

1° *Période d'invasion.* — La rougeole ne débute pas brusquement comme la variole et la scarlatine, l'ascension thermique est plus lente et beaucoup moins considérable que dans ces fièvres; la température s'élève, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, à 39 degrés ou 39°,5 et ne dépasse guère ce chiffre, les rémissions matinales sont assez marquées (fig. 17); la fièvre initiale a une durée de quatre à cinq jours, c'est-à-dire qu'elle est plus longue que

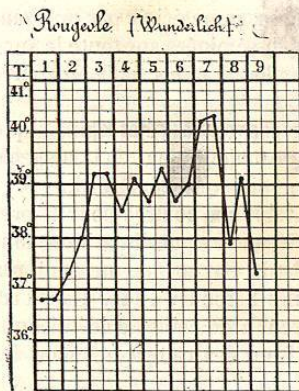


FIG. 17.

aspect boursoufflé caractéristique. La toux est sèche, férine, quinteuse; il existe une sensation incommode de chatouillement au niveau du larynx, la voix est rauque, l'expectoration est nulle ou très peu abondante.

Dans bon nombre de cas on observe sur le voile du palais, vingt-quatre ou quarante-huit heures avant l'apparition de l'exanthème, des taches rosées, légèrement saillantes, séparées par des intervalles de muqueuse normale. Ce symptôme, indiqué par Heim et Troussseau, a de l'importance au point de vue du diagnostic de la rougeole. Girard (de Marseille) dit avoir rencontré sur la muqueuse buccale un pointillé rouge qui précédait, non seulement l'éruption cutanée, mais aussi tous les symptômes de la période initiale.

2° *Période d'éruption.* — L'éruption apparaît du quatrième au cinquième jour. Comme dans la variole, elle commence par la face, puis elle gagne le cou, le tronc et les membres. L'exanthème de la rougeole est caractérisé par de petites taches roses légèrement sail-

lantes, à bords irréguliers, de dimensions variables; ces taches s'effacent complètement sous la pression du doigt pour reparaitre peu d'instants après que la pression a cessé. Il y a souvent un intervalle de vingt-quatre ou quarante-huit heures entre l'apparition de l'exanthème à la face et aux membres inférieurs, il en résulte que l'éruption est en voie de décroissance à la face, alors qu'elle arrive à peine à la période d'état aux membres inférieurs.

L'abondance de l'éruption est très variable. En général c'est à la face qu'elle présente le plus de confluence; l'éruption est légère, fugace, ou bien au contraire les taches roses se transforment en papules saillantes (rougeole boutonneuse), l'exanthème prend une coloration rouge, il peut même se produire de petites ecchymoses par suite de la violence du processus inflammatoire.

L'éruption n'a pas ici le caractère critique qu'elle présente dans la variole, la fièvre ne tombe pas au moment où elle apparaît, c'est même avec la période d'état de l'exanthème que coïncide le fastidium. Les catarrhes des muqueuses continuent pendant cette période, l'écoulement nasal s'épaissit, le catarrhe oculaire augmente, l'inflammation s'étend du larynx à la trachée, puis aux bronches.

L'expectoration, composée d'abord de mucosités transparentes et filantes, prend un aspect caractéristique; les malades rendent des crachats jaunâtres, nummulaires, pelotonnés, qui nagent dans un liquide limpide, analogues en un mot à ceux des phthisiques; chez l'enfant l'expectoration est nulle; la toux est moins fatigante, moins bruyante qu'à la première période, mais la dyspnée augmente et devient considérable si la bronchite s'étend aux petites bronches. A l'examen de la poitrine on trouve une sonorité normale ou exagérée, des râles sonores si la bronchite se limite aux grosses bronches, des râles sous-crépitants si elle s'étend aux fines ramifications bronchiques. Les symptômes nerveux sont peu marqués. On observe assez souvent un peu de diarrhée.

L'éruption commence à pâlir à la face, vers le septième ou le huitième jour de la maladie; les taches prennent une teinte jaunâtre, cuivrée, elles ne s'effacent plus sous le doigt et présentent une grande analogie avec la roséole syphilitique, la déservescence suit de près la décroissance de l'éruption, elle est en général complète le huitième ou neuvième jour. Les inflammations des muqueuses et en particulier la bronchite et la laryngite persistent souvent après la disparition de la fièvre.

L'éruption de la rougeole est suivie d'une desquamation *furfu-*

*racée*, les écailles épidermiques très minces sont facilement entraînées par la sueur, si bien que la desquamation passe souvent inaperçue.

*Rougeoles anormales.* — Il existe des formes légères, abortives, dans lesquelles la fièvre et l'exanthème sont réduits à leur minimum.

