

surtout lorsque les deux éruptions semblent marcher simultanément, certains médecins, toujours enclins à voir des cas extraordinaires, ont regardé comme appartenant à la rougeole une simple éruption érythémateuse, ou bien une roséole toujours éphémère, et qu'il est facile pourtant de ne pas confondre avec l'éruption morbillieuse. (Voyez ces maladies.)

**Maladies consécutives.** — Diverses affections peuvent survenir pendant la convalescence de la rougeole. Les plus fréquentes sont l'inflammation du bord libre des paupières avec ulcération et chute des cils, les engorgements ganglionnaires, la bronchite et la diarrhée chroniques, maladies qui sont généralement plus rebelles dans ces conditions que lorsqu'elles surviennent spontanément. On a cité quelques cas d'anasarque consécutifs à la rougeole; mais cet accident est aussi rare après cette éruption qu'il est commun après la scarlatine : aussi en parlerons-nous à propos de celle-ci.

La rougeole est généralement considérée comme favorisant le développement des tubercules, comme provoquant la manifestation de cette diathèse. MM. Rilliet et Barthez ont noté que, sur onze rougeoles primitives chez les enfants traités dans les hôpitaux, il y en avait une à la suite de laquelle se développaient des tubercules. Le même fait s'est produit sur des sujets plus âgés, sur des sujets militaires traités au Val-de-Grâce, ainsi que cela résulte d'un travail inséré en 1847 par M. Michel Lévy dans la *Gazette médicale*. Faut-il en conclure cependant que la tuberculisation après la rougeole est aussi commune que ces documents tendraient à le faire supposer? Je n'en crois rien, car ces faits sont loin de se reproduire les mêmes dans nos hôpitaux d'adultes, ainsi que dans la pratique privée. Sur plus de cent rougeoles que j'ai vues dans ces dernières années au lycée Napoléon chez des enfants de constitution et de prédisposition bien différentes, je n'ai observé aucun cas de phthisie consécutive. En concluons-nous que la doctrine qui règne est tout à fait erronée? Non certes, elle est seulement exagérée. Pour rester dans le vrai, nous dirons que, de toutes les fièvres éruptives, c'est la rougeole qui prédispose le plus aux tubercules pulmonaires; que ceux-ci ne sont la conséquence d'une éruption morbillieuse que dans des cas rares, peut-être à peine une fois sur cent cinquante ou deux cents. Il est plus commun de voir la rougeole frappant un sujet déjà tuberculeux aggraver l'affection thoracique et lui imprimer une marche plus aiguë.

La rougeole a été parfois manifestement utile : on a vu des constitutions chétives se transformer; on a vu aussi, sous la même influence, des maladies rebelles s'améliorer ou guérir : ainsi M. Rayet cite un eczéma chronique de la face, et Alibert un eczéma impétigineux du cuir chevelu, qui ont cédé rapidement après une rougeole.

**Récidives.** — La rougeole n'affecte presque jamais qu'une seule fois le même individu. Rosen n'a observé aucun cas de récurrence pendant une pratique d'un demi-siècle. Cependant Baglivi, de Haen, Meza, Guersant, MM. Rayet, Blache, etc., citent des faits qui prouvent que la même personne peut contracter la rougeole plusieurs fois.

**Ouvertures des cadavres.** — Chez les sujets qui succombent, on ne trouve pas de lésions qui soient spéciales à la rougeole. Celles qu'on rencontre sont l'effet des complications. (Pour l'état du sang, voyez plus bas, *Nature des fièvres éruptives*.)

**Diagnostic.** — Le développement de la fièvre et les symptômes du catarrhe existant simultanément du côté des muqueuses oculaire, nasale et bronchique, doivent faire soupçonner le développement prochain d'une éruption morbil-

leuse. Le diagnostic devient d'autant plus probable, que le sujet est plus jeune, qu'il n'a point eu de rougeole antérieure, et que la maladie règne épidémiquement. Cependant on ne peut avoir à ce sujet que de simples présomptions, puisque tous ces symptômes appartiennent aussi bien à la rougeole qu'à la fièvre catarrhale. Mais toute incertitude cesse vers le troisième ou le quatrième jour, époque à laquelle l'éruption commence le plus ordinairement.

