

cellules du parenchyme sont troubles et gonflées; quelques-unes sont creusées de vacuoles. La *rate* est gonflée, sa consistance est un peu diminuée. Bockenham et Soltau Fenwick ont extrait de la rate des scarlatineux une substance protéique insoluble dans l'alcool absolu qui est douée de propriétés très toxiques pour les animaux, surtout quand elle provient d'un cas rapidement mortel.

Dans le *tube digestif*, les lésions se limitent généralement au gonflement des plaques de Peyer et des follicules de l'intestin, à l'hyperplasie des follicules de l'amygdale et de la langue (Klein); cependant on rencontre parfois dans l'œsophage comme dans le pharynx, des ulcérations allongées recouvertes d'exsudat fibrineux (Hench); on signale aussi l'infiltration leucocytaire de toute la muqueuse et de la couche musculaire de l'estomac et de l'intestin, et l'inflammation des glandes gastriques.

Dans le *cœur*, on constate des lésions dégénératives banales du muscle et des vaisseaux. Le *rein* présente des lésions variées qui sont décrites plus loin. Signalons encore la broncho-pneumonie, les suppurations multiples, viscérales et articulaires, les arthropathies simples, les hydropisies.

#### Symptômes. — I. Forme régulière ou normale :

PREMIÈRE PÉRIODE OU STADE D'INVASION. — Un enfant ou un jeune homme est pris brusquement d'un grand malaise; il est pâle, l'œil brillant; il se plaint d'une céphalée assez vive, puis de nausées, et quelquefois, dès les premières minutes, il vomit ses aliments mêlés de bile. Ce vomissement précoce, précédant parfois tout autre symptôme, est caractéristique. Il éprouve des frissons assez violents, parfois seulement une légère sensation de froid; puis rapidement, les mains et le front deviennent brûlants, la face se congestionne, le malade accuse une soif ardente, une sensation de sécheresse très pénible et des douleurs à la gorge. Quand les vomissements et les frissons manquent, le mal de gorge est bien souvent le premier symptôme, et c'est le matin au réveil, à la première déglutition de salive, que l'enfant s'en plaint.

En quelques heures, tous les symptômes de la première période sont au complet. Le pouls est plein, très rapide, à 120, 140, 180 même, chez les jeunes enfants. Trousseau attachait une très grande importance diagnostique à cette accélération, dans les formes frustes. La peau est sèche et brûlante, la température axillaire atteint 40° et 40°,5; les enfants sont généralement dans un état d'agitation vive; les facultés alourdis dès les premières heures, ils ne parlent que pour demander à boire, se jettent de tous côtés dans leur lit, réveillés à chaque instant par la douleur de la gorge et l'ardeur de la peau; le délire est fréquent.

On note déjà un peu de gonflement de la région sous- et péri-maxillaire, la langue est recouverte d'un enduit gris sur le centre avec des bords rouges et hérissés de papilles gonflées; si à ce moment on regarde le pharynx, on constate que le voile, les piliers et les amygdales sont gonflés et couverts d'une rougeur diffuse et foncée. C'est l'érythème qui commence. Il faut bien distinguer l'érythème de l'angine (Cadet de Gassicourt); car, dans certaines formes bénignes, l'angine fait défaut. Mais on peut dire avec Bergé que l'angine est véritablement le phénomène initial, et il est rare qu'on ne trouve pas à quelque degré la douleur, l'engorgement ganglionnaire, le gonflement amygdalien, des productions blanchâtres à l'orifice des cryptes.

Roger a observé quelquefois du catarrhe oculo-nasal.

Rien n'est variable comme l'intensité et la durée de cette période; tantôt l'angine, tantôt la fièvre, constituent les seuls accidents prémonitoires de l'éruption; parfois enfin, l'invasion fait défaut, et c'est l'éruption qui ouvre la série des symptômes. La durée de ce premier stade est le plus souvent de 12 à 24 heures, de 56 au plus.

