

opalinité. Séparées d'abord par des espaces restreints d'épiderme adhérent, elles peuvent se rapprocher par groupes; mais, dans tous les cas, isolées ou agglomérées, elles se déchirent par leur centre, laissant à leur place des surfaces épidermiques nouvelles qui sont limitées par l'épiderme ancien, dont les bords circulaires sont soulevés jusqu'à une certaine distance. Le décollement se propage d'une surface à l'autre; et bientôt la peau présente un mélange de places dénudées, et de lambeaux épidermiques à moitié détachés, ternes, vitreux, ayant l'apparence d'écailles minces, légères et sèches, détachées par leurs bords, qui forment une sorte de liséré blanc. Peu à peu les squames tombent, et la peau reprend sa netteté. Dans les régions où l'épiderme est plus épais, aux mains, à la plante des pieds, la desquamation est plus tardive; elle se produit par bandes; dans certains cas même, l'épiderme conserve, en tombant, la forme de la partie qu'il abandonne. On voit alors se former de véritables gants épidermiques: tantôt c'est un ou plusieurs doigts, ou l'épiderme du pied tout entier. Plusieurs observateurs ont noté la chute des poils, des cheveux et même des ongles (Graves). Mais c'est là très probablement une erreur, la chute des ongles ne semblant appartenir qu'aux dermatites exfoliatrices, scarlatiniformes.

L'intensité de la desquamation est en rapport avec l'intensité de l'éruption. Pourtant Graves, Kopp ont cité des faits de desquamation abondante dans des cas où l'éruption avait manqué. Bien que ces faits soient contestables, il est difficile de ne pas s'incliner devant l'autorité de pareils observateurs: il faudrait admettre, pour expliquer ces faits, un trouble profond de la nutrition de la peau, malgré l'absence d'éruption. Il me semble néanmoins que cette opinion mérite confirmation.

D'une façon générale les scarlatines très légères, dans lesquelles la fièvre a été peu marquée, ainsi que l'éruption, ne donnent lieu qu'à une desquamation minime, quelquefois imperceptible. La durée de la desquamation est influencée par les mêmes causes; une éruption très forte est presque toujours suivie d'une desquamation commençant de bonne heure et finissant très tard. Dans le plus grand nombre de ces cas, la desquamation est terminée vers le 50<sup>e</sup> jour. Mais elle peut être beaucoup plus prolongée; Trousseau cite un cas où elle n'était pas terminée le 70<sup>e</sup> jour; Sanné l'a vue durer 2 mois et il cite une observation de Klamann (1877) où elle se serait prolongée pendant 7 mois. S'agissait-il d'une scarlatine dans ce cas? — Sydenham a observé plusieurs desquamations successives.

Après la desquamation, l'épiderme présente pendant quelques jours une coloration rose pâle, pour reprendre petit à petit sa teinte normale. Les bains, les onctions avec une pommade antiseptique, ou l'axonge, comme le conseillait West, accélèrent beaucoup la desquamation. J'ai indiqué plus haut que cette chute de l'épiderme se rencontre également sur les muqueuses bucco-pharyngées, dont la chute de l'épithélium constitue une véritable desquamation; seulement elle est beaucoup plus précoce que celle de la peau; commençant dès le 5<sup>e</sup> jour après le début de la maladie, elle est presque toujours terminée le 8<sup>e</sup> ou 10<sup>e</sup>, alors que la desquamation cutanée commence à peine.

Pendant la convalescence, qui commence après la chute de la fièvre et se poursuit dans les cas bénins sans incident jusqu'à la fin de la desquamation, le malade, s'il ne présente pas de complications, est dans un état de santé parfaite, en apparence. Son appétit ne tarde pas à revenir, ses digestions sont bonnes, son sommeil très calme. C'est donc tout à fait l'apparence de la santé, mais avec une susceptibilité extrême, à la moindre influence du froid, au moindre écart de régime; c'est ce qui fait que la convalescence est peut-être la période la plus dangereuse, surtout dans les formes bénignes, atténuées, où le malade et son entourage ne comprennent guère la nécessité des précautions.