La rougeole prend plus rarement que la variole et la scarlatine la forme hémorrhagique; comme des symptômes nerveux graves accompagnent la tendance aux hémorrhagies, on a donné aussi à cette forme grave le nom de *rougeole ataxo-dynamique* ou de *rougeole maligne*. Dès la période d'invasion on observe un affaiblissement extrême, du malaise, de la prostration, quelquefois des vomissements et de la diarrhée, la température s'élève beaucoup plus que dans la forme normale, le pouls est petit, très fréquent; l'exanthème est pâle, limité à quelques régions, très fugace, mélangé de pétéchies; des hémorrhagies se produisent par les surfaces muqueuses: épistaxis, métrorrhagies, entérorrhagies, etc.; la mort arrive dans les convulsions et le coma.

La rougeole normale se complique souvent de bronchite capillaire, mais il arrive aussi que la complication devient la maladie principale; la rougeole concentrant toute son activité sur la muqueuse bronchique, il en résulte une maladie très grave, dont les rapports avec la rougeole ont été plus d'une fois méconnus et qui a été décrite sous le nom de *bronchite capillaire épidémique*. C'est une *rougeole des bronches*.

La bronchite capillaire épidémique a été observée presque exclusivement dans l'armée, nous rappellerons en particulier les épidémies de Nantes (1840-1841), de Metz, de Saint-Omer et de Lyon (1840), de Paris (1841), du camp de Boulogne (1854-1856), de Paris (1870-1871). Dans toutes ces épidémies les circonstances étiologiques sont les mêmes et peuvent se résumer ainsi: 1° fréquence de la rougeole; 2° fréquence des bronchites développées sous l'influence d'un hiver rigoureux; 3° arrivée des conscrits. Les choses se passent presque toujours de la manière suivante: pendant le règne d'une épidémie de rougeole un abaissement de température provoque l'apparition de nombreuses bronchites; la muqueuse des bronches, irritée, enflammée, chez les hommes qui contractent alors la rougeole, appelle les manifestations morbides et l'éruption se localise sur les voies respiratoires, de même que les pustules de la variole se développent de préférence sur les surfaces rubéfiées par un sinapisme; l'éruption cutanée avorte ou fait défaut. (A. Laveran, *Traité des maladies des armées*, p. 400.)

La bronchite capillaire morbilleuse s'accompagne, comme la rougeole normale, d'une fièvre rémittente et de frissonnements répétés; l'expectoration, d'abord muqueuse, devient bientôt muco-purulente, les crachats prennent l'aspect nummulaire décrit plus haut. Lors de l'épidémie de Nantes, la sécrétion bronchique était si abondante, qu'immédiatement après l'excrétion d'une grande quantité de mucosités, les conduits aériens s'obstruaient de nouveau, quelquefois les crachats étaient striés de sang.

La dyspnée est le symptôme dominant, d'où le nom de *catarrhe suffocant*. Les malades, assis dans leur lit, luttent péniblement contre l'asphyxie, toutes les puissances inspiratrices sont mises en jeu, le thorax se dilate, mais l'air ne se renouvelle plus suffisamment dans les alvéoles pulmonaires; l'acte mécanique de la respiration s'accomplit, mais les échanges de gaz, qui constituent en réalité la respiration pulmonaire, ne peuvent plus s'effectuer; une sensation d'angoisse précordiale tourmente les malades, la face se cyanose, les extrémités se refroidissent, le pouls devient petit, irrégulier et la mort arrive par asphyxie ou syncope. La sonorité du thorax est souvent exagérée; à l'auscultation, le murmure vésiculaire est affaibli, des râles sonores ou humides remplissent la poitrine, le râle sous-crépitant domine.

L'exanthème morbilleux très incomplet, et très fugace, passe souvent inaperçu, la gravité de la complication thoracique absorbant toute l'attention.

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS. — Les principales complications de la rougeole se produisent sur les muqueuses.

Nous ne reviendrons pas sur la description de la bronchite capillaire morbilleuse. La pneumonie lobulaire compliquée assez souvent la bronchite, la pneumonie lobaire est beaucoup plus rare.

Sous l'influence des efforts respiratoires qui accompagnent la bronchite capillaire, il peut survenir de l'emphysème du cou et de la paroi antérieure de la poitrine, ainsi que l'un de nous en a observé un exemple.

L'abondance de la diarrhée constitue parfois une grave complication; dans quelques cas, on observe à la suite d'évacuations répétées des symptômes cholériformes, d'autres fois l'entéro-colite revêt la forme dysentérique.

Les gangrènes de la bouche (noma) et de la vulve ne sont pas rares chez les enfants cachectiques qui peuplent les hôpitaux.

L'otite est très commune à la suite de la rougeole ; tantôt il s'agit d'une otite externe, tantôt d'une otite moyenne qui se termine par suppuration et qui entraîne la rupture de la membrane du tympan.

Bon nombre d'auteurs ont rangé la phthisie parmi les complications tardives de la rougeole. La tendance qu'ont la rougeole et la tuberculose à se localiser sur l'appareil respiratoire nous paraît expliquer la coïncidence assez fréquente de ces deux maladies ; l'inflammation produite par la rougeole peut réveiller la diathèse tuberculeuse ; lorsque la rougeole se produit chez des individus déjà phthisiques, elle ne fait que donner un coup de fouet à la maladie.

