

pas la scarlatine. Certaines familles semblent avoir cette prédisposition à un haut degré, et une vulnérabilité extrême, les cas graves y étant fréquents. Mais beaucoup de ces cas peuvent s'expliquer par la persistance du contagium dans une habitation désinfectée incomplètement.

**Incubation.** — La durée de l'incubation est variable; depuis 7 heures (Thomas), 12 heures (Sevestre) jusqu'à 12, 17 jours (Gérard). Dans une observation indiscutable de Trousseau, l'incubation fut de 24 heures. Mais les observations récentes de Sevestre à l'hôpital des Enfants-Assistés, donnent invariablement le chiffre de 4 à 5 jours au maximum comme durée de l'incubation. Certains auteurs admettent que les blessures, l'accouchement raccourcissent la période d'incubation, comme si ces conditions favorisaient la pénétration et la diffusion des germes. Paget a vu l'éruption, 1, 2 et 5 jours après une opération. Sørensen a observé l'éruption neuf fois dans les trois jours qui suivirent l'accouchement. Il n'y a aucun rapport entre la durée de l'incubation et la gravité de la maladie.

**Bactériologie de la scarlatine.** — Bien que l'agent pathogène de la scarlatine soit inconnu, on cherche depuis longtemps à en démontrer l'existence. Dès les premières révélations de la bactériologie, on lui supposa un microbe spécifique. Coze et Feltz, 1872, signalèrent la présence de microcoques soit dans le sang, soit dans les squames épidermiques, soit dans la gorge. Fraenkel et Freudenberg ont constaté la présence d'un streptocoque dans les cultures du foie, du rein, de la rate faites dans 5 cas mortels de scarlatine. Babès, dans 18 cas sur 20, a constaté un streptocoque, variété, selon lui, du streptocoque pyogène. Power et Klein étudiant l'épidémie de Hendon trouvèrent un streptocoque qu'ils considérèrent comme le microbe spécifique de la scarlatine, mais Crookshank démontra que ce n'était qu'un streptocoque vulgaire, agent d'infections secondaires. Les conclusions des recherches de Jameson et d'Édington (1887) furent aussi contestées puis rejetées par Duclaux (*Ann. Instit. Pasteur*, 1887). Tous les travaux de bactériologie qui se sont répétés sur la question de la microbiologie de la scarlatine, entre autres ceux de Klein, de Löffler, de Fraenkel, de Freudenberg, Babès, Marie Raskin, d'Espine et Marignac, Bourges et Wurtz, Lemoine, concluent à la présence des streptocoques dans la scarlatine, et permettent de lui attribuer la plupart de ses accidents locaux. S'agit-il d'une variété particulière de streptocoque?

D'après Babès, il diffère du streptocoque de Fehleisen, en ce qu'il est plus petit, moins virulent, et surtout parce qu'il se développe moins bien dans la gélatine. Mais il reconnaît que ces caractères ont peu de valeur, et le considère comme une variété du streptocoque pyogène.

D'après d'Espine et Marignac (*Académie des sciences*, 6 mai 1895), le streptocoque qu'ils ont constaté, soit dans le sang, soit sur les amygdales, présentait les caractères suivants qu'ils donnent comme lui appartenant en propre : il coagule le lait, rapidement, avec formation de petit-lait, entourant un caillot central compact. Les cocci sont plus petits que ceux du streptocoque vulgaire, ils sont arrondis, au lieu d'être lenticulaires. D'autres caractères du streptocoque scarlatineux seraient moins fixes et moins cer-

tains, telle la formation, dans le bouillon, d'un dépôt en grains difficiles à dissocier parce qu'ils sont formés de chaînettes enchevêtrées (Kurth). D'Espine et Marignac considèrent donc ce microbe comme spécial à la scarlatine; ils l'ont rencontré dans le sang au début de l'éruption, et sans complication.