Telle est la scarlatine normale, de moyenne intensité, celle qu'il faut prendre comme type d'une description clinique, sous peine de se perdre dans l'infini des variétés et des nuances. — Mais s'en tenir à une description aussi générale serait laisser forcément dans l'ombre des particularités importantes, des formes spéciales de la maladie, qui nécessitent au contraire une étude approfondie, d'autant plus que dans certains cas elles peuvent, par l'irrégularité de leur marche, ou les caractères incomplets du tableau clinique, dérouter un observateur non prévenu.

**Formes anormales de la scarlatine.** — Il y a donc lieu d'étudier les formes anormales de la scarlatine. Les auteurs ont proposé des classifications variables de ces anomalies, basées les unes sur les modalités de l'éruption, les autres sur la durée ou sur les caractères de la fièvre. Ces divisions forceraient à tracer des cadres très artificiels, aussi, je préfère adopter, comme Guinon dans son article du *Traité de médecine* de Charcot-Bouchard, la classification des auteurs français et ranger les scarlatines anormales en deux classes: 1<sup>o</sup> formes éruptives; anomalies de l'éruption; 2<sup>o</sup> anomalies dans l'évolution des phénomènes généraux.

1<sup>o</sup> Anomalies de l'éruption. L'anomalie peut porter sur la durée, l'intensité, l'évolution, sur les caractères physiques de l'éruption. Au lieu de sa durée normale, 5 à 8 jours, elle peut ne persister que quelques heures, 4 ou 5 heures, et être tellement discrète qu'elle ne laisse pas de traces. Dans ces cas la desquamation est généralement peu marquée; elle peut même faire complètement défaut. — C'est la forme la plus fréquente de ce que Trousseau appelait si justement les scarlatines frustes. Il est inutile d'insister sur l'extrême difficulté du diagnostic de ces cas, c'est en se basant sur l'état de la gorge, puis de la langue, que le médecin peut se faire une opinion, car il est trop fréquent qu'il ne puisse pas constater l'éruption. La notion de contagion possible, ou d'épidémie, peut être très utile en pareil cas; on sait combien sont fréquentes au début ou à la fin des épidémies de scarlatine, comme aux mêmes périodes des épidémies de fièvre typhoïde, ces cas frustes, incomplets. Mais à Paris, où la scarlatine est endémique, ce renseignement important fait le plus souvent défaut. Il y a même des cas où l'éruption fait complètement défaut; avec quelque soin qu'on la cherche, si on a été appelé dès l'apparition des accidents, il est impossible de la constater. Ces faits sont d'autant plus importants à connaître qu'ils peuvent pré-

senter pendant la convalescence les mêmes accidents que la scarlatine la plus complète.

Je suis persuadé que beaucoup d'albuminuries, dont on ne peut préciser la cause, remontent ainsi à des scarlatines frustes qui ont été méconnues; cette erreur est d'autant plus facile à commettre, que, si le plus souvent ces scarlatines incomplètes se manifestent par de la fièvre, de l'angine, des symptômes généraux assez intenses pour forcer le malade à se mettre au lit, il est des cas plus rares, mais cependant indiscutables, dans lesquels les symptômes généraux font absolument défaut, et où l'angine est réduite à un degré tellement atténué qu'elle passe inaperçue du malade lui-même. J'ai été atteint, il y a vingt ans, d'une scarlatine de ce genre dont le premier symptôme fut la desquamation, et j'ai eu l'occasion d'observer depuis un fait analogue. Ce sont des exemples de scarlatine latente. A côté de ces formes frustes de scarlatine, où l'éruption manque ou passe inaperçue en raison de sa fugacité, et en opposition avec elles, il est certaines formes de scarlatines malignes qu'on pourrait appeler sidérantes, dans lesquelles le malade meurt en quelques heures emporté par des accidents nerveux ataxo-adyamiques, avant même l'apparition de l'éruption.

Au lieu de se développer progressivement et en une fois, l'éruption peut se faire en deux actes. L'exanthème une fois constitué s'éteint, puis reparait ensuite sans que les phénomènes généraux du début se montrent de nouveau. C'est ce que Jaccoud appelle la scarlatine à réversion; cette absence de réapparition des phénomènes généraux la distingue de la rechute.