La rougeole ne pourra pas être confondue avec une variole commençante, si l'on se rappelle que, dans celle-ci, les taches rouges présentent à leur centre, soit une *élevure dure et pointue*, soit une *vésicule*, tandis que rien de pareil n'existe pour les taches rubéoleuses. Dans la forme de la rougeole dite *boutonneuse*, il existe des saillies rouges, un peu dures, qui pourraient faire croire à l'existence d'une variole; le doute pourtant n'est pas permis, car il n'existe ici qu'une sorte d'érythème papuleux, c'est-à-dire de petites plaques, de petites saillies molles ou élastiques, n'ayant d'ailleurs ni la forme, ni la dureté, ni la saillie des papules qui existent au centre des taches varioliques. Ajoutons que le caractère érythémateux des plaques rubéoleuses est presque *toujours limité* à une partie du corps, à la face surtout : aussi l'existence d'autres taches sur une étendue considérable des téguments, et ayant le caractère de l'éruption rubéoleuse, fixera toujours sur le véritable caractère de la maladie.

La rougeole diffère de la scarlatine, de la roséole, de l'érysipèle, de la miliaire rouge, etc. Nous en parlerons en traitant de ces diverses affections.

**Pronostic.** — Dans notre climat, la rougeole est une maladie généralement bénigne; il n'en est plus de même dans les saisons et dans les pays à température extrême, ou bien lorsqu'elle règne épidémiquement. Cependant on observe rarement aujourd'hui des épidémies aussi meurtrières qu'autrefois, si meurtrières qu'en 1672, elle emportait régulièrement trois cents personnes par semaine (Morton). Le travail de la dentition chez les enfants; chez les femmes, l'existence d'une grossesse et l'état puerpéral, sont des circonstances qui aggravent toujours le pronostic. Les convulsions, les pétéchies, le délire, le développement d'une pneumonie, sont des accidents graves, et qui doivent faire redouter une issue funeste. Il en est de même de la disparition brusque de l'exanthème, lorsqu'elle coïncide toutefois avec quelque complication sérieuse; car la délitescence seule, sans complication de phlegmasie viscérale, paraît entraîner moins de péril qu'on ne croit communément : c'est ce qui résulte d'ailleurs du travail de M. Michel Lévy, que nous avons cité précédemment.

**Étiologie.** — Il est peu de personnes qui échappent à la rougeole; on peut établir, en effet, qu'il y a infiniment moins de sujets qui lui sont réfractaires qu'on ne voit d'individus non vaccinés l'être à la variole. On a observé la rougeole à tous les âges de la vie, et, de même que la variole, on l'a vue quelquefois atteindre l'enfant encore renfermé dans le sein maternel. Cependant cette maladie est plus commune dans la jeunesse et surtout dans l'enfance, spécialement entre sept et quinze ans. Elle règne dans tous les pays du globe et dans toutes les saisons : toutefois elle paraît avoir son maximum de fréquence vers l'équinoxe du printemps, tandis qu'elle décroît vers le mois de juillet. La rougeole reconnaît une cause spécifique tout à fait inconnue dans sa nature. Elle est essentiellement contagieuse. Il paraît que la contagion est possible depuis le moment que l'éruption s'opère jusqu'après la desquamation, et peut-être même jusqu'au vingtième jour.

Quelques expériences faites d'abord par F. Home en 1758, répétées par

Speranza dans l'épidémie de Milan, de 1722, sembleraient prouver que le principe contagieux de la maladie réside dans le sang. Ces médecins ayant, en effet, pratiqué une légère incision sur les plaques rubéoleuses, et ayant inoculé le sang qui s'en écoulait, ont développé une rougeole régulière après une incubation de six jours; Alex. Monro et Looke disent aussi avoir pu inoculer la maladie avec l'humeur lacrymale et avec la salive; mais leurs observations sont moins concluantes que celles des précédents expérimentateurs. Des médecins de Philadelphie, les ayant d'ailleurs répétées, n'ont obtenu aucun résultat. Les faits les plus concluants, s'ils étaient suffisamment authentiques, seraient ceux de Katona, médecin hongrois, qui, dans une épidémie de rougeole, aurait pu inoculer la maladie à onze cent vingt-deux personnes, et n'aurait échoué que sept fois sur cent; chez tous les autres, il serait survenu une rougeole très-bénigne, dont les prodromes commençaient au septième jour de l'inoculation; l'éruption avait lieu, dit-on, le neuvième ou le dixième, la desquamation le quatorzième, la guérison était complète au dix-septième. Katona pratiquait les inoculations indifféremment avec les larmes des malades, ou bien avec une goutte de sang tiré des plaques. (*Gazette médicale* de l'année 1843.)

