mains, qu'on observe cette forme de la desquamation. On peut quelquefois enlever comme un doigt de gant tout le revêtement épidermique de la dernière phalange des doigts, et on a vu même l'ongle entier tomber avec l'épiderme. Ce mode de desquamation par lambeaux est spécial à la scarlatine et permet de reconnaître l'existence de cette maladie longtemps après que l'éruption a disparu.

La desquamation est généralement en rapport avec la durée et l'intensité de la maladie, et dans les scarlatines légères elle est de peu d'importance ; cependant on a vu parfois une exfoliation abondante succéder à une éruption presque insignifiante ou se montrer dans des régions qui n'avaient pas même été rouges. On a cité quelques cas où la desquamation aurait manqué complètement, mais ils sont tout à fait exceptionnels.

La durée de la desquamation varie en général entre dix et trente jours, mais elle peut se prolonger beaucoup au delà, même jusqu'au soixante-dixième jour, comme dans un cas cité par Trousseau. Dans quelques cas, on a observé plusieurs desquamations successives (Sydenham).

L'enfant se rétablit rapidement après la disparition de l'éruption ; l'appétit et l'entrain reparaissent ; l'apyrexie est complète, s'il ne survient pas de complications, et souvent, sauf un peu de pâleur, le malade paraît être en parfaite santé, pendant qu'il desquame ; il est cependant encore sous la menace d'une néphrite et d'une anasarque scarlatineuses, et son état exige la surveillance du médecin jusqu'au renouvellement complet de l'épiderme.

Pendant les premiers jours de la desquamation, la quantité de l'urine et la proportion de l'urée qu'elle renferme sont généralement augmentées, mais cet état n'est que passager.

Rechutes. — On observe dans quelques cas pendant la desquamation ou peu après sa terminaison, dans la quatrième ou cinquième semaine à partir du début de la maladie, une nouvelle poussée éruptive, et l'on voit réapparaître tous les symptômes de la scarlatine. La rechute est tantôt plus légère, tantôt plus grave que la première atteinte de la maladie ; souvent elle se termine fatalement. Les rechutes ont été surtout observées chez des enfants de sept à quatorze ans. Elles sont du reste exceptionnelles.

Thomas (1) a décrit sous le nom de *pseudo-récidive* l'apparition d'une poussée exanthématique légère et passagère dans la seconde ou la troisième semaine de la maladie, avant que la fièvre soit tout à fait tombée. Il s'agit évidemment dans ces cas d'une prolongation de la poussée éruptive primitive et non d'une véritable rechute.

On peut observer aussi exceptionnellement, immédiatement après la chute de la fièvre qui avait accompagné l'éruption ou quelques jours après, une nouvelle poussée fébrile sans exanthème, durant de

(1) Thomas, *Ziemssen's Handb. der spec. Path. und Therap.*, vol. II, 2e partie, p. 253.

quelques jours à deux semaines, qui paraît être indépendante de toute complication. Cette *fièvre scarlatineuse secondaire*, signalée par Thomas, a été observée par Gumprecht (1) chez treize enfants chez lesquels elle se termina en général favorablement sans avoir été accompagnée de symptômes graves. Dans trois cas, observés par Bouveret (2) chez des jeunes gens ayant dépassé l'âge de seize ans, elle revêtit une intensité plus grande, rappelant celle du rhumatisme cérébral, mais guérit cependant sous l'influence des bains froids.

ANOMALIES.

Les anomalies observées dans les symptômes de la scarlatine peuvent porter isolément ou simultanément sur les trois facteurs principaux qui constituent cette affection, c'est-à-dire sur l'*éruption*, sur l'*angine* et sur les *symptômes généraux*.

1° **Anomalies dans l'éruption.** — Quelquefois l'érythème, au lieu de s'étendre uniformément sur la peau, se présente sous forme de taches plus ou moins larges qui restent isolées pendant toute la durée de l'éruption (*scarlatina variegata*) ; cette forme de l'exanthème reste souvent limitée à une partie du corps, comme le voisinage des coudes et des genoux, tandis qu'elle est normale sur le reste de la surface cutanée.