On a décrit sous le nom de *Scarlatina variegata*, celle où l'exanthème forme des plaques irrégulières qui n'ont aucune tendance à se rejoindre. La scarlatine papuleuse est caractérisée par de petites élevures rouge sombre rendant la peau rude au toucher. Ce n'est qu'une exagération du volume de l'élément éruptif papuleux que j'ai décrit plus haut. On a décrit également une forme miliaire, — mais la miliaire est si fréquemment surajoutée à la scarlatine dans les cas où l'éruption est intense, que cette description à part est vraiment sans motif. On peut observer des pétéchies plus ou moins abondantes, même dans les scarlatines de moyenne intensité. Quand il n'y a pas coexistence d'hémorragies nasales ou autres, ces hémorragies cutanées qui ne sont que le fait d'une fluxion exagérée n'ont aucune signification. Dans le cas contraire il s'agit de la forme hémorragique de la scarlatine maligne.

2° Anomalies dans l'évolution des phénomènes généraux. Les phénomènes généraux peuvent être très atténués : c'est surtout la fièvre qui peut être nulle ou presque nulle; ces cas méritent une description sous le nom de scarlatine apyrétique. D'autres fois au contraire, ils sont tellement développés qu'ils dominent absolument la scène morbide, constituant ce qu'on appelle la scarlatine maligne.

**Scarlatine apyrétique.** — J'indiquais plus haut qu'il est des cas dans lesquels l'éruption peut faire défaut, ou n'avoir qu'une existence tellement éphémère qu'elle passe inaperçue, constituant la forme la plus fréquente de

ce que Trousseau a si magistralement décrit sous le nom de scarlatine fruste. Dans la scarlatine apyrétique, les principaux symptômes sont au complet, l'éruption peut être aussi développée que dans la scarlatine la plus intense; — une seule manifestation de la maladie manque complètement ou à peu près : la fièvre. Si l'apyrexie peut être complète, absolue, continue, il y a quelquefois au début, et pendant 1 ou 2 jours, une très légère élévation de la température (38 degrés, 38°, 2, 38°, 5, comme température rectale). Cette absence de fièvre est d'autant plus singulière que les descriptions classiques nous ont tellement habitués à considérer la scarlatine comme la maladie pyrétiq ue par excellence, que, dans l'esprit de beaucoup de médecins, scarlatine et température élevée sont deux termes invariablement unis. Cadet de Gassicourt, dans ses remarquables leçons cliniques, fait de l'absence de fièvre la caractéristique absolue des érythèmes scarlatiniformes.

Cette forme est d'autant plus importante à connaître que les conséquences pratiques d'une erreur peuvent être très graves, aussi bien au point de vue du malade que de son entourage. Aussi suis-je forcé d'entrer dans quelques détails sur cette forme si curieuse de scarlatine anormale.

Barthez et Rilliet sont peut-être les premiers qui l'aient observée. Sur un total de 87 cas de scarlatine, ils en notent 4 dans lesquels la fièvre a manqué complètement ou ne s'est montrée qu'au moment de l'éruption. H. Roger a observé un cas de scarlatine où la température n'a pas dépassé 38 degrés. Il a bien montré que ces faits, qu'il appelle des « scarlatinettes », exposent aux mêmes complications qu'une scarlatine ordinaire. Trousseau et Graves ont surtout parlé des scarlatines latentes qui ne sont révélées qu'ultérieurement par une complication caractéristique, l'anasarque par exemple. Sanné et Picot, dans leurs articles des dictionnaires, indiquent la possibilité de l'apyrexie dans la scarlatine, mais sans insister.

Bartels, comme Barthez et Rilliet, dit avoir observé des scarlatines apyrétiques. Mais c'est surtout le mémoire de Fiessinger d'Oyonnax qui a fait connaître cette forme si singulière de scarlatine (*Gazette médicale* de Paris, 4 et 11 mars 1895). Un de mes élèves, le docteur Couatarmanach, en a fait une bonne description dans sa thèse (thèse de Paris, 1895), dont il a puisé les éléments dans mon service. Sauf l'absence de fièvre et le peu d'intensité des phénomènes généraux, la scarlatine apyrétique présente tous les symptômes classiques de la scarlatine la plus normale. — La période d'invasion est le plus souvent marquée par des phénomènes à peine appréciables. C'est ordinairement un malaise général avec inappétence et céphalalgie qui ouvre la scène; quelquefois des vomissements alimentaires ou bilieux s'y ajoutent; mais, règle générale, le début de la scarlatine apyrétique est peu bruyant.