**Traitement.** — Lorsque la rougeole est bénigne, il n'y a aucun traitement actif à faire. Le malade gardera le lit : on le protégera contre l'action d'une lumière trop vive; on le couvrira modérément, on entretiendra dans l'appartement une température douce et uniforme; on donnera des boissons adoucissantes et pectorales. Dans aucun cas, il ne convient d'imiter la pratique de quelques médecins anglais, qui font sur toute la surface du corps des lotions froides, pour diminuer la chaleur fébrile, car on s'exposerait à supprimer l'éruption et à provoquer surtout le développement d'une phlegmasie pulmonaire, si commune dans le cours de cette maladie. Lorsque la fièvre est violente, lorsque la respiration est difficile ou qu'il survient quelque complication de nature inflammatoire, la saignée est indiquée. On pourra, si besoin est, revenir plusieurs fois aux émissions sanguines; cependant il faut recourir à ce moyen avec la plus grande prudence, et ne pas imiter surtout la pratique de Mead, qui saignait le plus ordinairement dans les deux premières périodes. La disparition brusque de l'éruption exige un traitement différent, suivant la cause qui l'a produite. Dans le cas où elle dépend d'une inflammation viscérale, c'est contre celle-ci qu'il faut diriger la thérapeutique, en même temps qu'on tâchera de rappeler l'éruption au moyen de révulsifs puissants promenés sur la peau. Lorsque l'éruption se supprime sous l'influence du refroidissement, le malade sera plongé dans un bain chaud ou mieux encore dans un bain de vapeur; on fera des frictions sèches ou aromatiques, on promènera des sinapismes, on appliquera des vésicatoires, on donnera des boissons chaudes et quelques petites doses d'opium; ou bien encore on administrera 4 à 10 centigrammes d'émétique, à doses très-fractionnées, non pour évacuer, mais dans le but de provoquer la diaphorèse; enfin, s'il existe de la prostration, on ranimera les forces par des toniques et par quelques excitants diffusibles, tels que le café, le thé, l'ammoniaque ou son acétate, etc. La diarrhée est un accident fréquent de la rougeole; il importe de l'arrêter promptement, si elle est considérable, ou si les malades sont déjà affaiblis; on donne, dans ce but, les mucilagineux et les opiacés. L'opium, aussi souvent utile dans la rougeole que dans la variole, convient non-seulement pour modérer le flux intestinal, mais encore pour calmer la toux quinteuse et sèche, dont tant de malades sont tourmentés. Dans les cas où la bronchite provoque une sécrétion

considérable de mucosité qui s'accumule dans l'arbre aérien, et produit, surtout chez les enfants, beaucoup d'anxiété et d'oppression, on se hâtera d'administrer un vomitif, et préférablement l'ipéca. Si la bronchite devient capillaire, on insistera sur les vomitifs, ipéca ou émétique, ainsi que sur les révulsifs cutanés (voyez cette maladie). Contre les pneumonies qui surviennent si souvent, il est difficile de beaucoup insister sur les émissions sanguines; le tartre stibié à haute dose est généralement plus avantageux. On se conduira, d'ailleurs, d'après les règles que nous établirons plus tard pour le traitement des pneumonies secondaires. Les symptômes cérébraux, beaucoup moins communs que ceux dont nous venons de parler, céderont souvent à l'application de quelques sangsues derrière les oreilles, et aux révulsifs portés sur les extrémités; mais il faut prendre garde pourtant de trop insister sur le premier de ces moyens. Comme dans la variole, l'opium fera justice de ces délires très-agités, mais qui ne se lient point à une phlegmasie intracrânienne. Enfin, s'il survient des hémorrhagies, et si, comme la chose est le plus habituelle, elles ont le caractère passif, on les combattra par les acides minéraux, ainsi que par les toniques, indépendamment des moyens locaux appropriés à chaque espèce d'hémorrhagie : c'est ainsi que les épistaxis nécessitent parfois le tamponnement des fosses nasales. (Pour les maladies consécutives, voyez les chapitres consacrés à chacune d'elles.)