DEUXIÈME PÉRIODE OU STADE D'ÉRUPTION. — L'éruption ne commence pas, comme celle de la variole et de la rougeole, par la face; Trousseau admet qu'elle apparaît en plusieurs régions à la fois; d'après quelques auteurs, elle débute par le cou, puis le tronc et les membres, elle s'étend ensuite aux extrémités supérieures, puis aux pieds (Bohn); mais rien n'est plus variable, et à la vérité, on trouve le plus souvent l'exanthème déjà constitué sur une grande surface; il est plus vivement coloré et paraît plus ancien au cou, sur la paroi antérieure des aisselles, la ceinture et surtout les aines; presque simultanément, sont envahis les plis de flexion des membres; le visage n'est pris que secondairement, et l'exanthème y revêt une topographie assez particulière: il respecte le voisinage du nez, les lèvres et le menton, laissant voir en ces points la pâleur de la peau; au contraire, il prend une grande intensité sur les joues, où il forme des traînées qui simulent, suivant la comparaison de Trousseau, la trace d'un soufflet vigoureusement appliqué. Lemoine a vu l'éruption localisée à la face.

En 2 ou 3 jours, tout le corps est atteint; l'exanthème reste stationnaire pendant 24, 56 heures au plus, puis décroît à la fois sur tout le corps, de façon à s'éteindre complètement le cinquième ou sixième jour après son apparition.

Mais la durée de l'exanthème est en raison directe de son intensité; quand il est clair, à peine teinté, il ne dure que quelques heures, et peut échapper aux recherches du médecin (beaucoup de cas de scarlatine sans éruption rentrent dans cette catégorie); quand il est rouge foncé, sombre, nettement généralisé, il garde pendant 4, 5 jours, son intensité première; enfin, s'il y a des taches purpuriques, elles persistent 10 à 12 jours.

L'exanthème scarlatineux, quand il est intense, a une couleur rouge écarlate, jus de framboise; il est plus foncé au niveau des aines, des plis de flexion des membres et du cou; il est d'abord formé de plaques larges, mais mal limitées, dont les bords se confondent progressivement avec la peau encore saine, puis se réunissent et se confondent. Cette rougeur diffuse est semée d'une multitude de points plus foncés, légèrement saillants, qui lui donnent un aspect piqueté, granité, comme la chair de poule, surtout aux membres inférieurs. Parfois la teinte rouge est à peine marquée; parfois, au contraire, elle est presque violacée. Le doigt promené à la surface de la peau, même en imminence d'éruption, laisse une raie blanche assez persistante, au milieu de laquelle on distingue une raie rouge plus étroite, c'est la raie scarlatineuse étudiée par Borsieri, Bouchut, Lemaire, qui permet de prévoir et d'annoncer l'exanthème. La peau donne une sensation de sécheresse et de chaleur mordicante, désagréable au toucher.

Sur le cou, la ceinture, le ventre, apparaissent souvent des vésicules miliaires, transparentes, rapidement desséchées, sans rapport avec le pronostic, et qui serviront souvent de point de départ à la desquamation. Quelques malades se plaignent d'une vive démangeaison.

Plus rarement, la congestion cutanée est si violente que des *pétéchies* se

forment par places; elles sont petites et discrètes et ne s'accompagnent d'aucune hémorragie, ce qui les distingue des pétéchiés liées aux formes hémorragiques.

Dès le début de l'éruption, on observe parfois du gonflement de la face, des oreilles et des mains qui gêne la flexion des doigts (Trousseau).

Il existe dans quelques cas un engourdissement des extrémités qui va rarement jusqu'à la parésie (Meyer).