Dans la scarlatine apyrétique, l'angine est le plus souvent légère, souvent bornée à une simple rougeur de l'isthme pharyngé. MM. Variot et Devé dans leur mémoire (Soc. des hôpitaux, 26 octobre 1900) ont bien prouvé que le processus angineux a plus d'influence que l'éruption sur l'intensité et l'évolution de la température. Dans la scarlatine apyrétique, l'angine, je le répète, est toujours légère. L'éruption paraît à sa date normale; elle est ou très marquée ou très discrète, présentant toutes les variétés que l'on peut rencon-

trer dans les scarlatines ordinaires. Elle peut même être généralisée et s'accompagner de miliaire. La desquamation de la langue manque souvent d'après Fiessinger : mais il n'en est pas toujours ainsi ; dans 4 des observations que Couatarmanach a prises dans mon service, la langue présentait l'aspect caractéristique au bout de quelques jours, et, dans le plus grand nombre des autres, une desquamation légère s'y produisit.

La desquamation est normale, mais, dans les cas où l'éruption a été peu intense, elle est peu marquée. Ce qui caractérise donc essentiellement la scarlatine apyrétique, c'est l'absence des phénomènes généraux et en particulier de la fièvre. C'est là ce qu'il est important de mettre en lumière. Cette absence de fièvre peut être absolue, la température rectale oscillant entre 37 et 38 degrés, pendant toute la durée de la maladie, ou relative, ou essentiellement transitoire (38°, 38°,5, comme température rectale). En général, le pouls est augmenté de fréquence : avec 37°,2 de température, une fille de 5 ans avait 128 pulsations. C'est là un fait important au point de vue du diagnostic ; il n'est pas constant cependant.

La fréquence de la scarlatine apyrétique est assez grande pour que, dans l'épidémie d'Oyonnax qui a servi de base à son étude si remarquable, Fiessinger en ait observé 11 cas sur un ensemble de 57 scarlatines. Cette proportion considérable est due évidemment au caractère bénin de l'épidémie qu'il lui a été donné d'observer. Dans l'espace de 2 mois, M. Couatarmanach a pu recueillir 12 observations dans mon service à l'hôpital Trousseau. La fréquence de la scarlatine apyrétique est donc relativement assez grande. Comme la scarlatine ordinaire, on l'observe surtout chez les enfants de 2 à 10 ans. Fiessinger l'a vue une seule fois chez un adulte de 25 ans.

Il a été pendant si longtemps classique de se baser sur l'existence de la fièvre pour affirmer la scarlatine dans les cas douteux, et de faire rentrer dans la classe des érythèmes scarlatiniformes les faits où elle fait défaut, qu'il pourrait rester quelques doutes dans l'esprit des médecins, qui, n'ayant pas observé de scarlatine sans fièvre, pourraient croire à une erreur d'interprétation. A cette objection, je répondrai que les 12 observations prises dans mon service à l'hôpital Trousseau et utilisées par M. Couatarmanach pour sa thèse, ont eu pour sujets des enfants qui ont séjourné tout le temps de leur maladie au pavillon de la Scarlatine, et qu'aucun n'y a contracté la maladie ; avant la période où ont été prises ces observations, comme après, j'avais observé dans ce même pavillon d'assez nombreux cas de scarlatine apyrétique ; aucun des malades qui en avaient été atteints n'avait présenté de scarlatine ultérieurement, malgré un séjour de 1 mois à 6 semaines au milieu d'enfants affectés de scarlatine.

Mais les faits observés par Fiessinger, dans une petite localité où l'évolution d'une épidémie peut être facilement suivie, répondent d'une façon beaucoup plus péremptoire à cette objection. Nées dans certains cas de scarlatines fébriles, les scarlatines apyrétiques observées par lui ont été le point de départ de nouveaux cas. Des scarlatines fébriles ont été prises par les frères ou sœurs des malades qui n'avaient pas de fièvre. La preuve est donc faite, et bien faite ; il est impossible de nier l'existence de la scarlatine apyrétique.