**Prophylaxie.** — Lorsqu'une rougeole maligne éclate dans une famille ou dans un pensionnat, il faut se hâter de séquestrer les individus malades. Si l'épidémie est bénigne, peut-être convient-il de laisser les enfants communiquer librement entre eux, afin de les mettre à l'abri, pour l'avenir, d'une contagion plus grave. C'est dans ce but que quelques auteurs ont conseillé, dans les cas favorables, l'inoculation de la maladie. Nous serions assez de cet avis; aussi voudrions-nous que les médecins qui ont la direction des établissements où sont réunis beaucoup d'enfants se livrassent à ce sujet à quelques expériences qui, dans aucun cas, ne peuvent avoir rien de fâcheux; voilà pourquoi nous n'hésitons pas à les conseiller. Quant aux moyens prophylactiques vantés surtout en Allemagne, il n'y en a aucun qui mérite confiance.

## DE LA SCARLATINE

SYNONYMIE. — *Morbilli confluentes, ignis sacer, morbilli ignei, febris scarlatina.* — Fièvre rouge, fièvre pourprée.

La *scarlatine* est un exanthème contagieux et fébrile, caractérisé par de petits points rouges granités et réguliers, ou par une coloration uniforme d'un rouge framboisé, pouvant occuper toute la surface du corps, ou bien être circonscrite à quelques points, et s'accompagnant presque toujours d'une angine plus ou moins violente.

**Historique.** — Il est très-douteux que la scarlatine ait été connue des Grecs, des Romains, et même des Arabes; ce ne fut guère que vers le milieu du XVI<sup>e</sup> siècle qu'elle fut signalée par Ingrassias, à Naples, où elle régnait d'ailleurs même avant l'an 1500; par Coyttar, médecin à Poitiers, qui l'appelait *fièvre pourprée épidémique et contagieuse*; enfin par Baillou. Longtemps on la confondit avec la rougeole, c'est ce que faisait Morton; on la confondit aussi avec l'esquinancie : car on regarde avec raison, dit Jos. Frank, comme ayant appartenu à une scarlatine méconnue, plusieurs de ces épidémies qui, sous les noms d'*angine gangréneuse* et de *garrottillo*, ravagèrent, au commencement du XVII<sup>e</sup> siècle, l'Espagne, l'Italie et la Sicile. La scarlatine, dont Sennert avait déjà tracé les

principaux caractères, fut un peu mieux décrite par F. Hoffmann, par Sydenham, et surtout par Rosen. Elle a été l'objet de travaux immenses pendant presque tout le XVIII<sup>e</sup> siècle, où l'on vit cette maladie n'épargner aucune région de l'Europe. Les travaux qui, depuis quarante ans, ont été entrepris sur la scarlatine, ont eu presque tous pour but de faire connaître certaines complications, ou bien ils ont porté spécialement sur l'anatomie pathologique et sur la thérapeutique de la maladie; nous les mentionnerons plus tard.

**Anatomie pathologique.** — La scarlatine ne détermine pas beaucoup de lésions. Une couleur violacée de la peau, de la muqueuse du pharynx et de celle des bronches; quelques ecchymoses dans le tube digestif; une congestion sanguine, très-rarement une inflammation des bronches et des poumons, une injection des reins et des centres nerveux, sont à peu près les seules altérations qu'on trouve dans les solides. On dit avoir rencontré les follicules intestinaux, et surtout ceux de Peyer, rouges, volumineux, indurés, boursoufflés, à peu près comme ils le sont dans la fièvre typhoïde; c'est là une erreur. Jamais après la scarlatine on ne trouve ni des plaques gaufrées, ni des ulcérations dans l'intestin, ni une intumescence des ganglions mésentériques. Quelquefois, il est vrai, les follicules isolés de la fin de l'intestin grêle m'ont paru plus saillants et analogues à ceux qu'on rencontre, par exemple, sur les cadavres d'un grand nombre de cholériques; mais cette hypertrophie se voit dans une foule d'autopsies; si elle est sensiblement plus commune après la scarlatine, elle n'a lieu pourtant dans ce cas que très-exceptionnellement; d'ailleurs elle n'a aucune analogie avec l'éruption dothiénentérique.

Le sang offre les caractères qu'il a dans les autres pyrexies; la fibrine est à l'état normal, ou bien elle est diminuée: ce dernier cas existe dans certaines scarlatines graves compliquées d'hémorrhagies.

Les recherches faites autrefois par F. Fischer (1), celles plus récentes qu'on doit à Hamilton (2), à M. Rayer (3), ont prouvé que, chez les individus qui succombent à la suite de la scarlatine, et après une complication qui n'est pas rare, l'anasarque, on trouve les reins souvent hyperdémés, et pouvant même présenter les altérations qui caractérisent les deux premiers degrés de la maladie de Bright.