L'avenir nous apprendra la valeur de ces recherches très intéressantes. En tout cas, elles ne peuvent être acceptées encore comme définitives, et on ne peut qu'être très frappé, après les travaux de bactériologie qui mettent en lumière la ressemblance du streptocoque de la scarlatine avec le streptocoque pyogène, par les faits de Lenhartz, de Jaccoud, qui prouvent que l'érysipèle peut compliquer la scarlatine, et de Heubner, qui, examinant la gorge d'un scarlatineux, reçut au niveau d'une érosion tégumentaire de la face une particule salivaire et contracta un érysipèle. Ces faits cliniques viennent confirmer les travaux de bactériologie et en fortifient les conclusions; ils rendent très probable la nature streptococcique de la scarlatine. La plupart des accidents locaux de la scarlatine ressortissant au streptocoque, on se demande même ce qui doit rester au microbe inconnu de la scarlatine, surtout si l'on tient compte de la propriété du streptocoque de provoquer dans certaines conditions une éruption scarlatiniforme.

C'est Fiessinger d'Oyonnax (*Semaine médicale*, juillet 1895), qui a émis le plus explicitement l'hypothèse du rôle scarlatinogène du streptocoque, en se fondant surtout sur les analogies de la scarlatine et des érythèmes infectieux scarlatiniformes. Il le considère non pas comme un agent d'infections secondaires, mais comme l'agent même de la scarlatine. Cette opinion est appuyée par la notion aujourd'hui généralement admise que la gorge est la porte d'entrée de la maladie. C'est Walter Dowson de Bristol (*Patholog. Soc. of London*, 21 mars 1895) qui a soutenu cette opinion; il admet que le virus scarlatineux est un poison microbien sécrété dans les amygdales malades. Bergé, dans sa thèse inaugurale (1896), partage les idées de Dowson et de Fiessinger : pour lui l'amygdalite constitue la lésion initiale de la scarlatine, elle marque la première étape de l'infection scarlatineuse.

En résumé, il est encore impossible, dans l'état actuel de la science, de formuler une opinion ferme sur la nature de l'agent microbien de la scarlatine, malgré les travaux si intéressants qui montrent son analogie avec le streptocoque vulgaire, malgré les faits cliniques qui viennent à l'appui de cette notion bactériologique; il reste toujours à expliquer pourquoi, par exemple, un même organisme fait dans un cas l'érysipèle, dans un autre la scarlatine. Problème encore insoluble aujourd'hui, qui sera peut-être élucidé demain. Mais le rôle du streptocoque dans les complications de la maladie est, dès à présent, nettement établi. C'est là une notion capitale non seulement au point de vue nosologique, mais encore au sujet de la thérapeutique de la maladie. J'aurai soin d'y revenir en temps et lieu.

**Anatomie pathologique.** — En étudiant les différentes complications de la scarlatine, la néphrite en particulier, j'indiquerai les lésions anatomiques qui en sont la conséquence, à l'exemple de Baginsky et de Guinon : ces complications ont une individualité tellement marquée, que procéder

autrement enlèverait beaucoup à la netteté de leur description. Dans ces conditions, l'anatomie pathologique de la scarlatine se réduit à l'étude des lésions de la peau et des ganglions lymphatiques. Elle a été très complètement faite par Guinon dans son article du *Traité de médecine*. Je ne saurais mieux faire que de reproduire les principaux traits de sa description, nul travail nouveau n'ayant été publié sur ce point, depuis cette publication.

Pendant l'éruption, les différentes couches de la peau sont altérées; les cellules de la couche de Malpighi sont gonflées, quelquefois creusées de vacuoles. Entre les cellules existent quelquefois des extravasations sanguines. De nombreuses cellules migratrices abondent jusque dans la couche cornée, surtout sur le trajet des conduits excréteurs des follicules pileux. Le derme est distendu par ces cellules et par les vaisseaux remplis de sang. Le tissu conjonctif prolifère, les vaisseaux lymphatiques paraissent dilatés.

Dans presque tous les viscères, les lésions sont très marquées; dans les cas foudroyants, il n'existe que de la congestion des viscères abdominaux, du cerveau, du poumon; dans les formes hémorragiques, il existe de nombreuses ecchymoses à leur surface. D'après Quinquaud, le sang présenterait une diminution d'urée, d'hémoglobine, d'oxygène.