D'autres fois, l'éruption peut être papuleuse (*scarlatina papulosa*) ; elle débute par l'apparition de petites élevures d'un rouge sombre faisant saillie à la surface de la peau, qu'elles rendent rude au toucher ; cette forme est quelquefois embarrassante pour le diagnostic, surtout si elle ne s'accompagne pas d'une angine bien manifeste ; dans un cas que nous avons observé, nous ne reconnûmes la scarlatine que parce que la maladie fut suivie de desquamation et fut transmise à une sœur du petit malade.

Quelquefois l'*éruption miliaire* est très confluente, les vésicules se réunissent entre elles et forment de véritables *phlyctènes* semblables à celles qui succèdent aux brûlures.

La rougeur cutanée peut être anomale par son intensité ; dans quelques formes graves de la scarlatine, la peau présente une coloration violacée, qui persiste jusqu'à la mort, malgré un commencement de desquamation ; cet exanthème s'accompagne d'une fièvre vive et de l'ensemble des symptômes généraux que nous décrirons à propos des formes malignes.

Dans d'autres cas, on voit l'éruption s'accompagner ou être précédée d'une poussée pétéchiale ou d'un véritable purpura ; l'enfant est pris en même temps d'épistaxis, d'hématurie ou d'hémorragies intestinales ; les amygdales, les gencives prennent une teinte foncée ;

(1) Gumprecht, *Deutsche med. Wochenschr.*, 1888, p. 540.
(2) Bouveret, *Revue de méd.*, avril 1892, p. 286.

cette *scarlatine hémorragique*, plus rare que les formes analogues de la rougeole et de la variole, s'accompagne des symptômes généraux les plus alarmants et est d'un pronostic presque toujours fatal ; c'est une des formes de la scarlatine maligne.

Enfin l'éruption scarlatineuse peut être extrêmement atténuée et ne se manifester que par un érythème passager, limité au cou, à la poitrine ou à l'abdomen, et difficile à distinguer de la teinte naturelle des téguments. Le diagnostic ne pourra alors se fonder que sur les antécédents, sur l'existence de l'angine et plus tard sur celle de la desquamation qui rarement fait complètement défaut.

Ces cas où l'éruption est presque nulle ou même n'existe pas (*scarlatine fruste* de Trousseau), sont souvent très bénins et ne s'accompagnent que d'une légère réaction fébrile. Ils peuvent néanmoins se compliquer de néphrite et d'anasarque et sont aussi contagieux que les scarlatines les plus intenses. D'autres fois, la forme fruste s'allie aux accidents de la scarlatine maligne ou à des manifestations angineuses. Il semble, dans ce dernier cas, que tout l'effort du poison scarlatineux se soit porté sur la muqueuse du pharynx.

Les éruptions atténuées s'observent également quand la scarlatine survient chez des enfants chétifs ou comme complication d'une affection chronique.

2° **Anomalies dans l'angine.** — La scarlatine, a dit Trousseau (1), est une maladie essentiellement angineuse. L'angine, néanmoins, peut être parfois atténuée et ne se manifester que par une rougeur érythémateuse du pharynx sans douleur de la gorge et sans dysphagie. Il est tout à fait exceptionnel de voir l'angine faire complètement défaut ; Sanné en a observé deux exemples.

L'angine, au lieu d'être la première manifestation de la scarlatine, peut survenir exceptionnellement après la sortie de l'exanthème (Cadet de Gassicourt). Ce fait est plus fréquent dans la scarlatine chirurgicale, où l'éruption commence aux abords de la plaie qui a été la porte d'entrée.