Les complications du côté des séreuses : pleurésie, péricardite, méningites, arthrites, sont beaucoup plus rares que dans la scarlatine.

Les épidémies de diphthérie, d'oreillons, de coqueluche, de scarlatine, coïncident souvent avec les épidémies de rougeole.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Lorsque la mort arrive à la période d'éruption, l'exanthème disparaît en grande partie sur le cadavre. L'examen de la peau ne révèle que des marbrures violacées et de petites ecchymoses.

Dans les formes graves, hémorrhagiques, le sang est diffluent, d'un rouge vineux, la quantité de fibrine est notablement diminuée et les globules sont altérés. Chez les sujets morts de bronchite capillaire, le cœur renferme des caillots blancs fibrineux, résistants, qui se prolongent dans les veines caves et dans l'artère pulmonaire, et dont la formation est évidemment antérieure à la mort ; ces caillots expliquent la petitesse, l'irrégularité du pouls et la mort par syncope. Les ganglions bronchiques et mésentériques sont tuméfiés ainsi que la rate.

Les principales lésions anatomiques portent sur les voies respiratoires. M. Coyne, qui a étudié les lésions laryngées de la rougeole, distingue une forme catarrhale et une forme ulcéreuse ; les ulcérations siègent en général sur le bord de la corde vocale inférieure.

Dans les cas de bronchite capillaire, le larynx, la trachée et les bronches sont remplis de muco-pus. Les poumons sont volumineux, ils ne s'affaissent pas au moment de l'ouverture de la poitrine ; à côté de lobules emphysémateux, on en distingue d'autres qui renferment peu d'air et qui sont comme atelectasiés. Sur les surfaces de section du parenchyme pulmonaire, on voit sourdre des goutte-

lettes de pus qui proviennent des petites bronches et qui rappellent l'aspect des tubercules ; les muqueuses trachéale et bronchique, une fois débarrassées du pus qui les recouvre, apparaissent vivement injectées.

Au microscope, les bronches présentent les altérations suivantes : Dans les grosses bronches, l'épithélium persiste presque partout, mais la couche sous-jacente est infiltrée de jeunes éléments ; dans les petites bronches l'épithélium est le plus souvent détruit ; la couche sous-muqueuse est épaissie, infiltrée d'éléments embryonnaires et là où l'épithélium a disparu elle constitue de petits bourgeons charnus qui font saillie dans le canal des bronches. L'inflammation est plus profonde dans les petites bronches que dans les grosses ; tandis que dans la trachée et les grosses bronches l'infiltration par des éléments embryonnaires ne dépasse pas la couche musculeuse, dans les petites bronches elle s'étend entre les glandes bronchiques, voire même entre les cartilages et dans le tissu péribronchique.

Du côté des voies digestives on observe souvent une injection plus ou moins vive de la muqueuse intestinale et un développement anormal des follicules clos de l'intestin (psorentérie).

La bouche et le pharynx sont injectés ; on y trouve quelquefois de petites ulcérations ou des fausses membranes diphthéritiques.

La pharyngite s'étend souvent à la trompe d'Eustache, d'où la fréquence des otites ; sur vingt-trois sujets morts de rougeole, M. Cordier a trouvé dans tous les cas des lésions inflammatoires à différents degrés des muqueuses de l'oreille moyenne et de la trompe.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — La fièvre, le larmolement, le coryza, la toux qui caractérisent la période d'invasion, permettent le plus souvent d'établir le diagnostic sans attendre l'apparition de l'éruption, on ne peut guère confondre la rougeole à cette période qu'avec la grippe ; on est guidé par l'épidémicité de l'une ou de l'autre de ces maladies et par les prédispositions dépendant de l'âge des malades et du milieu dans lequel ils se trouvent. Lorsqu'on veut rechercher la filiation des cas de rougeole, il faut se rappeler que l'incubation est de douze jours en moyenne ; on s'informerait donc si douze jours avant l'apparition des symptômes morbides le malade n'a pas été en contact avec un individu atteint de rougeole. Pendant une épidémie de rougeole à Marseille, le docteur Girard a pu s'assurer de la filiation de tous les cas observés par lui ; dans les grandes

viles, cette recherche est cependant particulièrement difficile. L'existence d'un énanthème précoce sur le voile du palais favorise beaucoup le diagnostic, mais c'est un signe inconstant.

Au début de la période d'éruption, on peut confondre la rougeole avec la variole ou avec la scarlatine ; la rougeole boutonneuse simule quelquefois d'une façon complète l'éruption commençante de la variole. Dans ces cas difficiles, le diagnostic doit être basé bien plus sur les symptômes antérieurs ou concomitants que sur l'éruption elle-même. Si le malade a eu un frisson initial violent, des douleurs lombaires, des vomissements, si les catarrhes nasal, oculaire et bronchique sont défaut, on se décidera pour la variole ; si, au contraire, les douleurs lombaires ont fait défaut, si la fièvre n'a pas présenté une grande intensité, si le coryza, le larmolement et la toux sont bien marqués, le diagnostic de rougeole s'imposera.