Les ganglions lymphatiques, surtout ceux du cou, sont tuméfiés, de couleur lie de vin; leurs veines sont thrombosées. Les séreuses présentent souvent des lésions; la plèvre et le péricarde contiennent un liquide louche; dans les cas où la mort est survenue à une période un peu avancée de la maladie, on constate quelquefois soit une pleurésie, soit une péricardite purulente. Le cœur est ramolli, distendu par le sang coagulé. Le myocarde est rouge foncé; il y existe quelquefois de la dégénérescence des fibres avec prolifération embryonnaire. Le foie est gros, mou, ses cellules ont des contours incertains, ou bien elles sont nécrosées, et on voit les débris de leurs noyaux. En outre, il existe des lésions interstitielles; on trouve entre les lobules des amas de cellules embryonnaires. La rate est augmentée de volume. Les follicules lymphatiques de la base de la langue sont hypertrophiés; les follicules de l'intestin, les plaques de Peyer également, comme à la première période de la fièvre typhoïde.

Hench dit avoir rencontré dans l'œsophage et le pharynx des ulcérations allongées, recouvertes d'exsudations fibrineuses. L'estomac est le siège de lésions interstitielles et glandulaires: la muqueuse, épaissie, trouble, est recouverte de mucus. L'hypertrophie du tissu lymphatique et des nombreux follicules de la muqueuse comprime les glandes qui présentent tous les caractères de l'inflammation. Elles semblent hypertrophiées, leurs culs-de-sac élargis renferment de nombreux amas d'éléments cellulaires; les vaisseaux sont dilatés. Dans l'oreille, peuvent exister des lésions graves, dont l'otite moyenne suppurée avec perforation du tympan, destruction des osselets, est la plus fréquente; il peut en résulter de la thrombose des sinus et de la méningite suppurée. Des phlegmons profonds, des arthrites suppurées, des abcès métastatiques de la rate et du foie, des péritonites suppurées peuvent être également observées.

**Symptômes.** — Je décrirai d'abord la forme normale de la scarlatine,

me réservant d'étudier à part et successivement les formes anormales, avec leurs diverses manifestations du côté de la gorge et du système nerveux.

**Première période. — Invasion.** — Le début de la scarlatine est toujours brusque, et le plus souvent d'une remarquable intensité: un enfant en pleine santé est pris tout à coup, soit pendant la journée, soit pendant la nuit, d'un malaise général, avec courbature, frissons répétés, d'une élévation brusque de température qui le plus souvent atteint un degré élevé, 40 degrés et même plus. Le plus souvent des vomissements accompagnent ces premiers symptômes de la maladie, et presque en même temps paraît la douleur de gorge. La brusque apparition de la fièvre, du mal de gorge, des vomissements, est caractéristique. Le médecin qui la constate doit immédiatement songer à la possibilité d'une scarlatine.

Le pouls est plein, très fréquent (120-140), plus fréquent même chez les jeunes enfants. Trousseau attachait une grande importance à cette fréquence du pouls, et Fiessinger, qui a si bien étudié les scarlatines apyrétiques, a démontré que, même dans les cas où la température est peu élevée, sinon normale, cette fréquence exagérée du pouls existe. C'est même là un signe qui, dans ces formes anormales d'un diagnostic souvent si difficile, constitue un argument sérieux en faveur de l'existence de la scarlatine. La peau est brûlante, sèche. L'enfant est agité, anxieux; lorsque la température est très élevée, il peut y avoir du délire dès le début, et, dans les formes graves, le délire, l'agitation sont d'emblée extrêmes.

Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés dès les premières heures, et, quand on examine la bouche, on constate que la langue est saburrale, rouge à la pointe et sur les bords, que les gencives sont rouges et légèrement tuméfiées. L'examen de la gorge montre dès les premières heures une rougeur diffuse étendue sur le voile du palais, les amygdales et les piliers. Cette rougeur est d'un ton variable; parfois écarlate, vineuse, étendue en nappe sur toutes ces parties, elle est dans beaucoup de cas d'un ton moins vif; c'est une simple injection de la muqueuse, soit générale, soit constituée par un pointillé de petites macules rouges, légèrement saillantes, tranchant sur le fond régulièrement injecté de la muqueuse, reproduisant, en un mot, sur le voile du palais surtout, l'éruption cutanée, telle que je la décrirai tout à l'heure. C'est l'énanthème, c'est-à-dire la première manifestation de la scarlatine. Il peut présenter, comme intensité, comme étendue, comme coloration, toutes les gammes; depuis l'injection la plus légère, le pointillé le plus discret, jusqu'à la rougeur diffuse, intense, en nappe, avec la coloration écarlate caractéristique. Les personnes qui n'ont pas vu beaucoup de scarlatines sont toujours surprises devant ces formes atténuées de l'énanthème pharyngé, qui, si j'en juge par ce que j'ai observé, sont assez fréquentes pour qu'il soit nécessaire d'appeler sur elles l'attention.