Forme pseudo-diphtérique. — L'exagération de la réaction inflammatoire du pharynx constitue la *forme angineuse*. Décrite à tort depuis longtemps sous le nom de diphtérie scarlatineuse, elle paraît résulter d'une virulence spéciale du streptocoque qui détermine une nécrose superficielle ou profonde du tissu de l'amygdale et n'est pas due au bacille de Löffler [D'Espine (2), Heubner (3), Bourges (4)]. Cette forme de la scarlatine, que nous avons désignée sous le nom de *pseudo-diphtérique* (5), doit être distinguée avec soin

(1) Trousseau, *Clin. de l'Hôtel-Dieu*, 1861, p. 14.
(2) D'Espine, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1886, p. 585, et 1888, p. 49.
(3) Heubner, *Samml. klin. Vortr.*, 1888, n° 322, p. 2919.
(4) Bourges, *Les angines de la scarlatine*. Thèse de Paris, 1891.
(5) Voir le travail de notre élève Halatcheff : *Contrib. à l'étude de la scarlatine maligne pseudo-diphtérique*. Thèse de Genève, 1896.

de la diphtérie vraie, qui vient parfois compliquer la scarlatine, comme nous le dirons plus loin (p. 76).

C'est en général du quatrième au sixième jour de la scarlatine, plus rarement dès le troisième jour ou seulement au commencement de la seconde semaine que l'angine, au lieu de rétrocéder, augmente d'intensité. La fièvre persiste et s'élève encore, ou bien se rallume si elle avait diminué. Les amygdales sont d'un rouge violacé, parsemées quelquefois de points ecchymotiques; elles se recouvrent bientôt de plaques jaunes adhérentes qui finissent par former un enduit pseudo-membraneux continu pouvant s'étendre aux piliers et à la paroi postérieure du pharynx. Le gonflement de l'isthme du gosier est parfois si considérable qu'il gêne la respiration et que l'enfant respire bruyamment avec la bouche largement ouverte. L'haleine prend une odeur fade, nauséabonde, qui, dans certains cas, peut devenir très fétide. Les lèvres sont sèches, crevassées, parfois saignantes et recouvertes de croûtes.

Quand l'angine suit une marche favorable, ce qui est rare, on voit la gorge se déterger peu à peu. Parfois aussi, après avoir régressé et paru être en voie de guérison, elle reprend une nouvelle intensité (Rilliet et Barthez).

Si la maladie se prolonge, il est fréquent de trouver dans les amygdales des ulcérations plus ou moins profondes, irrégulières et à bords sinueux, qu'on ne constate bien qu'à l'autopsie, mais qui, dans les cas rares de guérison, peuvent entraîner des pertes de substance persistantes.

Parfois même, bien que très rarement, l'angine pseudo-diphtérique s'accompagne d'une véritable gangrène des amygdales ou du pharynx, qui peut être suivie d'une gangrène de la bouche, de la vulve, du pourtour de l'anus ou d'autres organes. Cette complication est presque toujours fatale. Cependant, quand la mortification se limite, la guérison est possible.

L'extension des fausses membranes à l'arrière-cavité des fosses nasales et au nez lui-même est habituelle. Elle s'annonce par un jetage purulent qui provoque des excoriations de la peau à l'entrée des narines. On a signalé dans quelques cas des épistaxis abondantes. L'irrigation nasale ramène souvent des fragments de fausses membranes.

L'extension au larynx et aux bronches est très rare, et l'adage de Trousseau : *la scarlatine n'aime pas le larynx*, est vrai pour l'immense majorité des cas. On a cité néanmoins des cas de croup à streptocoques sans bacille de Löffler dans le cours de l'angine scarlatineuse [Pospischill (1), Ranke (2)].

La gravité de la forme pseudo-diphtérique est due à la septicémie

(1) Pospischill, *Jahrb. für Kinderh.*, t. XLIV, 1897, p. 231.
(2) Ranke, *Verhandl. der Ges. f. Kinderheilk.*, XIII Versaml., 1897, p. 156.

qui l'accompagne presque toujours. A ce point de vue, on peut distinguer avec Heubner deux catégories de cas : une forme suraiguë, pestiforme, qui ne pardonne jamais, et une forme subaiguë, qui est accessible au traitement.

La forme suraiguë atteint de préférence des enfants très jeunes, affaiblis par des maladies antérieures. Elle se manifeste de bonne heure, dès le troisième jour de la scarlatine. Elle s'accompagne d'une fièvre intense avec prostration et d'un gonflement du tissu cellulaire du cou, qui peut envahir en haut les joues et descendre jusqu'à la clavicule. C'est un œdème dur, inflammatoire, qui ne laisse pas écouler de pus à l'incision, immobilise le cou et la tête comme dans un carcan et peut, par sa seule présence, amener la mort par suffocation (Mondière). Habituellement la mort arrive du septième au dixième jour de la maladie dans le collapsus par empoisonnement du sang. La terminaison a été fatale dans les 27 cas observés par Hirschfeld (1) dans le service d'Heubner.