Les lèvres sont sèches, la langue a perdu son revêtement saburral; du troisième au sixième jour de l'éruption, elle subit une *desquamation* plus ou moins complète et apparaît hérissée de grosses papilles rouge sombre (*langue framboisée, langue scarlatineuse*), aspect qu'elle conserve pendant 5 à 5 jours<sup>(1)</sup>. Malgré sa desquamation totale, elle n'est pas douloureuse. Toute la muqueuse buccale est rouge, quelquefois gonflée (*stomatite érythémateuse*); la gorge est rouge sombre, les piliers sont gonflés; les amygdales font saillie et quelquefois arrivent à se toucher; les cryptes, distendues, laissent suinter un exsudat blanc jaunâtre, crémeux, qui se détache facilement et forme, dans certains cas, de larges couches pseudo-membraneuses. Les ganglions sous-maxillaires sont gonflés, le tissu cellulaire de la région est lui-même infiltré, œdématisé et dur, au point d'empêcher l'exploration des glandes. Tout cet ensemble explique la douleur violente que provoque la déglutition.

Le développement de l'éruption ne produit aucune rémission dans les *symptômes généraux*: la fièvre reste très élevée, la peau brûlante, la température à 45° et au-dessus, le pouls très rapide; la céphalée du début s'exaspère même souvent, le malade est abattu, dort mal, s'agite dans son lit, parfois délire; cette agitation ne prend cependant pas un caractère grave dans les cas normaux, et les convulsions sont rares, sauf chez les enfants très jeunes ou névropathes. L'appétit est nul, la soif très vive; les vomissements du début ont rapidement disparu; le ventre est normal ou peu ballonné, la constipation fréquente. Il semble que l'éruption ne descende pas au-dessous du pharynx, car on ne trouve aucun trouble pulmonaire, si ce n'est l'accélération respiratoire qui accompagne l'hyperthermie.

L'*urine*, dense et foncée, a les caractères fébriles; presque toujours, si on l'examine par les procédés délicats, on y trouve un peu d'albumine et, dans les cas graves, des peptones (Arslan).

La *durée* de cette période est celle de l'exanthème, 5 jours en moyenne, 6 à 7 jours au plus. A mesure que l'éruption décroît, s'il n'y a aucune complication, l'état général s'améliore, la fièvre diminue, le malade reprend un peu d'appétit; le gonflement de la gorge s'atténue et permet l'alimentation. Dans les formes violentes, c'est au maximum de l'éruption que les symptômes revêtent leur plus grande gravité; mais ils persistent malgré l'effacement de l'exanthème.

TROISIÈME PÉRIODE; DESQUAMATION. — La desquamation ne suit pas régulièrement l'éruption; tantôt elle ne commence qu'au bout de quelques jours;

<sup>(1)</sup> NEUMANN, qui a étudié les modifications de la muqueuse linguale (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, janv. 1891) a observé l'aspect framboisé caractéristique 58 fois sur 48 cas, soit 79 fois sur 100; dans 6 cas il n'y eut aucune altération appréciable; dans 5 de ces 6 cas, il existait des troubles digestifs ou une infection septique. Dans un tiers des cas, l'aspect framboisé disparut dès la première semaine; dans un deuxième tiers, pendant la seconde semaine; dans le troisième tiers, elle persistait encore à la fin du deuxième septénaire.

tantôt elle se dessine avant la fin de l'éruption du 5<sup>e</sup> au 9<sup>e</sup> jour; elle commence au cou, à la ceinture, aux plis articulaires, comme l'exanthème, ou bien au niveau des vésicules miliaires desséchées; elle n'épargne pas les régions qu'a respectées l'éruption, elle se voit même dans les cas où celle-ci a passé inaperçue.

Elle revêt un aspect différent, suivant les régions du corps; à la face, elle forme de très petites squames furfuracées, plus grandes que dans la rougeole, et qui donnent, quand elle se fait rapidement, une teinte blanche, comme saupoudrée; au cou, au tronc, aux membres, les squames sont plus étendues, plus épaisses aussi; l'épiderme soulevé y forme de petites soufflures sèches qui se rompent; enfin aux extrémités, surtout aux doigts et aux orteils, le tégument se détache par vastes lambeaux, formant quelquefois un véritable doigt de gant; il laisse à nu le nouvel épiderme très mince à travers lequel transparaît la couleur rouge vif du derme; cela est vraiment caractéristique. La chute des ongles, signalée par Graves, n'appartient qu'aux dermatites scarlatiniformes.