La rougeole est en général facile à distinguer de la scarlatine, qui s'accompagne d'une angine caractéristique et dont l'éruption se fait par larges plaques d'un rouge framboisé. A propos de la scarlatine, nous aurons à revenir sur les caractères différentiels des deux éruptions.

L'éruption de la rougeole présente quelque analogie avec celle du typhus, avec la roséole syphilitique, avec l'exanthème copahivique et avec l'urticaire. L'éruption du typhus n'envahit pas la face, elle est souvent *exanthémo-pétéchiale*, la fièvre concomitante est plus forte que dans la rougeole, etc. ; la roséole syphilitique est plus pâle que l'exanthème de la rougeole, les taches roses ne font pas saillie à la surface de la peau, la fièvre fait défaut, ou si elle existe, elle ne s'accompagne pas de catarrhe ; l'exanthème copahivique est apyrétique, il suffit du reste de demander aux malades s'ils ont pris du copahu ; l'urticaire est intermittente et s'accompagne de démangeaisons qui font défaut dans la rougeole, les plaques d'urticaire ont d'ailleurs un aspect spécial.

La bronchite capillaire morbilleuse se présente le plus souvent à l'état de petites épidémies qui coïncident avec une grande fréquence des rougeoles normales ; il faut rechercher avec soin, chez les malades atteints de bronchite capillaire, s'il n'existe pas de traces d'une éruption.

La rougeole normale est une maladie bénigne dont la mortalité est très faible ; au contraire, les rougeoles anormales, celles qui se compliquent de bronchites capillaires par exemple, sont extrême-

ment graves, leur mortalité peut s'élever à 40 pour 100 ou même davantage. L'intensité des symptômes thoraciques ou abdominaux, la tendance aux hémorrhagies coïncidant avec une éruption anormale, avortée, l'adynamie, sont d'un mauvais présage.

La convalescence est assez souvent longue et difficile ; le catarrhe bronchique peut passer à l'état chronique. Il faut tenir compte, dans le pronostic, de la coïncidence assez fréquente de la tuberculose et de la rougeole.

Parmi les conditions qui augmentent la gravité des épidémies de rougeole, il faut noter les températures humides et basses qui multiplient les complications thoraciques, et l'encombrement qui imprime à la maladie un caractère de malignité.

PROPHYLAXIE. TRAITEMENT. — Les malades atteints de rougeole doivent être isolés avec soin, surtout dans les hôpitaux d'enfants ; la rougeole vient souvent se greffer sur une autre maladie en la compliquant, ou bien elle s'empare de convalescents qui n'ont pas une force de résistance suffisante. Lorsque la maladie est bénigne et qu'elle règne sur une agglomération d'enfants bien portants, placés dans de bonnes conditions hygiéniques, il y a lieu de se demander si l'on doit s'opposer à son extension, et s'il ne faut pas faire bénéficier les enfants d'une immunité facile à acquérir et qui pourra les préserver d'une atteinte plus grave ? Les enfants en bas âge, ceux dont la santé est chancelante ou qui présentent une prédisposition pour la tuberculose, doivent être soustraits en tout cas à l'influence de la rougeole.

La brouchite capillaire morbilleuse est contagieuse aussi, mais beaucoup moins que la rougeole normale, ce qui se conçoit aisément, car elle se compose de deux éléments, l'un spécifique, produit du miasme de la rougeole, l'autre catarrhal, dépendant des influences atmosphériques.

Dans la rougeole normale il faut s'abstenir de toute médication active ; les malades seront placés dans des salles bien aérées, non encombrées et chauffées convenablement. Il est mauvais de surcharger les malades de couvertures et de chercher à provoquer les sueurs, comme le veut un préjugé populaire, mais la température doit être maintenue à un degré convenable dans la chambre des malades ; le défaut de combustible a été une des principales causes de la gravité de la rougeole pendant le siège de Paris. On prescrira des boissons tièdes, des potions calmantes contre la toux, avec la morphine chez les adultes, avec la belladone chez les enfants. Lors-

que la diarrhée est abondante, il faut chercher à la modérer à l'aide du sous-nitrate de bismuth par exemple.

Un grand nombre de médications ont été employées sans succès contre la bronchite capillaire; les émissions sanguines et le tartre stibié ont donné de mauvais résultats, l'ipéca à dose vomitive ou comme expectorant rend, au contraire, des services ainsi que les révulsifs et les dérivatifs; les vésicatoires doivent être proscrits lorsque la diphthérie règne en même temps que la rougeole. L'urtication a été recommandée par Trousseau pour rappeler l'éruption vers la peau et pour produire une révulsion énergique.