Tels sont les traits caractéristiques de l'énanthème pharyngé du début de la scarlatine, c'est lui qui la spécifie surtout. Car il s'en faut que l'angine existe toujours. Cadet de Gassicourt a bien insisté sur cette distinction laissée un peu dans l'ombre dans les descriptions classiques. Il m'a semblé important de m'y arrêter à mon tour. Malgré l'affirmation contraire de Bergé, dans sa

très intéressante thèse (1896), il y a des cas où l'angine, l'amygdalite font complètement défaut. Si l'angine peut faire défaut au début de la scarlatine, ainsi que je viens de l'indiquer, elle existe le plus souvent, et peut présenter toutes les variétés de coloration, de tuméfaction avec ou sans exsudat. Dans certains cas, en effet, c'est une simple tuméfaction des amygdales, présentant une coloration rouge carminée plus ou moins intense. Le plus souvent, il s'y joint de l'exsudat, et celui-ci à son tour peut être très limité par points isolés au niveau des cryptes amygdaliennes, sans adhérences au tissu sous-jacent, nettement pultacé par conséquent, ou bien s'étaler, formant des plaques à contours irréguliers.

Bergé a observé quelquefois, dans l'amygdalite scarlatineuse, surtout après la période d'éruption, des érosions, ou même des ulcérations plus ou moins profondes. On les observerait aussi bien dans les cas légers que dans les cas graves ; pour les constater, il faut avoir soin d'essuyer la muqueuse avec un tampon d'ouate. Je n'ai jamais vu ces lésions ulcéreuses de la gorge, qui sont en tout cas très superficielles, et qui semblent pouvoir être comparées à ces érosions pharyngées décrites par Duguet dans la fièvre typhoïde, et qui se développeraient au niveau des follicules lymphatiques de la muqueuse. M. Louis Antoine, dans une thèse récente (1902), insiste sur la fréquence des érosions et des ulcérations bucco-pharyngées simples et bénignes. L'angine gangreneuse de la scarlatine, qu'il étudie plus spécialement dans sa thèse, n'est que l'exagération de ce processus nécrotique, mais avec une gravité toute particulière (4 morts sur 5 observations). Dans ces angines gangreneuses le streptocoque se trouve associé soit au bacille diphtérique, soit aux spirilles et bacille de Vincent, soit aux microbes anaérobies dont on sait le rôle presque spécifique dans tous les processus gangreneux. Dans certains cas, l'angine peut prendre dès le début de la scarlatine un développement beaucoup plus considérable. Les amygdales sont très tuméfiées, recouvertes d'exsudat pseudo-membraneux absolument d'apparence diphtérique, les ganglions sous-maxillaires sont augmentés de volume, et, lorsqu'il y a du jetage des narines, c'est absolument l'aspect d'une angine diphtérique grave.

J'ai vu des cas où cliniquement la confusion était impossible à éviter, et j'avais été frappé de la guérison relativement rapide de ces pharyngopathies intenses du début de certaines scarlatines.

Bourges et Wurtz ont étudié au point de vue bactériologique ces angines du début de la scarlatine, et la dénomination de pseudo-diphtériques qu'ils leur ont donnée indique le résultat de leurs recherches. Ils n'y ont presque jamais trouvé, en effet, le bacille de Löffler, mais le streptocoque, le plus souvent à l'état isolé, quelquefois associé au staphylocoque, ou plus rarement au *bacterium coli*. L'opinion de Trousseau que l'angine de la scarlatine au début, même très intense, n'est pas diphtérique, se trouve donc ainsi consacrée par la bactériologie. Depuis les récentes recherches de Variot et Devé (Soc. des hôpitaux, 26 octobre 1900) il est prouvé, ainsi que je le dirai plus loin, que les conclusions du mémoire de Bourges et Wurtz doivent être révisées. Telles sont les différentes formes des manifestations pharyngées de