CONVALESCENCE. — Pendant ce temps, la fièvre a complètement disparu, l'appétit est normal, la langue s'est recouverte d'épithélium (8<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup> jour), les amygdales ont diminué de volume, mais sont encore rouges, et si l'exsudat a été abondant, il n'est pas rare d'en rencontrer encore dans la seconde semaine. L'urine a repris ses caractères normaux; la polyurie s'observe généralement; les forces ne sont nullement déprimées chez l'enfant, si on a eu soin de le nourrir suffisamment.

La durée de la desquamation est des plus variables; le plus souvent on en trouve encore des traces au bout de 4, 5 semaines, parfois plus tard encore; les bains et les soins de la peau accélèrent beaucoup son évolution. Mais une même région peut desquamer plusieurs fois.

FIÈVRE; TEMPÉRATURE; TOXICITÉ URINAIRE. — Rien n'est plus variable que la courbe de la scarlatine; elle n'a pas de rapports absolument fixes avec l'évolution de l'exanthème; cependant Wunderlich, Thomas, Cadet de Gassicourt, Reimer ont pu en donner les règles générales.

Dès le premier jour, la température monte brusquement à 39, 40°, et plus dans les formes graves (42° d'après un cas de Depasse); loin de s'abaisser au moment de l'éruption, comme dans la rougeole, elle se maintient ou monte encore; pendant le deuxième stade, elle présente le type continu avec une très légère rémission matinale de un demi ou un degré au plus; les oscillations lui donnent quelquefois le type intermittent; elle atteint son fastigium quand l'exanthème est complètement développé, puis généralement diminue quand il pâlit.

Dans les cas très légers, elle tombe à la normale au troisième ou quatrième

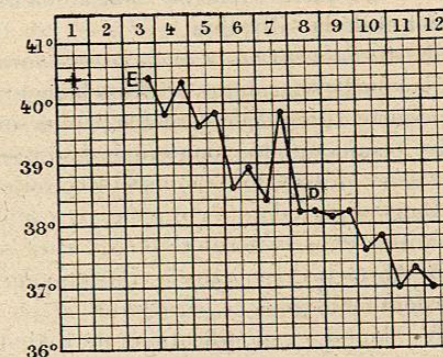


FIG. 21  
Scarlatine régulière (adulte, d'après Jaccoud).  
+ Malaise et frisson;  
E, éruption; D, desquamation.

jour; dans les cas normaux, mais sans complication, la fièvre ne dépasse pas le douzième jour (Cadet de Gassicourt).

Il survient fréquemment, en dehors de toute complication appréciable, de nouvelles ascensions, qu'on peut attribuer soit à l'angine, soit à une nouvelle mise en circulation des produits toxiques, soit à la constipation, ou encore à une nouvelle poussée d'angine (Roger); Thomas, Lancereaux, Pastor, Gumprecht ont vu, après le dixième jour, 2 ou 3 exacerbations successives durant 1 ou 2 jours, et séparées par des intervalles de 5 à 6 jours. Gumprecht a décrit, sous le nom de *fièvre consécutive* (Nachfieber), la fièvre qui persiste sans cause évidente après les manifestations extérieures de la maladie. Il est probable que là encore les agents pathogènes ou plutôt leurs produits toxiques, retenus dans un point de l'organisme ou sur une muqueuse (pharynx), rentrent dans la circulation, et que cette fièvre est l'expression d'une intoxication secondaire.

Quelle que soit l'époque de la défervescence, elle affecte deux modes : la *chute brusque* et la *lysis* (Jaccoud).

Le *pouls* suit la marche de la température; il tombe parfois au-dessous de la normale quand disparaît l'exanthème.