La convalescence de la rougeole sera surveillée avec soin, principalement au point de vue des complications thoraciques; les malades seront placés dans des conditions hygiéniques aussi bonnes que possible, et s'ils sont anémiés on prescrira les ferrugineux, les amers, le quinquina.

ROUX. Traité de la rougeole. Paris, 1807. — RILLIET et BARTHEZ. Traité des maladies des enfants, 2<sup>e</sup> édition. Paris, 1861. — M. LÉVY. Mémoire sur la rougeole des adultes (Gaz. méd. de Paris, 1847). — Relation d'une épidémie de bronchite capillaire observée à l'Hôtel-Dieu de Nantes, par Mahot, Bonamy, Marcé et Malherbe. Nantes, 1842. — L. LAVERAN. Des influences nosocomiales sur la marche et la gravité de la rougeole (Gaz. hebdom., 1864). — GIRARD. Communiqué à la Soc. méd. des hôpitaux (Bulletins et Mémoires de cette Société, 1865 et 1869). — CYON. Recherches sur les causes de la gravité de la rougeole à l'hospice des Enfants assistés de Paris, thèse, Paris, 1873. — COYNE. Recherches sur l'anatomie normale de la muqueuse du larynx et sur l'anat. pathol. des complic. de la rougeole, thèse, Paris, 1874. — CORDIER. Casarrhe Brouardel. Leçons sur la rougeole (Gaz. des hôpitaux, 1874). — A. LAVERAN. Traité des maladies des armées, p. 385. — A. SANNÉ. Art. Rougeole (Dict. encycl. des sc. méd.). — D'ESPINE. Art. Rougeole (Dict. de méd. et de chir. prat., t. XXXII, 1882).

## SCARLATINE.

La scarlatine est une pyrexie contagieuse, caractérisée par une angine spéciale et par un exanthème écarlate généralisé, suivi d'une desquamation par larges plaques.

ÉTIOLOGIE. — La scarlatine est contagieuse comme la variole et la rougeole, mais à un moindre degré; la contagion s'effectue par les voies naturelles: les tentatives d'inoculation qui ont été faites jusqu'ici n'ont pas donné de résultats probants.

La scarlatine est une maladie de la deuxième enfance et de l'adolescence; elle règne souvent à l'état épidémique, sa fréquence est plus grande en automne et en hiver qu'au printemps.

Une première atteinte donne l'immunité.

DESCRIPTION. — La durée de l'incubation est moins bien connue que pour la variole et la rougeole; quelques faits semblent démontrer qu'elle peut être de vingt-quatre heures seulement (Trousseau).

Comme pour la rougeole, il y a lieu de décrire une forme normale et des formes anormales.

*Scarlatine normale.* — L'évolution de la scarlatine se divise naturellement en trois périodes: période d'invasion, période d'éruption, période de desquamation.

1<sup>o</sup> *Période d'invasion.* — L'ascension est brusque comme dans la variole, la température s'élève même souvent plus haut que dans cette dernière maladie; les adultes ont un frisson violent qui, chez les enfants, est souvent remplacé par des convulsions. La peau est sèche, brûlante, le pouls très fréquent, la soif vive; la constipation est de règle. On n'observe en général ni vomissements, ni douleurs lombaires.

L'angine spéciale se montre presque en même temps que la fièvre; les amygdales, le voile du palais et le pharynx présentent une rougeur très vive, accompagnée de tuméfaction et de douleur, surtout pendant les mouvements de déglutition; les ganglions sous-maxillaires sont souvent engorgés.

La période d'invasion, plus courte que dans les autres fièvres éruptives, est de deux jours en moyenne. Pendant ces deux jours, la fièvre est continue sans rémissions notables, elle se maintient à 40 degrés ou au-dessus (fig. 18). Il n'est pas rare d'observer des températures hyperpyrétiques de 42 ou 43 degrés; Wunderlich a trouvé dans un cas 43°,5; le pouls bat 120 ou 140 fois par minute.

2<sup>o</sup> *Période d'éruption.* — L'exanthème commence à se montrer à la fin du deuxième jour ou au commencement du troisième; il n'apparaît pas tout d'abord à la face, comme dans la variole et la rougeole; c'est sur le tronc, au cou, aux membres du côté de

Scarlatine légère (Wunderlich)

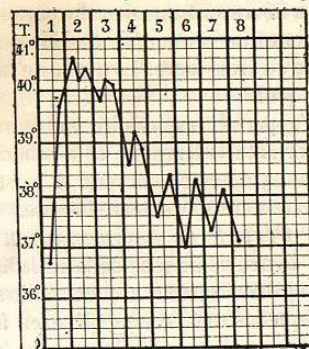


FIG. 18.

la flexion qu'il faut en chercher les premiers vestiges : en vingt-quatre ou quarante-huit heures il arrive à son maximum. Tantôt l'éruption a lieu par larges plaques qui laissent entre elles des intervalles de peau saine, tantôt les plaques se réunissent et donnent à toute la surface du corps une teinte rouge uniforme ; on dirait, suivant une comparaison classique, qu'on a barbouillé les malades avec du jus de betteraves ; sur le fond rouge écarlate de l'exanthème, on distingue un pointillé plus foncé. La rougeur de la peau disparaît momentanément sous la pression du doigt.