la scarlatine. On voit qu'elles présentent tous les degrés, depuis l'énanthème le plus discret jusqu'à l'angine la plus intense, et cette variété d'aspect leur enlève tout caractère spécifique ; aussi, le médecin qui constate chez un enfant une angine, quelque bénigne qu'elle soit, ou même de l'injection pharyngée, ne doit-il jamais manquer de penser à la possibilité d'une scarlatine, et de rechercher l'éruption. Le nombre des scarlatines méconnues est en effet considérable, et cette erreur est aussi préjudiciable au médecin qu'au malade. On l'évitera sûrement en se conformant à la règle de pratique formulée plus haut.

Tels sont les symptômes de la période d'invasion de la scarlatine. Ils sont essentiellement constitués par les manifestations pharyngées. Bergé, dans sa thèse, adoptant l'opinion de Dowson, distingue et sépare l'amygdalite de l'énanthème scarlatineux. Elle serait la lésion initiale de la scarlatine, constituant la première manifestation de la défense de l'organisme contre l'agent de la scarlatine ; l'énanthème, comme l'éruption cutanée, ne serait que le résultat de cette lésion. Cette conception théorique est évidemment très originale et, d'après ces auteurs, elle répondrait à des faits constants, l'amygdalite existant toujours dans la scarlatine. Je crois impossible d'admettre cette affirmation. Certes, l'amygdalite existe le plus souvent au début, mais, après Cadet de Gassicourt et d'autres observateurs, j'ai vu des cas assez nombreux où elle faisait défaut, pour que les idées théoriques que je viens d'indiquer me semblent très discutables. Quoi qu'il en soit, cette période d'invasion est très courte. Quelques heures séparent seulement les premiers symptômes de la maladie de l'apparition de l'éruption, qui, dans certains cas même, est contemporaine des premiers malaises, la période d'invasion n'existant pas en réalité. Cette dernière éventualité est exceptionnelle. Le plus souvent la durée de la période d'invasion varie de 12 à 36 heures. Elle peut être beaucoup plus longue. Trousseau, Jaccoud, signalent des cas où elle a duré 8 et 9 jours ; j'ai observé un cas où l'éruption ne parut que le 6<sup>e</sup> jour. Cette longue durée de la période d'invasion répond, soit à des formes graves avec des troubles nerveux intenses, soit à des formes absolument normales et bénignes ; en tout cas, elle est exceptionnelle.

**Deuxième période. — Éruption.** — L'éruption de la scarlatine présente des variétés multiples, qui nécessitent une description minutieuse. Contrairement à celle de la variole et de la rougeole, elle ne débute jamais par la face. C'est une éruption que le médecin doit chercher. C'est en effet au niveau de la poitrine, sur le ventre, les aines, les jarrets, aux plis des coudes qu'elle paraît tout d'abord, et comme, dans quelques cas, elle est très discrète et fugace, on comprend qu'elle puisse passer inaperçue. La face, quand elle est prise, n'est guère touchée que sur les joues.

Quels sont les caractères de l'éruption scarlatineuse ? Pour les exposer clairement, il me semble indispensable d'insister tout d'abord sur les caractères de l'élément éruptif dont la confluence variable est l'origine de toutes les variétés d'aspect de l'éruption. Cet élément éruptif est constitué par une petite papule, de l'étendue d'une tête d'épingle au plus, de rougeur intense, faisant à la surface de la peau une saillie appréciable au toucher, indiquant

une légère infiltration dermique, et entourée d'une zone de congestion de coloration rosée, sur laquelle elle ressort du fait de sa coloration plus intense, et de sa légère saillie à la surface cutanée. Tel est l'élément éruptif de la scarlatine, bien différent, on le voit, de celui de la rougeole. Le nombre, la cohésion, la confluence de ces papules permettent de comprendre toutes les variétés d'aspect que peut présenter l'éruption.