**Division.** — Le cours de la scarlatine se partage en quatre périodes, qui sont: l'*incubation*, l'*invasion*, l'*éruption* et la *desquamation*.

L'*incubation* de la scarlatine, comparée à celle de la variole et de la rougeole, est plus courte que dans celles-ci. On a évalué, en effet, que l'incubation n'était guère que de trois à cinq jours pour la scarlatine.

L'*invasion*. — L'invasion de la scarlatine est marquée communément par des frissons, par une fièvre vive, par une angine plus ou moins intense, par un grand malaise et par de la céphalalgie. A ces symptômes se joignent souvent des épistaxis, des nausées, des vomissements, plus rarement des accidents nerveux, tels que délire, coma ou convulsions: ceci n'a guère lieu d'ailleurs que chez les jeunes sujets. Ces troubles vont en augmentant jusqu'au deuxième jour, époque à laquelle l'éruption apparaît. Il n'est pas rare, pourtant, que celle-ci se montre vingt-quatre et même cinq ou six heures seulement après le premier malaise. La scarlatine est donc, de toutes les fièvres éruptives, celle dont les prodromes sont les plus courts. C'est celle aussi dont les prodromes

(1) *Journal d'Hufeland*, février 1824.

(2) *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1833.

(3) *Traité des maladies des reins*, t. II, p. 428.

peuvent être les plus bénins; il n'est pas rare, en effet, de voir l'éruption éclater presque sans malaise antérieur et surprendre en quelque sorte l'individu au milieu de la santé.

**Éruption.** — La face se tuméfie légèrement, et l'on aperçoit sur elle tantôt une rougeur uniforme, tantôt de petites taches d'un rouge vif ne formant point de saillie, et disparaissant momentanément par la pression. De pareilles taches se montrent bientôt sur le cou, sur la poitrine et aux membres. Au bout de vingt-quatre heures, l'éruption est générale et complète. La peau offre alors une coloration écarlate uniforme, comme si on l'avait barbouillée avec du jus de framboise. Cette coloration existe tantôt par larges plaques irrégulières, séparées par des intervalles où la peau a son aspect normal; d'autres fois la couleur rouge se montre uniformément sur toute la surface du corps; toutefois l'exanthème présente une rougeur plus intense et plus vive partout où l'épiderme a moins d'épaisseur, comme à la partie interne des cuisses, aux aines, sur le scrotum et sur les articulations dans le sens de la flexion des membres. Cependant un épiderme épais, même calleux, tel qu'on le rencontre chez les ouvriers, à la face palmaire des mains, n'empêche pas de voir la rougeur vive de l'éruption scarlatineuse, souvent très-marquée et en quelque sorte prédominante dans cette région. Assez souvent l'éruption scarlatineuse se montre sous un autre aspect: au lieu des larges taches dont je viens de parler, on voit une multitude de petits points rouges extrêmement rapprochés les uns des autres, très-réguliers dans leur disposition, ce qui donne à la surface de la peau l'aspect de certains granits très-fins.

Quelle que soit la forme de l'éruption, la peau est comme tendue, ordinairement sèche, toujours brûlante: sa température est, en effet, communément plus élevée dans la scarlatine que dans les autres fièvres éruptives (41 et même 42 degrés centigrades). Aussi les malades ressentent-ils une chaleur et un prurit ou une cuisson qui n'existent pas au même degré dans les autres pyrexies exanthématiques. En raison de la congestion dont les téguments sont le siège, les pieds et les mains semblent gonflés; ils sont le siège d'une gêne et d'une roideur notables, qui deviennent surtout incommodes lorsqu'on essaye de fléchir les doigts. La fièvre persiste au même degré qu'avant l'éruption, souvent elle redouble; il en est de même de l'angine, qui prend communément une intensité plus grande que dans la seconde période. Si, faisant ouvrir la bouche au malade, on examine quel est l'état de la membrane muqueuse, on reconnaît que la face interne des lèvres et des joues, que les gencives, le voile du palais et ses piliers sont d'un rouge vif, c'est-à-dire colorés de la même manière que les téguments. Cette coloration se rencontre aussi sur la langue, mais en général on la distingue un peu plus tard que sur les autres parties de la bouche, probablement à cause de l'épaisseur plus considérable de son épithélium, ou plutôt encore parce que l'angine y est plus tardive. La rougeur framboisée de la muqueuse buccale et pharyngienne est un phénomène presque constant dans la scarlatine; cependant l'époque de son apparition varie beaucoup. Tantôt, en effet, elle précède l'exanthème cutané, d'autres fois elle apparaît avec lui; plus souvent, peut-être, elle lui est postérieure, et n'est même bien visible que lorsque l'éruption cutanée est à son déclin. Celle-ci persiste, en général, au même degré pendant un ou deux jours. On a dit que sa couleur, moins vive le matin, était plus foncée le soir ou pendant la nuit; mais cette assertion n'est nullement prouvée. C'est lorsque l'exanthème a son maximum d'intensité, c'est-à-dire vers le troisième ou le quatrième jour, qu'on voit souvent, surtout chez les enfants, se développer sur les parties latérales