Le diagnostic est évidemment très difficile. La fièvre a donc perdu à ce point de vue l'importance que lui accorde Cadet de Gassicourt.

Pour les rash scarlatiniformes qu'on voit survenir dans le cours de certaines diphtéries, le diagnostic pourrait être d'autant plus difficile que, dans le plus grand nombre des cas, la diphtérie est une maladie sinon apyrétique, du moins à élévation thermique modérée. Mais cet érythème infectieux est ordinairement polymorphe, son apparition assez tardive, plus tardive en tout cas que celle de la scarlatine ; il n'est ordinairement pas suivi de desquamation, et le cas si intéressant cité par Mussy dans sa thèse d'un érythème diphtérique, suivi d'une desquamation nettement scarlatiniforme pendant laquelle survint une nouvelle poussée d'érythème infectieux, est jusqu'à présent isolé. Certains poisons, certains médicaments, le mercure en première ligne, l'opium, la belladone, l'antipyrine, les iodures, peuvent donner naissance à des érythèmes scarlatiniformes apyrétiques, dont le diagnostic avec la forme de scarlatine que j'étudie peut être très épineux. Pourtant, l'absence totale de manifestation pharyngée (sauf dans le fait d'intoxication par la belladone), et de desquamation de la langue, les commémoratifs permettent de formuler un diagnostic précis.

Il est plus difficile de distinguer la scarlatine apyrétique des érythèmes scarlatiniformes, idiopathiques, récidivants, désignés aussi sous le nom de dermatites exfoliatrices. La précocité de la desquamation, ou plutôt la simultanéité de l'éruption et de la desquamation est certes un signe différentiel important ainsi que l'a démontré Besnier ; mais sa valeur n'est pas absolue. Cadet de Gassicourt l'a observé dans la scarlatine. De mon côté j'ai observé un fait de desquamation commençant au 4<sup>e</sup> jour d'une scarlatine tout à fait normale. Il en résulte que c'est surtout l'angine et quelques jours plus tard l'état de la langue qui plaident en faveur de la scarlatine. La notion du caractère récidivant de l'affection cutanée lèverait tous les doutes.

Telle est la scarlatine apyrétique : c'est en somme une scarlatine fruste caractérisée par l'absence de fièvre. Il est certain que cette notion de l'absence de fièvre dans la scarlatine détruit toutes les idées classiques, mais les faits sont indéniables, et il m'a semblé important d'y insister. Du reste la pathologie nous montre que la scarlatine n'est pas la seule PYREXIE qui puisse être *apyrétique*. Ne voit-on pas, sans aucun des symptômes de la fièvre pernicieuse algide, certains accès palustres modérés s'accompagner d'un abaissement thermique de 36°,5 à 36°,2, même de 35°,9, abaissement qui disparaît d'ailleurs sous l'influence du sulfate de quinine ?

Potain, Blachez ont observé des dothiéntéries évoluant sans fièvre. Von Gerloczy, Wendland, Fürbringer, Teissier (de Lyon), ont observé des cas analogues. L'observation de Potain est la plus caractéristique ; non seulement à aucun moment de la maladie il n'y eut pas d'élévation thermique, mais encore la température fut au-dessous de la normale, et ne devint régulière que lorsque la guérison se confirma. On a signalé, et Teissier en a publié une très belle observation, des pneumonies évoluant sans fièvre ; la grippe peut également évoluer sans fièvre, et cette apyrexie anormale dans ces maladies a été observée en dehors de toute complication, de tout collapsus,

répondant soit à des infections légères, soit à des formes de la plus haute gravité.