Tantôt, en effet, l'éruption est extrêmement discrète. C'est au niveau de la poitrine, du ventre et des aines qu'elle sera constituée par un pointillé des plus discrets, formé par la réunion de quelques papules. Dans ces cas, l'éruption très fugace, très passagère, peut facilement passer inaperçue. D'autres fois, les éléments sont beaucoup plus nombreux; ils tranchent par leur légère saillie, par leur coloration plus intense, sur le fond rosé qui résulte de la congestion dermique dont j'ai parlé plus haut; on les rencontre non seulement au niveau des régions signalées, mais au niveau des genoux, des jarrets, des cous-de-pied, des coudes, au niveau des extrémités, sur les doigts, sur les orteils, au niveau desquels la peau prend quelquefois un aspect mamelonné, et qui peuvent être légèrement tuméfiés. Enfin, dans les scarlatines intenses, les éléments éruptifs sont tellement nombreux et confluent, qu'il n'est plus possible à l'observateur de les isoler. Ils forment alors de grandes nappes éruptives, surtout au niveau du cou, de la poitrine et du ventre, de coloration rouge écarlate, ou rouge foncé, comme si ces régions avaient été badigeonnées avec du jus de framboise. Même alors, à la périphérie des grandes nappes d'éruption, on peut isoler des éléments éruptifs caractéristiques. Enfin, dans certaines scarlatines, le corps tout entier peut être couvert d'une éruption confluyente.

L'éruption se montre assez rarement sur la face; elle ne dépasse guère la partie supérieure du cou. Elle peut pourtant envahir le visage, s'y montrant sous forme d'éléments papuleux isolés, ou formant, par leur cohérence, des bandes éruptives qui donnent l'apparence de l'empreinte des doigts, comme si le malade avait reçu un soufflet. Telle est l'éruption de la scarlatine. Une pression faite avec le doigt sur la peau, même avant l'éruption, laisse une raie blanche assez persistante, au centre de laquelle paraît une raie rosée plus mince. C'est la raie scarlatineuse, signalée par Borsieri, étudiée par Bouchut et Lemaire. Elle permettrait de prévoir quelques heures à l'avance l'apparition de l'exanthème.

Très souvent, si l'éruption est intense, il s'y ajoute de la miliaire. Archambault lui attribuait une certaine importance diagnostique, disant que, dans les cas d'éruption douteuse, la coexistence de la miliaire constituait un argument sérieux en faveur de la scarlatine. Cette miliaire, dont les vésicules argentées tranchent sur le fond rouge de l'éruption scarlatineuse, lui donne un aspect tout spécial. Elle évolue d'une manière absolument particulière, les vésicules restant presque toujours peu étendues, s'ouvrant au bout de quelques heures ou de quelques jours, laissant à leur suite de petites squames épidermiques qui pourraient en imposer pour la desquamation de la scarlatine, lorsque l'éruption miliaire a été très confluyente, et que l'épiderme semble soulevé par lambeaux assez étendus. Mais cette desquamation de la

miliaire est beaucoup plus précoce que celle de la scarlatine, et ne peut être confondue avec elle. En outre, dans les cas où elle est si développée que l'erreur pourrait être commise, on trouvera toujours, en cherchant attentivement, les traces d'une vésicule miliaire isolée, avec la légère desquamation en couronne qui est la suite de la rupture du centre de la vésicule. La miliaire n'existe que dans les éruptions assez intenses, et surtout au niveau des points où la confluence est la plus grande. C'est surtout au niveau du ventre, du cou, sur la poitrine qu'on la rencontre. Dans quelques cas, la poussée congestive cutanée est si intense, qu'il peut se produire quelques ruptures vasculaires donnant lieu à du purpura. C'est assez rare, et le purpura ne se rencontre guère que dans les scarlatines graves, malignes; il est alors accompagné d'autres hémorragies (épistaxis, hématuries) et d'un état général grave qui indique la malignité de la maladie.