Pendant cette période, l'angine augmente, l'isthme du gosier se recouvre de produits pultacés, la langue se desquame et bientôt elle apparaît complètement lisse, rouge, dépourvue de papilles.

Au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, l'éruption entre en voie de décroissance. Il n'est pas rare d'observer alors des sudamina en grand nombre.

La fièvre suit une marche parallèle à celle de l'éruption ; la défervescence ne commence que lorsque l'exanthème pâlit, elle se fait en deux ou trois jours. La durée de la période d'éruption est de quatre à six jours.

L'appareil respiratoire ne fournit en général aucun symptôme important ; la laryngite et la bronchite sont rares.

Les symptômes nerveux et gastro-intestinaux sont ceux qu'on observe dans toute fièvre intense.

3<sup>e</sup> Période de desquamation. — La desquamation commence vers le neuvième jour de la maladie, elle se fait par larges plaques, très épaisses surtout aux extrémités, l'épiderme des mains se sépare quelquefois tout d'une pièce en forme de doigts de gant ; après la chute des plaques épidermiques, la peau apparaît lisse, rouge ; elle est douloureuse à la pression, parce que l'extrémité des nerfs n'est plus suffisamment protégée ; l'épiderme ne tarde pas à se régénérer. La durée de la desquamation est variable, au bout de quinze ou vingt jours on trouve souvent encore aux mains et aux pieds des débris d'épiderme desséché.

*Scarlatines anormales.* — La scarlatine est parfois très légère, l'angine peut manquer comme dans l'épidémie décrite par Sydenham, la fièvre et l'éruption présentent un minimum d'intensité, et la scarlatine, suivant l'expression de Sydenham, n'a guère d'une maladie que le nom. Dans d'autres maladies, au contraire, les formes graves dominent.

La forme nerveuse est caractérisée tantôt par du délire, de

l'agitation, des convulsions qui se terminent souvent par le coma et par la mort, tantôt par des vomissements bilieux extrêmement abondants, qui font ressembler le début de la scarlatine à celui de la méningite. Ces deux variétés, qui étaient communes lors de l'épidémie de Dublin en 1834, ont été très bien décrites par Graves. Dans la forme nerveuse proprement dite, la température ne dépasse pas celle de la scarlatine régulière.

Nous avons insisté plus haut sur la fréquence des températures hyperpyrétiques dans la scarlatine ; il est d'autant plus naturel d'admettre une forme hyperpyrétique de la scarlatine comme une forme hyperpyrétique du rhumatisme, que dans les deux cas la médication par les bains froids a donné de très bons résultats. La scarlatine hyperpyrétique s'accompagne d'accidents nerveux : délire, jactitation, stupeur, adynamie ; les lèvres et la langue deviennent sèches et fuligineuses (état typhoïde).

Dans la scarlatine hémorrhagique les malades accusent de bonne heure une sensation de malaise, d'affaiblissement général, la dyspnée est intense, l'exanthème pâlit et la peau se couvre de pétéchies, enfin des hémorrhagies se font par les reins et les muqueuses ; les hématuries qui surviennent dans le décours de la maladie sont loin d'avoir une signification aussi grave que les hématuries précoces.

Dans les formes précédentes, la scarlatine conserve ses caractères fondamentaux : fièvre, éruption, angine ; dans la forme fruste, au contraire, les principaux symptômes peuvent faire défaut, et l'on a autant de peine à reconnaître la maladie qu'à déchiffrer une inscription incomplète, fruste, suivant l'ingénieuse comparaison de Trousseau.

Il n'est pas rare d'observer l'angine scarlatineuse sans exanthème ; l'anasarque, l'hématurie (Graves, Trousseau) peuvent aussi être les seules manifestations de la scarlatine. Dans certaines épidémies, les accidents cérébraux se montrent avec une grande fréquence sans exanthème ni angine.

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS. — Tandis que les complications de la rougeole ont leur siège habituel sur les muqueuses, celles de la scarlatine se passent, en général, du côté des séreuses ; les pleurésies, les péricardites, les méningites, les arthrites sont communes, et ces inflammations prennent volontiers la forme purulente. Au huitième ou au dixième jour de la pleurésie scarlatineuse, l'épanchement est souvent purulent comme dans la pleurésie puerpérale.