Dans la forme subaiguë, l'engorgement ganglionnaire est très marqué; la fièvre s'élève de nouveau vers la fin du premier septénaire, elle persiste souvent sous la forme continue ou rémittente pendant plusieurs semaines. L'enfant succombe parfois, comme dans la première forme, au collapsus cardiaque ou à des complications (adéno-phlegmon du cou, néphrite, pyémie, etc.) ; il guérit cependant souvent, après un temps plus ou moins long. Hirschfeld, sur 86 cas où il a observé cette forme subaiguë, n'a constaté que 26 décès.

C'est dans cette forme principalement qu'on rencontre des adéno-phlegmons suppurés du cou (bubons scarlatineux), qui livrent passage, quand on les ouvre, à un pus fétide mélangé à des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé. Ce phlegmon, qui peut guérir quand le pus est bien collecté, entraîne en général la mort par septicémie ou par épuisement. Parfois aussi l'érosion d'un gros vaisseau du cou (jugulaire interne, carotide externe ou une de ses branches) détermine la mort par hémorragie [Gross (2), Baader (3)]. Dans un cas rapporté par Roth (4), un enfant de quatre ans mourut subitement, pris d'une hémorragie buccale de médiocre abondance, le quinzième jour d'une scarlatine avec otorrhée et angine pseudo-membraneuse bénigne; l'autopsie révéla une perforation de l'œsophage et de l'aorte thoracique due à un ganglion suppuré. Sur dix observations d'hémorragies post-bubonniennes relatées dans la thèse d'Arène (5), une seule guérison est mentionnée; il s'agit d'un cas de Mœller, qui sauva l'enfant en pratiquant la ligature de la carotide primitive.

(1) Hirschfeld, *Jahrb. für Kinderh.*, t. XLIV, 1897, p. 242.
(2) Gross, *Arch. gén. de méd.*, nov. 1871.
(3) Baader, *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1875, n° 21.
(4) Roth, *Ibid.*, 1878, n° 24.
(5) Arène, Thèse de Paris, 1881.

Parfois la scarlatine est suivie, même chez des sujets non scrofuleux, d'un engorgement ganglionnaire chronique du cou qui peut se terminer par une adénite suppurée après un temps plus ou moins long.

3° **Anomalies dans les symptômes généraux.** — Formes bénignes. — Nous avons déjà mentionné les cas où la fièvre est très modérée ou même nulle. Cette forme *apyrétique* n'est pas très rare, comme l'indiquent les faits rapportés par Fiessinger (1) qui, dans une épidémie, sur 37 malades, en observa 11 cas, et par Couatarmanach (2) qui a pu en recueillir 12 cas en deux mois à l'hôpital Trousseau. Les autres manifestations de la maladie, la rougeur des muqueuses et l'exanthème cutané sont parfois alors très peu marqués, mais peuvent présenter aussi les mêmes variétés que dans les cas ordinaires.

Parfois, des symptômes gastro-intestinaux s'ajoutent aux manifestations habituelles de la scarlatine, et l'enfant présente, en même temps que l'éruption, des signes d'embarras gastrique (*forme muqueuse*) ou une diarrhée souvent assez intense (*forme intestinale*). Cette diarrhée peut se montrer à une époque quelconque de la maladie ; lorsqu'elle survient dès la période d'invasion, elle retarde quelquefois l'éruption, qui se montre à son apparition peu intense ou incomplète.

Formes malignes. — Ces formes, qui s'observent le plus fréquemment dans les épidémies graves, ont été décrites sous le nom commun de *scarlatine maligne* ; mais, par la diversité de leurs allures, elles peuvent être divisées en variétés nombreuses.