du cou et de la poitrine, aux aisselles, aux aines, moins souvent ailleurs, un nombre plus ou moins considérable de petites vésicules semi-sphériques contenant un liquide d'abord transparent, puis un peu opaque : c'est une éruption miliaire telle à peu près que nous l'avons vue dans le cours de la fièvre typhoïde. Les vésicules pourtant, dans le cas de la scarlatine, sont plus volumineuses, plus résistantes au toucher, et se rapprochent davantage de celles que nous trouverons bientôt dans la suette. Lorsque l'éruption dont nous parlons existe, on donne à la scarlatine le nom de *scarlatine miliaire*.

*Desquamation.* — Vers le cinquième, ou au plus tard vers le sixième jour de l'éruption, l'exanthème pâlit. Les interstices qui séparent les plaques deviennent plus considérables; la peau n'est plus aussi tuméfiée, la fièvre tombe, le mal de gorge disparaît. Au huitième jour, il n'y a généralement plus trace de rougeur. Celle-ci s'éteint complètement sans laisser après elle aucune macule, comme nous en avons vu après la variole et même après la rougeole; puis un phénomène nouveau se déclare, c'est la desquamation. Elle commence à se faire parfois dès le cinquième jour sur la face et sur les parties latérales du cou et de la poitrine, mais elle dépend plutôt alors de la miliaire concomitante que de la scarlatine elle-même. La desquamation dépendant de la scarlatine seule commence rarement avant le quinzième jour sur le tronc et sur les membres; elle est beaucoup plus tardive encore aux pieds et aux mains, où, en raison sans doute de l'épaisseur de l'épiderme, elle peut se faire attendre vingt ou vingt-cinq jours, parfois même davantage. Quelque temps avant de se détacher, l'épiderme devient plus sec, il prend une teinte blanchâtre, puis il se fendille : c'est une succession de phénomènes qu'on étudie bien à la face palmaire des mains. Quelle que soit la région du corps où elle s'opère, la desquamation de la scarlatine, au lieu d'être furfuracée comme elle l'est dans la rougeole, se fait par grandes écailles comme à la face et au cou, ou par très-larges plaques, comme on l'observe surtout aux pieds ou aux mains, où l'épiderme d'un orteil ou d'un doigt se sépare parfois tout d'une pièce et comme un doigt de gant. La desquamation, que nous avons dit pouvoir commencer dès le quinzième jour à dater de l'éruption, n'a pas cependant de périodes bien fixes ni pour son début ni pour l'époque où elle cesse. Nous l'avons vue quelquefois commencer vers le vingtième ou le vingt-cinquième jour, et il n'est pas rare, même quand elle se fait plus tôt, qu'elle se prolonge jusqu'après le trentième ou le quarantième. Cela dépend le plus ordinairement de ce que l'exfoliation de l'épiderme a lieu deux ou trois fois de suite sur les mêmes points.

Tels sont les symptômes et la marche de la scarlatine qu'on nomme simple ou régulière. Sa durée moyenne, en n'y comprenant pas pourtant la desquamation, est d'un septénaire.