Pourquoi ces irrégularités dans l'évolution thermique de certaines pyrexies? Est-ce une réaction anormale des centres régulateurs thermiques? Suivant le degré de virulence des microbes, pourraient-ils être excités ou paralysés? — Ce n'est là qu'une hypothèse. — Depuis que M. Bouchard a démontré que, parmi les substances toxiques éliminées par les urines, les unes ont une action hyperthermisante, les autres un effet hypothermisant, Le Gendre a pu attribuer à la rétention prédominante de certaines de ces substances dans l'organisme les formes tantôt fébriles, tantôt hypothermiques de l'urémie. Ne pourrait-on pas admettre qu'il en soit ainsi des toxines sécrétées par les microbes pathogènes dans certaines infections? C'est une hypothèse au moins plausible dont les expériences de Teissier, Gabriel Roux, Pittion (de Lyon), avec le microbe isolé par eux dans le sang et les urines des grippés, tendent à démontrer la réalité. Ils ont montré que, lorsqu'on injecte aux animaux des cultures jeunes, très virulentes, on détermine une hypothermie très accentuée qui persiste plusieurs heures. Gilbert et Boix ont de même constaté dans certains cas l'action hypothermisante du coli-bacille. MM. Rodet et Courmont ont prouvé que le staphylocoque peut, dans certaines conditions, avoir la même action. Charrin (*Société de Biologie*, 1895), par des expériences pratiquées avec des urines de typhiques, a montré que le bacille d'Éberth peut produire des effets analogues par les toxines qu'il sécrète.

Il est certainement impossible encore de déduire de ces expériences la véritable cause de ces pyrexies apyrétiques, comme dit Teissier de Lyon dans une clinique parue en juin 1894, dans la *Semaine médicale*, mais elles éclairent cependant leur pathogénie et nous permettront sans doute d'être fixés prochainement sur l'origine et le mécanisme de ces formes anormales d'infections. J'ai tenu à entrer dans quelques développements au sujet de la scarlatine apyrétique. C'est, comme je l'ai dit, une forme de scarlatine fruste; — mais elle a une physionomie si singulière, l'apyrexie dans la scarlatine est tellement en contradiction avec les idées reçues, cette notion a une telle importance nosologique, qu'il m'a semblé indispensable d'y insister.

**Scarlatine sans éruption. Scarlatine latente.** — Les anomalies que je viens d'étudier, celles qu'il me reste à indiquer, justifient cette proposition de Graves: « Il est très important, au point de vue pratique, de ne jamais perdre de vue cette proposition qui s'applique également aux maladies aiguës et aux maladies chroniques: une maladie générale peut ne révéler son existence que par 1 ou 2 des symptômes qui la caractérisent ordinairement. Cette anomalie paraît plus fréquente dans les maladies produites par la contagion et par les poisons animaux ou végétaux que dans les maladies engendrées par des causes inhérentes à la constitution elle-même. » — Nulle maladie ne confirme autant que la scarlatine les idées du célèbre médecin irlandais.

Si la fièvre peut faire défaut dans certains cas, dans d'autres c'est l'éruption qui manque. La gorge présente le caractère de l'angine scarlatineuse, la langue également; et cependant l'examen attentif de la surface cutanée ne

permet de constater à aucun moment l'existence d'une éruption. Cette absence d'éruption est rare dans les formes bénignes, on la constate surtout dans les formes graves, malignes. Enfin, Graves et Trousseau ont signalé des cas dans lesquels tous les symptômes de la période aiguë de la scarlatine font défaut: il n'y a ni fièvre, ni mal de gorge, ni éruption, la desquamation fait également défaut. La scarlatine est absolument *latente*. On ne peut en présumer l'existence antérieure que par l'apparition d'une des complications caractéristiques de la scarlatine, une anasarque, une pleurésie purulente, une hématurie suivie de néphrite (Graves, Trousseau).

Malgré l'autorité de tels maîtres, j'avoue que ces faits me paraissent très difficiles à interpréter, et qu'en tout cas l'opinion soutenue par eux me semble sujette à contestation. Je crois que le plus grand nombre des scarlatines latentes est constitué par des scarlatines méconnues. J'en ai déjà parlé plus haut, à propos d'une observation personnelle, et j'estime que dans les cas où les phénomènes morbides sont extrêmement atténués, l'erreur est trop facile à commettre, que le médecin ait été appelé ou non, pour qu'il ne soit pas plus vraisemblable d'admettre l'existence d'une scarlatine très atténuée ou fruste, plutôt que celle d'une scarlatine latente.