Reimer a étudié les variations du *poids* chez l'enfant : dans les cas légers la perte est insignifiante; quand la fièvre atteint 40°,5 ou 41° et s'il y a des vomissements, le poids s'abaisse brusquement de une à deux livres dans les 2 premiers jours; si l'enfant ne mange pas, la perte, pendant les 8 à 10 jours que dure la fièvre, est communément de 2 à 2 1/2 grammes.

La *toxicité urinaire* a été étudiée par MM. Roger et Mazaud (thèse de Paris, 1890). Griffiths avait déjà signalé dans l'urine l'existence de ptomaines spéciales (sur lesquelles M. A. Gautier a fait des réserves). Voici les résultats obtenus par M. Mazaud par l'injection intraveineuse d'urine :

1° *Les urines de la période fébrile* ont une toxicité relative élevée. Pour peu qu'elles soient assez abondantes la toxicité absolue dépasse la normale.

Les urines fébriles sont convulsivantes. Lorsqu'elles contiennent de l'albumine, outre les convulsions, l'intestin est soumis à des mouvements très intenses, suivis de diarrhée parfois sanguinolente. Elles provoquent parfois du larmolement et de la salivation.

2° *Au moment où la température baisse*, alors que le mouvement de descente de la courbe thermique est franchement ébauché, on observe une *crise urottoxique* de courte durée. Elle coïncide le plus souvent avec la *crise urinaire*, mais celle-ci dure beaucoup plus longtemps. La crise urottoxique se fait en une fois, répartie sur deux ou trois jours consécutifs, ou en deux fois à quelques jours d'intervalle.

Dans la période qui coïncide avec le début de la crise, les urines sont convulsivantes; dans la dernière phase, elles sont plutôt narcotiques et dyspnéiques.

3° *Après la crise, dans la convalescence*, les urines deviennent hypotoxiques et

Il faut prendre à chacune de ces divisions ce qu'elle a de bon : ainsi, nous conserverons les formes classiques liées à l'aspect de l'éruption, bien qu'elles n'aient pas de rapports constants avec la gravité de la maladie. La durée ne peut servir de caractéristique, parce qu'une scarlatine courte peut être très bénigne ou extrêmement grave; la température ne peut être utilisée seule, car elle est influencée par nombre de causes indépendantes de la maladie, particulièrement par les complications. Au contraire, la gravité de la maladie et son évolution donnent une base clinique véritablement solide et pratique, sur laquelle sont établies les classifications françaises.

**A. Formes éruptives, anomalies d'éruption.** — L'anomalie peut porter sur la *durée*, l'*évolution*, l'*intensité*, les *caractères physiques* de l'éruption.

Nous avons déjà signalé ces éruptions *fugaces* qui durent à peine 4 ou 5 heures; quelquefois au contraire, l'exanthème persiste très longtemps, 8 à 9 jours, avec une fièvre intense.

L'*évolution*, au lieu d'être continue, peut se faire *en deux fois*; l'exanthème, après s'être rapidement constitué, s'éteint au bout de 24 heures pour reparaitre ensuite (*réversion* de Jaccoud); cette nouvelle poussée éruptive se distingue de la rechute en ce que les phénomènes généraux du début manquent complètement.

L'*intensité* de l'éruption n'est pas toujours en rapport avec l'intensité des phénomènes généraux; elle peut manquer complètement (*scarlatine fruste*) et la maladie évolue sous la forme d'une angine fébrile plus ou moins intense, ce qui n'empêche pas la desquamation ni les complications de la convalescence, l'anasarque surtout (Graves, Trousseau).

*Anomalies d'aspect.* On désigne sous le nom de *scarlatina variegata* celle où l'exanthème forme des plaques irrégulières qui n'ont aucune tendance à se rejoindre; elle simule quelquefois la rougeole (Hench); de scarlatine *papuleuse*, celle que caractérise la production de « petites élevures rouge sombre rendant la peau rude au toucher » (Picot).