Généralement l'éruption de la scarlatine ne s'accompagne pas de démangeaisons. Il est tout à fait exceptionnel de voir un enfant, atteint de scarlatine, se gratter. Il ne se plaint que d'une sensation d'ardeur à la peau, de brûlure même dans certains cas, et ces sensations pénibles ne dépassent guère quelques heures de durée. Pourtant, la démangeaison existe dans certains cas. Signalée par Grisolle, Rilliet et Barthez, Hardy, elle a été étudiée par Saint-Philippe dans la *Revue des maladies de l'enfance* (février 1890). Elle siège surtout sur l'abdomen et sur le dos. Elle n'a pas beaucoup d'importance, et ne dure pas généralement plus de quelques jours. D'après les faits observés par Saint-Philippe, la démangeaison n'existe que dans les scarlatines légères ou de moyenne intensité; on ne la constate jamais dans les scarlatines graves. Pour qu'elle existe, il faut que l'éruption soit peu intense, et la lésion cutanée peu profonde. Elle pourrait donc constituer un élément de pronostic. Mais c'est un fait rare; je ne l'ai pour ma part jamais observé, et j'ai toujours été frappé, au contraire, de l'absence de toute démangeaison chez les malades atteints de scarlatine. La main appliquée sur la peau d'un scarlatineux donne la sensation d'une chaleur sèche, mordicante; il n'y a presque jamais de moiteur, au début tout au moins.

La langue, qui dès le début présentait une coloration rose de la pointe, et un enduit blanchâtre sur le reste de sa face supérieure, ne tarde pas à se dépouiller de cet enduit, et présente dès le second ou le troisième jour cet aspect caractéristique, si important, que, dans le cas où l'éruption n'existerait plus au moment de l'examen, il suffit à lui seul ou presque à lui seul à permettre de formuler le diagnostic de scarlatine. La langue, en effet, dépouillée de son enduit saburral, subit, du 3<sup>e</sup> au 5<sup>e</sup> jour, une véritable desquamation qui commence dès le 2<sup>e</sup> jour, s'étend de la pointe vers la base, et lui donne un aspect caractéristique. En effet, la langue est d'un rouge vif; sur sa surface lisse, vernissée, tranchent les saillies caractéristiques des papilles linguales qui lui donnent l'aspect framboisé (langue framboisée). Cette desquamation est plus ou moins étendue, suivant que l'exanthème buccal a été plus ou moins intense.

Quelquefois bornée à l'extrémité de la langue, elle l'envahit d'autres fois tout entière. Dans ces cas, la muqueuse de toute la cavité bucco-pharyngée

présente une desquamation analogue; la face interne des joues, le voile du palais, la face postérieure du pharynx, les amygdales (si l'exsudat a rapidement disparu), présentent un aspect vernissé, une coloration rouge tout à fait caractéristique, qui peuvent persister pendant 7 ou 8 jours, et même davantage, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'épithélium se reforme et acquière une épaisseur suffisante. Lorsque cette desquamation de toute la cavité buccale est aussi intense, le malade y éprouve des sensations très pénibles de sécheresse, d'empatement; mais il n'y a pas de véritable douleur. Cette desquamation de la langue n'appartient guère qu'à la scarlatine. Je l'ai observée deux fois à la suite d'infections gastro-intestinales intenses. Elle a donc toute la valeur que j'indiquais au début comme lui appartenant au point de vue du diagnostic.

Telle est l'éruption scarlatineuse et ses manifestations pharyngées. Son développement est généralement très rapide; en 24 ou 36 heures au plus, elle est complètement constituée, et son apparition n'amène aucune amélioration dans l'état du malade. La température, très élevée le plus souvent dès le début, se maintient à 40 degrés et même au-dessus, l'agitation, le délire même, dans certains cas, persistent. La soif est vive, l'appétit nul. Dans les formes normales, les vomissements du début ne persistent pas. Le pouls, dans les cas bénins, ne présente d'autre caractère que sa fréquence, qui est du reste en rapport avec l'élévation de la température.

L'urine est rare, foncée, chargée d'urates; elle contient quelquefois, dès le début, une petite proportion d'albumine; mais cette albuminurie du début de la scarlatine est très rare, et en tout cas passagère, sauf dans certains cas de scarlatines malignes terminées rapidement par la mort. Elle est donc tout à fait distincte de l'albuminurie secondaire causée par la néphrite. La durée de la période d'éruption varie de 5 à 7 jours; dans les formes légères, normales, l'atténuation des symptômes se fait d'une façon progressive, parallèlement à la marche de la température, dont la décroissance se fait en lysis, absolument comme dans la fièvre typhoïde. En 5 jours, 8 jours au plus, la température, par des oscillations graduellement descendantes, est redevenue normale, le pouls également. La fièvre peut cependant persister plus longtemps. Je l'ai vue durer 15 et même 20 jours, dans des scarlatines intenses, il est vrai, mais sans aucune complication. L'éruption pâlit, et ne tarde pas à disparaître. Dans les cas où elle a été très intense, elle persiste plus longtemps: 10 jours après son début, elle peut être encore très nette; alors que la desquamation commence déjà, la coloration rouge de la peau persiste. Dans les formes légères, au contraire, l'éruption peut être absolument passagère, et ne durer même que quelques heures.