Quoi qu'il en soit, tous ces faits sont très importants à connaître. Ils prouvent avec quelle attention il faut examiner les malades, et justifient la proposition émise plus haut, qu'un mal de gorge aigu étant donné, quels que soient ses caractères, le médecin doit toujours penser à la possibilité d'une scarlatine, et diriger son examen en conséquence. Ils prouvent également que, depuis la scarlatine moyenne qui nous a servi de modèle pour la description, on peut observer toute l'échelle des atténuations dans les symptômes de la maladie, la scarlatinette de Roger, la scarlatine apyrétique, la scarlatine fruste, la scarlatine latente.

**Scarlatine maligne.** — En opposition à ces formes atténuées, il me reste à décrire les formes malignes de la scarlatine, dans laquelle les symptômes graves ont une intensité telle, qu'ils menacent à brève échéance l'existence du malade. Qu'est-ce que la malignité? La définition qu'en donne Graves est encore la meilleure: « C'est, dit-il, l'intoxication générale de l'économie par le poison animal de la fièvre scarlatine. » Il y a dans ces cas une perturbation profonde de l'organisme, portant surtout sur le système nerveux et qui détermine des désordres tels que la mort est le plus souvent rapide. Quelles sont les véritables causes de la malignité comprise ainsi dans son sens le plus large, celui de l'extrême gravité? Guinon lui reconnaît trois causes, et je partage absolument son opinion:

1° La virulence du contagion peut varier. Bien que nous ne connaissions pas encore l'agent microbien de la scarlatine, qu'il soit constitué, comme certains le pensent, par le streptocoque, ou non, il est très rationnel de lui supposer, dans certains cas, à lui comme aux autres agents pathogènes, une virulence exagérée, entraînant la gravité plus grande des symptômes.

2° L'individu atteint par le contagion peut offrir moins de résistance qu'un autre ou réagir d'une façon trop violente. Cette proposition est démontrée par ces observations de familles dont tous les enfants, successivement infectés

dans des épidémies différentes, succombent à des formes rapidement mortelles de scarlatine (Graves, Henoch, Guinon).

5° Enfin, les associations microbiennes, dans la scarlatine comme dans beaucoup d'autres maladies, la diphtérie en particulier, peuvent expliquer le caractère de malignité dans certains cas. A ce point de vue, il est impossible de ne pas être frappé des analogies de ces scarlatines graves avec angine énorme dès le début (angines que Bourges et Wurtz nous ont appris être indépendantes du bacille de Loeffler et causées par le streptocoque), phénomènes d'intoxication profonde, hyperthermie considérable, adénopathie sous-maxillaire très marquée, avec les formes toxiques de la diphtérie, dans lesquelles on note constamment l'association du streptocoque avec le bacille de Loeffler. Sauf l'éruption, et ce fait que dans ces diphtéries toxiques l'adénopathie sous-maxillaire et l'œdème qui l'entoure sont encore plus considérables, le tableau clinique dans les deux cas a bien des points de ressemblance.

La scarlatine maligne présente des variétés qui permettent d'en décrire plusieurs types :

*a. Forme foudroyante.* — C'est la plus terrible. Brusquement, sans aucun prodrome, au milieu d'une santé parfaite, un enfant est pris d'un violent malaise, avec céphalalgie, courbatures, vomissements accompagnés quelquefois d'une diarrhée profuse. La température d'emblée excessive atteint 40°,5, 41 degrés, et peut s'élever encore plus haut. Presque en même temps que ces premiers symptômes, se manifestent des phénomènes nerveux de la plus haute gravité, agitation extrême, délire, fréquence énorme du pouls, qui ne tarde pas à présenter une faiblesse inquiétante. Il existe en même temps, soit une angine intense avec adénopathie sous-maxillaire très marquée, soit une simple congestion pharyngée. Le plus souvent il est impossible de constater la moindre éruption. Le malade succombe en quelques heures et même en quelques minutes (Baginsky). Cette forme foudroyante de la scarlatine maligne serait impossible à reconnaître sans la notion de l'existence d'une épidémie de scarlatine, ou de cas de cette maladie dans le voisinage ou l'entourage du malade. Les observations de Graves, de Trousseau, de Wunderlich, de Baginsky en ont démontré nettement l'existence, et suffisamment fixé les traits, pour que dans un cas où les phénomènes graves décrits plus haut éclatent brusquement chez un enfant une des hypothèses que doit examiner le médecin est celle d'une scarlatine maligne à forme foudroyante. Je dois ajouter que ces faits sont extrêmement rares, surtout en France. Je n'en ai, pour ma part, jamais observé.