*Variétés.* — La maladie se présente souvent avec des caractères différents de ceux que nous venons d'exposer. L'angine, qui a ordinairement une médiocre intensité, peut être beaucoup plus vive, elle peut même devenir le symptôme prédominant : on dit alors que la scarlatine est *angineuse* (Willan). Dans cette variété les phénomènes précurseurs sont, en général, plus graves : la douleur et le gonflement de la gorge existent dès le début; la déglutition est très-difficile; les amygdales sont tuméfiées et d'un rouge cramoisi; elles se recouvrent, ainsi que tout le fond de la gorge, d'une matière pultacée, grise ou jaune, qui se colore quelquefois en noir, lorsque du sang a été exhalé, et qui se détache aisément et se reproduit de même. Cette matière n'offre aucun des caractères des pseudo-membranes; c'est une espèce de mucus; sa sécrétion n'a aucune importance. Mais parfois il se forme de véritables, fausses membranes

ayant de la tendance à s'étendre au loin; on est alors aux prises avec une affection redoutable, avec une angine couenneuse, maladie à laquelle je consacrerai plus tard un article spécial. Dans l'angine intense, les ganglions sous-maxillaires sont souvent volumineux, très-sensibles; on les a vus quelquefois, ainsi que le tissu cellulaire du cou, s'abcéder et constituer de véritables *bubons scarlatineux*. Dans la scarlatine angineuse, la fièvre est plus vive; il y a souvent des nausées, des vomissements et de la diarrhée. En général, l'éruption apparaît un jour plus tard que dans la variété précédente. Au lieu d'occuper toute la surface du corps, elle n'existe souvent que dans des points limités, comme aux aines, aux aisselles ou aux mains; elle disparaît parfois du jour au lendemain, mais la desquamation qui a lieu, quoiqu'un peu plus tardive à commencer, se fait néanmoins régulièrement.

Il est une autre forme de scarlatine qu'on a appelée *maligne*, en raison de sa gravité. Elle présente, en effet, l'image de la fièvre typhoïde dans ses formes adynamique ou ataxique les plus accentuées. Ici les prodromes offrent encore plus d'intensité que précédemment; les malades tombent dans la prostration; la langue et les dents s'encroûtent de fuliginosités, l'haleine est fétide; il y a du délire, du coma, de la surdité, des soubresauts, de la carphologie : c'est la *scarlatine ataxique* ou *nerveuse*. Le pouls, d'une fréquence extrême, est mou, dépressible; souvent alors l'éruption, tout à fait éphémère, se montre à peine; ou bien elle paraît et disparaît plusieurs fois de suite; presque toujours elle n'occupe que quelques points du corps au voisinage des articulations, surtout dans le sens de la flexion; ailleurs elle prend une teinte livide, elle est souvent parsemée de pétéchies et de larges ecchymoses; diverses hémorrhagies peuvent, comme dans les varioles graves, se faire par diverses muqueuses. Des points gangréneux peuvent même se former sur plusieurs parties du corps. Enfin, le malade meurt tantôt subitement et d'une manière foudroyante, tantôt après une longue agonie.

On voit que, dans les formes angineuse et maligne, l'éruption est souvent peu marquée, partielle et tout à fait éphémère. On conçoit même que, dans un grand nombre de cas, elle puisse passer inaperçue des malades et même des médecins; c'est ce qui arrive en effet fort souvent. C'est probablement à des cas de scarlatine à éruption *partielle et éphémère* qu'il faut rapporter tous les faits qu'on cite comme étant des exemples de scarlatine sans exanthème. La doctrine de la fièvre scarlatine sans éruption compte cependant beaucoup de partisans. Heberden, Jos. Frank et plusieurs autres autorités, la défendent, mais on trouve dans les écrits de ces auteurs bien moins de faits précis que de simples assertions. Quant aux observations rapportées par des médecins contemporains, par Dance (*Archives*, 1830), par M. Trousseau (*Archives*, 1829), par M. Taupin (thèse, 1840), nous croyons qu'elles ne sauraient dissiper tous les doutes et établir d'une manière irrévocable l'existence de la scarlatine sans exanthème. Ceux qui auront vu fréquemment de ces scarlatines à éruption partielle et fugace seront peut-être de mon avis. Ce qui prouve d'ailleurs en faveur d'une éruption méconnue, c'est de voir la desquamation terminer ces scarlatines anormales comme celles qui sont régulières. Cette exfoliation de l'épiderme n'est-elle pas une preuve certaine d'une éruption antérieure? C'est ce que je crois fermement.

*Complications.* — Divers accidents peuvent compliquer la scarlatine : ce sont, dans les formes graves, des hémorrhagies passives par diverses muqueuses et des taches ecchymotiques sur la peau; diverses phlegmasies des organes thoraciques et abdominaux; celles-ci néanmoins sont infiniment moins