La forme *miliaire* est la plus fréquente, surtout en Angleterre; Trousseau désigne sous ce nom le piqueté saillant de l'éruption normale; ce n'est pas là la vraie miliaire; celle-ci est formée de petites vésicules claires, extrêmement fines, qui se dessèchent rapidement et occupent surtout le cou, l'abdomen et la ceinture; Bohn, Hench, Picot décrivent des vésicules de moyenne grandeur, blanches ou blanc jaunâtre, qui s'ombiliquent parfois, se réunissent quand elles sont abondantes, et peuvent simuler la varicelle; elles sont quelquefois généralisées et prédominent aux poignets, aux plis articulaires; cette forme qui accompagne les exanthèmes intenses est très rare en France. Il faut encore signaler les taches *pétéchiales* simples, sans hémorragies, et compatibles avec une

racés; enfin l'intervention de l'infection secondaire par le streptocoque (s'il n'est pas l'agent propre de la maladie).

**FORME FOUROYANTE.** — En pleine santé un sujet est pris d'un violent malaise, de céphalée vive, vomissements, dyspnée, cyanose et convulsions; très rapidement il a perdu connaissance, il délire, il s'agite avec violence, cherche à quitter son lit, puis tombe dans le coma; on note de l'angine, quelquefois un engorgement ganglionnaire commençant, une fièvre intense, l'accélération et la petitesse extrêmes du pouls; le malade succombe en quelques heures dans le coma, avec ou sans nouvelles convulsions avant que l'éruption ait apparu. Comme les urines sont rares, on croit qu'il s'agit d'urémie ou d'empoisonnement; et seule l'existence d'un cas de scarlatine ou d'une épidémie dans le voisinage permet d'affirmer la nature de cette atteinte mortelle (Graves, Wunderlich, Trousseau, Baginsky).

La forme ATAXIQUE OU NERVEUSE COMMUNE (Jaccoud) est tout autre: plus lente dans son évolution, elle ne prend une allure grave qu'au stade d'éruption; M. Jaccoud signale cependant dans la période prodromique une prolongation anormale de l'anxiété. La température est toujours au-dessus de 40°, le pouls extrêmement rapide (170 et plus chez les jeunes enfants). L'éruption est souvent anormale, soit par son développement incomplet, soit par la teinte livide ou érysipélateuse que lui donnent son mélange avec la cyanose et le gonflement des téguments. Mais ce qui est caractéristique, c'est la gravité des manifestations nerveuses: convulsions, jactitation, délire, contracture des membres, trismus; la dyspnée est fréquente, dyspnée « *sine materia* » que Trousseau donne comme un des signes de la malignité. L'affaiblissement du cœur, reconnaissable à l'assourdissement des bruits et à l'état filiforme du pouls, explique la cyanose et le refroidissement des extrémités; ainsi se constitue une modalité qu'on a désignée sous le nom de forme *algide*, mais qui, à notre avis, ne mérite pas d'être séparée.

Nous en dirons autant de la forme *syncopale* de Wood et Kennedy, qui résulte de la prédominance de l'affaiblissement du cœur sur les autres accidents nerveux ou viscéraux.

**FORME TYPHIQUE, ADYNAMIQUE OU SEPTIQUE.** — Cette forme, comme la précédente, ne se développe complètement qu'à la période d'éruption, quelquefois même dans la seconde semaine (Hench). L'exanthème est ordinairement intense et généralisé: le malade est abattu et somnolent, la langue est sèche, les lèvres sont fuligineuses; l'angine, violente, s'accompagne d'adénopathies volumineuses; souvent il s'y joint de la diphtérie. L'adynamie s'accompagne de tremblements fibrillaires et de soubresauts des tendons; la température varie entre 39°,5 et 40°; le pouls ne tarde pas à s'affaiblir. On observe de la diarrhée, des vomissements, surtout au début; le ventre est ballonné et douloureux; les urines sont extrêmement rares; quelquefois apparaissent des eschares. A l'approche de la mort, la température rectale monte à 41°, 42°,5 pendant que les extrémités se refroidissent et que le malade tombe dans le collapsus, puis le coma.