Quelquefois les accidents éclatent dès la période d'invasion et peuvent emporter le malade avant même que l'éruption se soit montrée (*forme foudroyante*). La maladie débute par une fièvre d'une intensité extrême ; c'est dans ces cas qu'on a vu la température atteindre ou même dépasser 43 degrés ; en même temps surviennent de l'agitation, du délire, des convulsions, de la contracture ou du trismus ; à ces symptômes se joint souvent une dyspnée considérable que l'état des organes thoraciques ne peut expliquer. Enfin, l'enfant tombe dans un coma profond, bientôt suivi de la mort ; quelquefois celle-ci survient le jour même du début des accidents, et il est rare que la vie persiste au delà du second jour.

Dans d'autres formes malignes, la terminaison fatale est amenée par l'algidité après une diarrhée incoercible (*forme algide*) ou elle succède sans convulsions à un état de collapsus précédé de lipothymies et de syncopes (*forme syncopale*).

La scarlatine maligne ne suit pas toujours une marche aussi rapide. Dans la *forme ataxique*, ce sont les symptômes nerveux, délire, convulsions, qui prédominent ; l'éruption est retardée, incom-

(1) Fiessinger, *Gaz. méd. de Paris*, 4 et 11 mars 1893.
(2) Couatarmanach, Thèse de Paris, 1893.

plète, sort mal, et la mort arrive avant la période de desquamation. Si les symptômes viennent à s'amender, la guérison est possible, mais trop souvent apparaît alors une angine grave, ou bien le petit malade tombe dans un état adynamique, l'éruption prend une teinte livide, et le délire persiste jusqu'à la fin avec des convulsions et des soubresauts de tendons.

Quelquefois l'adynamie se manifeste dès le début des accidents (*forme adynamique, typhoïde*) ; la scarlatine s'annonce par une céphalalgie intense, l'éruption n'apparaît que du second au quatrième jour, elle est livide et violacée, la fièvre est violente ; la mort arrive au milieu de symptômes typhoïdes après un temps plus ou moins long, parfois seulement au bout de plusieurs semaines.

Ces diverses formes de la maladie peuvent se compliquer des hémorragies que nous avons décrites plus haut (p. 65), et qui constituent la *scarlatine hémorragique*.

On a décrit sous le nom de *forme tardive* une variété de la scarlatine maligne dans laquelle les symptômes ataxiques n'apparaissent qu'au bout de quelques jours dans le cours d'une scarlatine qui avait paru suivre jusque-là sa marche normale ; d'autres fois ce sont des accidents cardiaques, des lipothymies, une syncope, des phénomènes d'algidité, qui viennent emporter brusquement un scarlatineux dont l'état n'inspirait jusqu'alors aucune inquiétude.

Signalons enfin qu'on a observé dès les premiers jours de la scarlatine, même dans les formes les plus bénignes, des cas de mort presque soudaine dans le coma (Duclos) (1).

Il est impossible de donner une description complète de toutes les formes que peut revêtir la scarlatine maligne, tant elles varient suivant les cas ; mais ce qui les caractérise toutes, c'est une gravité extrême des phénomènes généraux dont aucune localisation ne peut rendre suffisamment compte. Pour quelques auteurs, les symptômes dits malins de la scarlatine seraient dus à une action spéciale du virus scarlatineux sur le cœur, mais le plus souvent les autopsies n'ont pas révélé d'altération notable de cet organe. L'hyperthermie, bien que fréquente dans la scarlatine maligne, ne peut pas expliquer tous les accidents, car il est des cas où la température ne présente pas une élévation exagérée. Il y a évidemment dans ces cas anomaux une action particulière du génie épidémique, analogue à celle qu'on a constatée dans beaucoup d'autres maladies infectieuses, mais dont la cause nous échappe.

COMPLICATIONS. — Un grand nombre d'affections peuvent compliquer la scarlatine ; les unes en sont les complications spéciales en ce sens qu'elles surviennent plus particulièrement dans le cours ou

(1) Duclos, *Journ. des praticiens*, 20 juillet 1895.

à la suite de cette affection ; d'autres, plus rares, ne sont que les complications banales de toutes les maladies infectieuses ; enfin il en est dont l'apparition dans le cours de la scarlatine est toute fortuite et ne peut être considérée que comme le résultat d'une simple coïncidence. Nous étudierons successivement ces trois genres d'affections en insistant plus particulièrement sur les premières.