La néphrite aiguë est aussi une des complications les plus communes de la scarlatine; il s'agit non d'une néphrite épithéliale, comme on l'a cru pendant longtemps, mais d'une néphrite interstitielle qui parfois se localise plus particulièrement autour des glomérules de Malpighi, d'où le nom de glomérulo-néphrite qui lui a été donné (Klebs, Kelsch). La néphrite entraîne l'albuminurie, l'anasarque et parfois l'urémie; elle explique les hématuries du début de la maladie, hématuries qui ne dépendent pas, comme celles du début, de l'altération profonde du sang et de la dégénérescence des petits vaisseaux, mais de la gêne de la circulation rénale.

Lorsque les malades ne succombent pas rapidement à l'urémie, la néphrite se termine par la guérison ou bien elle passe à l'état chronique.

L'angine du début peut s'accompagner d'une tuméfaction telle de l'isthme du gosier qu'elle entraîne la suffocation; d'autres fois, elle se complique de gangrène ou de diphthérie; on ne confondra pas avec des fausses membranes diphthériques les produits blanchâtres pultacés que l'on rencontre presque toujours à la surface des amygdales chez les scarlatineux; les muqueuses buccale et linguale se desquamant chez ces malades comme la peau.

On a observé encore comme complications de la scarlatine: des tuméfactions du cou, des phlegmons, des adénites, des anasarques *a frigore* indépendantes de la néphrite et survenant pendant la période de desquamation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — En dehors de l'hyperhémie cutanée qui disparaît en grande partie après la mort, les altérations principales de la scarlatine portent sur le sang et sur l'appareil hémato-poïétique. Le sang est diffluent, très pauvre en fibrine et en gaz, surtout dans la forme hémorragique, il renferme des bactéries et des spores de micrococcus qui sont, d'après Hallier, le germe spécifique de la scarlatine. La rate est volumineuse et ramollie, les ganglions lymphatiques du cou, ceux du mésentère et les follicules clos de l'intestin sont tuméfiés.

Les lésions du pharynx ne présentent sur le cadavre rien de bien caractéristique, il existe assez souvent une infiltration purulente des amygdales.

Les différents tissus subissent des dégénérescences analogues à celles qui se produisent dans les autres fièvres graves; ces dégénérescences portent particulièrement sur les muscles et les petits vaisseaux.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — A la période d'invasion, on peut confondre la scarlatine avec l'angine inflammatoire simple qui, elle aussi, s'accompagne d'une fièvre très vive; l'angine scarlatineuse a une teinte rouge spéciale, la tuméfaction à laquelle elle donne lieu porte sur tout l'isthme du gosier et sur le pharynx, tandis que l'angine simple se localise souvent, comme il arrive dans l'amygdalite; enfin la fièvre symptomatique de l'angine simple tombe rapidement, tandis que, dans la scarlatine, la fièvre persiste après l'apparition de l'angine. L'angine érysipélateuse donne lieu en général à une tuméfaction moins forte et à une rougeur moins intense de la muqueuse que l'angine scarlatineuse, tandis qu'elle provoque des douleurs plus vives; la marche ultérieure de la maladie vient bientôt lever tous les doutes. La scarlatine angineuse a été confondue quelquefois avec la diphthérie, qui du reste la complique assez souvent; la diphthérie ne s'accompagne pas de fièvre vive, et les fausses membranes diphthériques s'étendent progressivement sans rougeur ni tuméfaction préalables de la muqueuse de l'isthme du gosier. A la période d'éruption, la scarlatine est facile à distinguer de la rougeole; la coloration écarlate de l'exanthème, sa disposition par larges plaques, son début par le cou et le tronc, l'absence de laryngite et de catarrhe bronchique, enfin l'existence d'une angine ne laissent pas en général place au doute; cependant, chez certains malades, la rougeole et la scarlatine paraissent se réunir pour former une variété hybride qui emprunte ses symptômes aux deux espèces morbides et qui a été décrite sous le nom de *rubéole*.

Le rash variolique généralisé ressemble beaucoup à la scarlatine, l'existence d'une angine permettra de conclure à l'existence de la scarlatine; si l'angine fait défaut, si les douleurs lombaires sont très fortes, le diagnostic de variole aura beaucoup de chances pour se vérifier.

Le pronostic varie beaucoup avec les épidémies; cette proposition qui s'applique à un grand nombre de maladies est particulièrement vraie pour la scarlatine. Lors de l'épidémie de 1801 à 1804, la scarlatine était extrêmement grave, elle tuait parfois dès le second jour; plus tard, elle se montra si bénigne qu'on sauvait presque tous les malades. On fit honneur de ces succès à la médication antiphlogistique qui avait détrôné le système de Brown, mais les déceptions vinrent bientôt: en 1834 et 1835, malgré la médication antiphlogistique, dit Graves, la scarlatine redevint aussi meurtrière en Irlande qu'en 1801 et 1802. De 1799 à 1822, Bretonneau n'avait

pas perdu un seul malade de scarlatine ; mais, en 1824, une épidémie de scarlatine maligne éclata à Tours, et Bretonneau qui, jusque-là, avait regardé la scarlatine comme la plus bénigne des fièvres éruptives, apprit, nous dit Trousseau, à la redouter à l'égal du typhus et de la peste.