**FORME HÉMORRAGIQUE** (Withering, Huxham, Fothergill). — Les hémorragies peuvent compliquer toutes les formes précédentes; comme je l'ai dit, l'exanthème peut s'accompagner de pétéchies sans pour cela être hémorragique. Les

hématuries abondantes et répétées, l'épistaxis, les plaques purpuriques de la peau caractérisent cette forme.

La scarlatine est *primitivement* ou *secondairement* hémorragique. Dans le premier cas, les hémorragies apparaissent avec l'éruption et tuent en quelques heures, un jour, avec des accidents nerveux; la fièvre est très violente, la dyspnée intense; la diarrhée et les convulsions sont fréquentes; c'est la forme *hémorragique foudroyante* (Zuelzer, Bohn) inconnue en France et dont l'existence est douteuse. La seconde forme est presque toujours mortelle, surtout chez les femmes en couches.

**2° Forme bénigne; scarlatine sans fièvre.** — J'ai signalé les formes *frustes* où l'éruption fait défaut, bien que la fièvre et l'angine soient assez vives.

Dans une autre variété, la fièvre elle-même s'atténue malgré une éruption intense et reste au-dessous de 38°, puis disparaît après deux ou trois jours. Parfois même, la température ne dépasse à aucun moment la normale; l'angine et les altérations linguales sont très atténuées (Fiessinger, Moizard, Couatarmach).

Le diagnostic, en pareil cas, peut être difficile; mais il sera aidé par la discordance entre le pouls qui est accéléré et la température (Wertheimer, Rénon).

**5° Formes à pronostic variable.** — Je signalerai seulement la forme *MUQUEUSE* OU *GASTRO-INTESTINALE* (Bretonneau, Brinton) caractérisée par un état gastrique et de la diarrhée, et qui peut aboutir à des accidents cholériformes.

**FORME A RECHUTE.** — La rechute est caractérisée par le retour de l'exanthème, avec les phénomènes généraux classiques, pendant que la première atteinte est encore en évolution (Trojanowski, Körner, Henoch). Elle survient de 12 jours à 5 semaines après le début; on retrouve la fièvre, l'angine, l'engorgement ganglionnaire; la seconde atteinte peut être plus grave que la première. Thomas a décrit sous le nom de *pseudo-récidive* (traduisons: rechute) l'apparition dans la deuxième ou troisième semaine, d'un exanthème plus ou moins étendu, souvent éphémère, qui semble n'être que la manifestation nouvelle d'une seule et même infection dont l'évolution n'est pas épuisée. Il ne faut pas prendre pour une rechute l'apparition d'un nouvel exanthème produit d'une infection ou intoxication secondaire (roséole, rash de varicelle, de diphtérie, érythèmes quinique, atropique, mercuriel).

Trojanowsky a signalé une forme *récurrente* qui s'observe dans les pays marécageux où sévit la fièvre récurrente; après une atteinte peu intense, un deuxième exanthème apparaît du septième au dix-septième jour; la rate est un peu augmentée de volume, les leucocytes du sang deviennent plus nombreux, et la faiblesse est grande.

**SCARLATINE PUERPÉRALE.** — On décrit, sous ce nom, des accidents très variables d'intensité, de gravité et de forme, qui n'ont de commun que l'éruption, tantôt franchement scarlatineuse, tantôt seulement scarlatiniforme; aussi rien n'est plus confus que son histoire. Cependant quand on se reporte à l'ensemble des observations publiées, on voit qu'elles comprennent 4 groupes de faits auxquels correspondent autant d'opinions:

1° *Scarlatine vraie et normale* chez une accouchée (Malfotti, Mac Clintock, Hervieux, Olshausen, Léopold Meyer, Boxall).