Les complications qu'on peut considérer comme plus spéciales à la scarlatine sont le *rhumatisme scarlatineux*, les *phlegmasies des séreuses*, qui accompagnent quelquefois celui-ci ou qui peuvent survenir isolément, enfin la *néphrite scarlatineuse*.

Rhumatisme scarlatineux. — Cette complication, qui appartient à la classe des pseudo-rhumatismes infectieux, s'observe souvent à la fin de la première semaine à partir du début de l'éruption ; d'autres fois, elle n'apparaît que pendant la période de desquamation ; dans un cas, elle se montra un mois après le début de l'éruption (Rendu).

C'est généralement par les jointures découvertes que débute le rhumatisme scarlatineux ; ce sont souvent les poignets qui se prennent les premiers ; aussi, pour Roger, cette complication est-elle toujours le résultat de l'impression du froid. Cependant il n'est pas rare de voir le rhumatisme commencer par un genou. Il peut rester limité à une seule jointure ou s'étendre à d'autres articulations, particulièrement à celles des doigts ; il est plus fixe que le rhumatisme ordinaire, cependant il se généralise quelquefois et atteint successivement un grand nombre d'articulations. Dans quelques cas, il siège dans les jointures des vertèbres cervicales, principalement dans celle qui unit l'atlas à l'axis. Graves a rapporté quatre cas de cette localisation.

Les douleurs et la tuméfaction qui accompagnent le rhumatisme scarlatineux sont parfois aussi marquées que dans le rhumatisme ordinaire, mais le plus souvent elles sont moins accusées, et ce n'est qu'en pressant sur les articulations malades qu'on détermine de la souffrance. La complication n'a généralement qu'une courte durée ; quelquefois elle disparaît au bout de quarante-huit heures, mais on l'a vue se prolonger une ou deux semaines. La terminaison est presque toujours favorable.

Le rhumatisme scarlatineux peut se compliquer, surtout chez les enfants, d'accidents du côté du cœur ; nous allons y revenir à propos des phlegmasies des séreuses.

Le rhumatisme musculaire, particulièrement le *torticolis*, a été également signalé dans le cours de la scarlatine.

La *chorée*, qui s'observe quelquefois aussi à la suite de cette maladie, paraît souvent liée au rhumatisme scarlatineux ; plusieurs observateurs l'ont vue succéder à cette complication.

La fréquence du rhumatisme scarlatineux est diversement appréciée. Trousseau considérait cette complication comme très

commune ; nous n'avons eu que rarement l'occasion de l'observer, si nous n'y faisons pas rentrer les douleurs articulaires qu'on observe si souvent dans la seconde semaine des scarlatines d'une certaine intensité et qui font partie du tableau de la maladie.

Nous pouvons considérer comme une forme grave du pseudo-rhumatisme les *arthrites purulentes*, qui sont une des manifestations de l'infection septicémique dans le cours de la scarlatine ; le pus de ces arthrites renferme en culture pure le streptocoque pyogène (Lenhartz, Heubner). Cette complication est presque toujours fatale, mais heureusement fort rare.

Phlegmasies des séreuses. — L'inflammation des séreuses cardiaques a été assez souvent signalée dans le cours de la scarlatine ; tantôt elle accompagne le rhumatisme scarlatineux, tantôt elle survient isolément.

L'*endocardite scarlatineuse* est généralement légère et peut échapper à l'observation, si on n'ausculte pas avec soin le malade ; elle atteint le plus souvent la valvule mitrale seule ; elle guérit fréquemment chez les enfants sans laisser de trace. Nous avons observé un de ces cas de guérison complète (1) et d'autres exemples semblables ont été rapportés par Blache, Roger, Larcher, Martineau. Cependant l'endocardite scarlatineuse peut devenir quelquefois l'origine d'une affection chronique du cœur.

La *péricardite scarlatineuse* s'observe moins souvent que l'endocardite ; elle est tantôt bénigne ; tantôt, au contraire, purulente ou hémorragique, et est alors presque toujours fatale ; ces formes graves sont exceptionnelles.