La température pendant la période d'invasion et d'éruption est généralement très élevée. L'hyperthermie peut précéder l'angine; le plus souvent, elle coexiste avec son début. Elle atteint parfois son maximum dès le premier jour, avant l'apparition de l'éruption: le plus souvent, cependant, c'est au moment de l'éruption qu'elle est le plus élevée, et elle augmente encore après elle. Dans d'autres cas, plus rares, c'est quelques jours après l'éruption qu'elle atteint son plus haut degré. La courbe se continue par des

oscillations irrégulières, avec des relèvements secondaires souvent inexplicables. Pendant quelques jours, la forme en plateau peut exister, elle coïncide toujours avec des symptômes plus ou moins graves.

La fièvre diminue progressivement avec l'éruption, elle peut lui survivre quelquefois. Cadet de Gassicourt a vu la fièvre persister 5 jours après l'éruption, sans complications. Dans les cas légers, elle tombe avant la disparition de l'exanthème; le 3<sup>e</sup> ou le 4<sup>e</sup> jour, la température est redevenue normale. Cette défervescence peut être brusque; c'est exceptionnel; le plus souvent elle se fait par lysis, par oscillations graduellement descendantes, menant à l'apyrexie en 3 ou 5 jours, par une courbe descendante absolument semblable à celle de la fièvre typhoïde.

La durée de la fièvre ne dépasse donc pas ordinairement 15 jours, sauf dans les cas où il survient des complications. Quand elle a cessé, il peut survenir de nouvelles ascensions thermiques, en dehors de toutes complications appréciables. Pastor, Gumprecht, Bouveret ont vu, après le 10<sup>e</sup> jour, deux ou trois exacerbations successives durant 1 à 2 jours, et séparées par des intervalles de 5 à 6 jours. Gumprecht décrit, sous le nom de *fièvre consécutive*, cette persistance de la fièvre sans cause évidente. Il est bien probable qu'il s'agit là d'infections secondaires passagères et à évolution très rapide, sans localisation appréciable.

**Période de desquamation.** — Dans les formes normales, peu intenses, la desquamation ne suit pas immédiatement l'éruption, qui a disparu complètement quand elle se montre. Elle ne paraît guère en effet avant le 10<sup>e</sup> jour qui suit le début de l'éruption. Dans les cas graves, ou simplement lorsque la fièvre a été très intense, et l'éruption très développée, la desquamation commence avant la disparition de la fièvre et de l'éruption.

J'ai dit plus haut qu'il fallait se garder de confondre la desquamation de la miliaire, dans les cas très fréquents où elle s'est surajoutée à l'éruption scarlatineuse, avec celle de la scarlatine: elle s'en distingue très nettement par sa précocité, paraissant en effet 2 ou 3 jours après son début, et par sa forme tout à fait spéciale. La desquamation scarlatineuse ne paraît pas avant le 10<sup>e</sup> jour; elle est quelquefois même plus tardive. Elle paraît d'abord au cou, au niveau des aines, des plis des coudes, sur la poitrine, et sur le ventre, c'est-à-dire au niveau des points où l'éruption a été la plus intense et s'est tout d'abord montrée, se produisant en dernier lieu aux mains et aux pieds. Certains auteurs ont cité cependant des faits de desquamation abondante, en des points où l'éruption avait fait défaut. Ces faits restent suspects; car on est en droit de se demander si l'éruption, très fugace, n'a pas passé inaperçue.

La description la plus complète de la desquamation a été donnée par Barthez et Rilliet, et par Sanné dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*. Je ne saurais mieux faire que d'en reproduire les principaux traits. L'épiderme, qui est devenu rugueux, se ride en formant de petites élevures arrondies, grosses comme des pointes d'épingle; bientôt elles s'accroissent et prennent le volume de sudamina dont elles se distinguent par leur absence de contenu liquide, par leur flaccidité, leur sécheresse, leur