Les formes nerveuses et hémorrhagiques se terminent par la mort dans la plupart des cas ; il en est de même des scarlatines compliquées de péricardite, de méningite ou d'arthrites suppurées.

Dans le pronostic, il faut tenir compte de la fréquence de la néphrite qui se manifeste quelquefois d'une façon tardive à la période de desquamation.

PROPHYLAXIE. TRAITEMENT. — La scarlatine étant contagieuse, il faut isoler les malades, il faut surtout éloigner d'eux les enfants et les jeunes gens qui n'ont pas encore eu cette fièvre éruptive et qui présentent une prédisposition dépendant de l'âge.

La belladone a été conseillée à titre de prophylactique pendant les épidémies de scarlatine. Cette pratique ne mérite pas plus de confiance que l'inoculation préventive tentée par Miquel d'Amboise.

Dans les cas légers et moyens, il suffit d'appliquer aux malades les règles d'hygiène qui conviennent à tous les fébricitants ; contre l'angine on prescrira quelques gargarismes astringents, on pourra aussi badigeonner la gorge avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent.

Dans les formes nerveuses et hyperpyrétiques, le traitement par l'eau froide est le seul qui ait donné de bons résultats. C'est à Currie (1798) que revient le mérite d'avoir montré les avantages de cette médication qu'il mit en usage avec succès chez ses deux fils atteints de scarlatines graves. Trousseau conseille de procéder ainsi qu'il suit : le malade étant placé dans une baignoire vide, on lui jette sur le corps trois ou quatre seaux d'eau à la température de 20 à 25 degrés centigrades ; l'affusion dure une minute au maximum ; le malade est enveloppé dans ses couvertures, puis replacé dans son lit sans avoir été essuyé ; la réaction s'établit le plus souvent au bout d'un quart d'heure. Les affusions sont renouvelées une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, suivant la gravité des cas. Lorsque la peau était pâle avant l'affusion, elle prend une coloration bien plus foncée immédiatement après, l'agitation et le délire se calment, l'oppression diminue et les malades éprouvent une sensation de bien-être.

Les affusions froides sont surtout indiquées dans les formes nerveuses ataxiques ; dans les scarlatines hyperpyrétiques avec éruption très abondante, comme il s'agit d'abaisser la température et qu'il n'est plus nécessaire de provoquer une vive réaction, les bains tièdes ou progressivement refroidis sont préférables aux affusions froides.

Dans la scarlatine hémorrhagique on prescrira les acides et les astringents.

On recommande généralement de soustraire les scarlatineux à toutes les causes de refroidissement jusqu'à la fin de la période de desquamation, il est vrai qu'on a observé quelquefois chez ces malades l'anasarque *a frigore*, mais l'anasarque qui, dans l'immense majorité des cas, est sous la dépendance de la néphrite, se produit chez les malades qui n'ont jamais quitté une chambre bien chauffée et qui n'ont subi qu'un léger refroidissement. Si la saison est favorable, il n'y a aucun inconvénient à ce que les scarlatineux sortent avant la fin de la période de desquamation, d'autant plus que l'épiderme mortifié ne présente pas, au point de vue de la sécurité publique, les dangers des croûtes de la variole.

On examinera de temps à autre les urines. On doit surveiller les reins des scarlatineux comme on surveille le cœur des rhumatisants ou l'appareil respiratoire des malades atteints de rougeole.

SYDENHAM. Médecine pratique. — GRAVES. Clin. médic., trad., t. I, p. 395. — L. NOTROT. Histoire de la scarlatine. Paris, 1847. — TROUSSEAU. Clinique médicale, 3<sup>e</sup> édition, t. I, p. 97. — RILLIET et BARTHEZ. Traité des maladies des enfants, t. I, p. 129. — KELSCH. Recherches anatomo-pathologiques sur la maladie de Bright (Arch. de physiologie, 2<sup>e</sup> série, t. I, p. 745). — PICOT (de Genève). Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat., t. XXXII, 1882. — J. TEISSIER. Sur quelques formes rares de la scarlatine (Bulletin de la Société médicale de Lyon, 1882).

## MALADIES MIASMATIQUES DIVERSES.

En dehors des trois grands groupes de maladies miasmatiques qui font l'objet des précédents chapitres : *maladies typhoïdes*, *maladies telluriques*, *fièvres éruptives*, il existe encore quelques espèces morbides qui méritent de figurer dans le cadre nosologique à côté des fièvres éruptives, mais qui ne constituent pas un groupe aussi naturel que les précédents. De ce nombre sont les *oreillons*, l'*érysipèle*, et la *méningite cérébro-spinale épidémique* ; ce sont des maladies générales, transmissibles, qui très probablement se répandent par l'intermédiaire d'un miasme ; leurs