La *pleurésie* se montre quelquefois dans le cours de la scarlatine. D'après Trousseau, elle serait assez commune ; d'autres auteurs ne l'ont rencontrée que rarement ; il est probable que sa fréquence varie suivant les épidémies. On l'a vue quelquefois coïncider avec le rhumatisme scarlatineux. Elle se développe, en général, rapidement et s'accompagne d'un épanchement assez abondant, mais les symptômes fonctionnels sont souvent peu accusés. La pleurésie scarlatineuse guérit habituellement ; elle devient cependant souvent purulente, surtout dans les cas où la maladie primitive a présenté une grande intensité ou s'est compliquée de néphrite, mais même alors son pronostic n'est pas nécessairement fatal.

La *méningite* est une complication assez rare de la scarlatine ; cependant les auteurs en rapportent quelques exemples. Cadet de Gassicourt a observé une méningite cérébro-spinale suppurée chez un petit garçon de huit ans et demi, dans la convalescence d'une scarlatine. Cette complication a été aussi signalée dans les premiers jours de la maladie.

(1) C. Picot, Thèse de Paris, 1872, p. 135.

La *péritonite* est rare dans la scarlatine ; elle a été quelquefois observée en même temps que les autres phlegmasies des séreuses ; elle s'accompagne alors d'un épanchement abondant ; son acuité est moindre que celle de la péritonite aiguë primitive.

L'*hydrocèle* de la tunique vaginale a été signalé quelquefois comme complication de la scarlatine (1) ; cette affection présente alors les caractères d'un épanchement passager qui disparaît sans opération.

Néphrite scarlatineuse. — Cette complication est la plus fréquente de toutes celles qui succèdent à la scarlatine, et elle suffit souvent à faire reconnaître l'existence antérieure de cette maladie. Il faut la distinguer de l'albuminurie de la période d'éruption, qui est généralement peu abondante et ne s'accompagne pas d'anasarque ; cette dernière, qui est loin d'être constante, ne s'observe que dans les scarlatines à fièvre vive et disparaît rapidement, même si elle est compliquée d'hématurie. Il n'y a pas de relation entre elle et la véritable néphrite scarlatineuse. Celle-ci est un phénomène de la période de desquamation ; elle se manifeste généralement dans la seconde ou la troisième semaine qui suit l'éruption et ne commence, pour ainsi dire, jamais après la sixième semaine.

Le début de la néphrite scarlatineuse est quelquefois insidieux et peut passer inaperçu, si on n'examine pas journellement les urines ; la complication ne se reconnaît alors que par l'apparition de l'anasarque, mais le plus souvent elle s'annonce par des symptômes plus ou moins marqués. Lorsque ceux-ci sont légers, on observe un peu de fièvre, des nausées, de l'insomnie, de l'agitation la nuit ; *la quantité d'urine diminue*, et l'œdème du tissu cellulaire apparaît. D'autres fois, le début de la néphrite est beaucoup plus accentué ; l'enfant est pris d'une douleur lombaire accompagnée d'une fièvre vive, de frissons, de vomissements ; l'urine devient rare et sanglante. Dans quelques cas, on observe une anurie complète qui peut persister pendant plusieurs jours, puis la miction se rétablit progressivement. L'urine renferme de notables proportions d'albumine et laisse déposer un sédiment dans lequel le microscope fait reconnaître l'existence de globules blancs et rouges du sang, de cellules d'épithélium rénal et de cylindres hyalins. En même temps ou peu après, on observe de la bouffissure au visage et de l'œdème des malléoles.

Si la complication est légère, la fièvre tombe au bout de quelques jours, les urines reprennent leur coloration naturelle et deviennent plus abondantes, mais elles sont encore albumineuses. La quantité d'albumine qu'elles renferment est assez variable ; quelquefois très minime, elle est le plus souvent de 1 à 2 grammes par litre et dépasse rarement 5 grammes. Cette proportion diminue progressivement et, au bout de dix à quinze jours, l'urine est redevenue

(1) Voir en particulier un cas relatif à un enfant de neuf ans, dans Depasse, *Rev. mens. des maladies de l'enfance*, 1886, p. 405.