*b. Forme nerveuse commune* (Jaccoud). — Le plus souvent, après un début caractérisé par les phénomènes nerveux décrits plus haut, mais atténués, les symptômes de la scarlatine se montrent. Le malade est dans un état d'anxiété extrême, en proie à une dyspnée qui contraste avec l'intégrité de l'appareil pulmonaire. C'est une dyspnée toxique d'origine bulbaire, sur la gravité de laquelle Trousseau a bien insisté et qui serait, d'après lui, un des signes les plus certains de la malignité des accidents. La peau est brûlante, sèche, la température très élevée, le pouls d'une fréquence extrême. L'enfant

s'agite, il a un délire de paroles plus ou moins violent; les lèvres sont sèches, la langue est rôtie, la gorge d'une rougeur livide, avec exsudat pultacé ou d'apparence membraneuse. Enfin, au bout de quelques heures ou d'un jour, l'éruption paraît. Elle est peu ou pas développée, ou au contraire confluyente: en tout cas, elle est d'une rougeur livide, mêlée de pétéchies, qui, lorsqu'elles sont nombreuses, donnent à la peau une coloration violette. L'éruption se fait mal, incomplètement dans le plus grand nombre des cas. Le pouls devient de plus en plus fréquent, de plus en plus faible, filiforme, les extrémités se refroidissent et se cyanosent, les traits se tirent et l'enfant, dont les urines sont supprimées, ou très rares, et quelquefois albumineuses, succombe au bout d'un jour ou deux, soit avec du refroidissement des extrémités (forme algide), soit au milieu de convulsions suivies ou non de coma, soit enlevé par des accidents de collapsus cardiaque (forme syncopale de Wood et Kennedy). En temps d'épidémie, surtout en Angleterre et en Allemagne, on voit plusieurs enfants d'une même famille succomber successivement à ces formes malignes de scarlatine. Le plus souvent, dans ces formes malignes, la température est très élevée; exceptionnellement elle peut être normale ou abaissée. Dans un cas observé par moi, la température, au milieu des phénomènes nerveux les plus graves, oscilla pendant deux jours entre 37°,2 et 37°,5, le pouls restant à 180, et n'atteignit 59 degrés que le 3<sup>e</sup> jour, quelques heures avant la mort.

*c. Jaccoud* décrit également une forme typhique, à évolution plus lente, où les accidents graves ne paraissent qu'à la période d'éruption, quelquefois même dans la seconde semaine. Le malade présente, à ce moment, tout à fait l'apparence d'un typhique. La langue est sèche, fuligineuse, les lèvres également; le ventre est ballonné; il y a souvent de la diarrhée et des vomissements; les urines sont rares, souvent albumineuses. Les manifestations pharyngées sont très intenses, l'exsudat abondant, l'engorgement ganglionnaire considérable. C'est, soit une angine grave à streptocoque, soit, si les manifestations pharyngées ne sont pas primitives, une angine secondaire diphtérique. Mais, dans ces cas, il s'agit toujours d'une diphtérie associée au streptocoque. Il y a souvent du jetage par le nez, des épistaxis abondantes, l'adynamie s'accroît de plus en plus, la température reste très élevée, le pouls fréquent et petit. Des escarres se montrent à la période terminale, et le malade succombe comme un typhique, dans le coma, ou à la suite d'accidents de collapsus cardiaque.

*d. Forme hémorragique.* — Dans toutes les formes de scarlatine maligne on peut observer des hémorragies, soit sous forme d'épistaxis, soit sous forme d'hémorragies sous-cutanées. Ce qui distingue la forme hémorragique, c'est la multiplicité de ces hémorragies. Fothergill, Huxham, Withering ont décrit cette scarlatine hémorragique, dans laquelle, avec les divers symptômes graves de la scarlatine maligne, on observe des hémorragies abondantes et répétées, sous forme d'hématuries, d'épistaxis, et d'hémorragies sous-dermiques ou intra-dermiques abondantes, dans certains cas même d'hémorragies intestinales. En fait, ce n'est qu'un trait ajouté par ces hémorragies multiples au tableau clinique de la scarlatine maligne, et