther*, l'*acide salicylique*, le *chloral*, l'*antipyrine*, la *quinine* (éruptions fugaces, apyrétiques, sans desquamation).

Seule la forme grave de l'*érythème mercuriel* peut créer de réelles difficultés. C'est une éruption scarlatiniforme intense, avec dépouillement de la langue, desquamation large, fièvre vive, et même, angine. On statuera sur la précocité de la desquamation (5<sup>e</sup> au 8<sup>e</sup> jour), la coexistence fréquente d'une *stomatite*, les commémoratifs.

Les *éruptions alimentaires* scarlatiniformes (poissons, coquillages, crustacés, etc.) sont généralement très prurigineuses, urticariennes, accompagnées d'accidents gastro-intestinaux.

L'*érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant* est une affection rare, de longue durée, sans troubles généraux marqués. La première poussée dure un mois, les autres moins. La fièvre est modérée, l'angine légère ou nulle, il n'y a ni complications viscérales, ni arthropathies. La rougeur, le prurit sont intenses; la desquamation, lamelleuse et abondante, débute le 3<sup>e</sup> jour, en pleine éruption; la maladie provoque souvent la chute des cheveux et des ongles.

La *rubéole* se traduit par un érythème à bords un peu saillants, avec léger catarrhe conjonctival et adénopathies disséminées (cou, aisselles, aines); mais, la fièvre et le malaise y sont nuls ou insignifiants.

#### V. — ROUGEOLE

La rougeole est une fièvre éruptive contagieuse et endémo-épidémique, caractérisée par un *exanthème* et un *élanthème* avec catarrhe et fièvre.

Très peu de sujets lui échappent. La *contagion* s'opère par contact direct ou indirect (sujets ou objets contaminés), pendant la phase catarrhale principalement, et le début de l'éruption.

**Rougeole régulière.** — La rougeole passe par 4 périodes : *incubation*, *invasion*, *éruption*, *desquamation*.

**Incubation.** — Elle va de l'infection à l'invasion et dure 8 à 10 jours, sans aucun trouble appréciable.

**Invasion.** — Cette phase répond au catarrhe qu'entraîne l'élanthème sur les muqueuses. Très longue, elle dure 4 à 5 jours, quelquefois 7 ou 8. La fièvre apparaît d'abord assez vive (39°, 39°,5), avec de petits frissons, de la

chaleur et des sueurs. Subissant le 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> jour une rémission qui ne laisse qu'un malaise léger, elle se rallume vivement avec l'éruption. Prises dès le début, les muqueuses nasale, oculaire, laryngée, traduisent leur atteinte par des étternuements, du larmolement et de la toux.

L'*élanthème nasal* détermine la rougeur des narines et de la lèvre supérieure, un coryza, séreux d'abord, puis muco-purulent (10<sup>e</sup> ou 12<sup>e</sup> jour) causant du prurit nasal, des étternuements, de la douleur frontale, parfois des épistaxis.

Très hyperémie, la *conjonctive*, humectée par le larmolement, rend les yeux humides et luisants; il y a de la photophobie et du gonflement des paupières.

Le *catarrhe laryngo-bronchique*, avec sécrétion muco-purulente, entraîne : une *toux rauque*, fêrine, la raucité de la voix, quelquefois des accès de suffocation (*faux croup*). A l'auscultation, on n'entend qu'une respiration un peu rude ou quelques ronchus. En certains cas cependant, la poitrine est remplie de râles variés.

Souvent, on constate : de l'*angine*, de la *pharyngite*, la présence de mucus sur la paroi postérieure du pharynx et d'un *élanthème papuleux sur la voile et les piliers*. Très typique, cette éruption, étendue aussi au pharynx, est visible 48 heures avant l'exanthème et constitue un signe diagnostique précieux. Des bourdonnements d'oreille, de la surdité, traduisent le *catarrhe auriculaire*. Des nausées, des vomissements, de la diarrhée, peuvent être imputés à l'élanthème du tube digestif. Les *ganglions* des régions atteintes sont tuméfiés secondairement, mais pourraient l'être en certains cas d'une façon précoce. Habituellement, à part la fièvre et un peu d'agitation, l'état général demeure assez bon; l'enfant a la langue blanche, se plaint de soif; la rougeole normale ne comporte qu'exceptionnellement ou très passagèrement du délire ou des convulsions.

Après 4 à 5 jours d'invasion, dont les 36 dernières heures sont apyrétiques, la fièvre se rallume soudain, annonçant l'éruption.

**Éruption.** — Débutant d'habitude la nuit, par le front, la racine des cheveux, le pourtour des oreilles et les joues, elle couvre, le lendemain, le tronc et les membres supérieurs; le surlendemain, les membres inférieurs, gagnant tout le tégument de haut en bas en 48 heures, déjà pâle à la face, quand se prennent les membres inférieurs. Elle dure 3 à 5 jours en tout. L'exanthème consiste en élevures ou *papules* roses, veloutées, d'abord petites et isolées, puis confondues en grandes plaques, surtout sur les cuisses, mais laissant toujours des intervalles de peau saine. L'éruption ne reste pleine que 24 heures sur chaque région, puis pâlit peu à peu, passant au bleu terne, puis au brun cuivré.

L'exanthème, variable d'aspect, peut être *boutonneux*, *miliaire* (vésicules à l'abdomen et aux cuisses surtout) ou *ecchymotique* (au dos et aux fesses surtout). Certaines éruptions sont très *confluentes*, d'autres très *discrètes*; il en est de très *fugaces* (quelques heures); d'autres sujettes à des *régressions* et à des *rechutes*.

Avec l'éruption, la *température* monte à 40°, 41°, qu'elle atteint chaque