

LIVRE VII

MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES

Sous le nom de maladies infectieuses on ne désigne pas seulement celles dont l'agent pathogène a été isolé, mais encore celles qui par leurs allures, se rapprochent absolument des maladies microbiennes, bien que leur microbe soit encore à trouver. On réserve le nom de maladies parasitaires à celles qui sont produites soit par des parasites animaux, soit par des champignons.

Nous décrirons dans un premier chapitre les fièvres éruptives, parce qu'elles forment une famille morbide toute naturelle. Le second chapitre comprendra les autres maladies infectieuses propres à l'homme; le troisième les maladies infectieuses communes à l'homme et aux animaux; le quatrième les maladies parasitaires.

CHAPITRE PREMIER

FIÈVRES ÉRUPTIVES

Les fièvres éruptives sont des maladies infectieuses, dont le microbe nous est encore inconnu, et qui sont caractérisées, outre leurs symptômes généraux, par l'apparition d'un exanthème ou éruption cutanée. Ce sont la scarlatine, la rougeole, la rubéole, la variole et la varicelle. Nous ne parlerons de la rubéole qu'incidemment à propos du diagnostic de la rougeole.

— Enfin, immédiatement après la variole nous étudierons la vaccine.

ARTICLE PREMIER

SCARLATINE

Confondue depuis l'antiquité avec les autres fièvres éruptives, la scarlatine a été décrite pour la première fois comme maladie isolée par SENNERT (1654), et bien étudiée par SYDENHAM qui lui a donné son nom.

1° Étiologie. — Surtout fréquente dans la seconde enfance, de trois à huit ans, la scarlatine s'observe aussi chez l'adulte. Sa principale cause est la contagion qui peut se faire directement ou par l'intermédiaire d'objets contaminés. C'est pendant la période de desquamation que la scarlatine est la plus contagieuse, parce que les squames desséchées sont disséminées un peu partout, et peuvent pénétrer avec les poussières, dans les voies respiratoires de ceux qui approchent les scarlatineux. On a cité un certain nombre de cas où la scarlatine avait succédé à une opération chirurgicale qui n'avait fait probablement qu'ouvrir une porte d'entrée au virus. La nature de ce virus ou contagé nous est inconnue.

La récurrence est exceptionnelle.

La fréquence et la gravité de la scarlatine en Angleterre sont des faits bien connus.

2° Anatomie pathologique. — L'autopsie montre une congestion et une tuméfaction intense de tout le tissu lymphatique de l'économie; la base de la langue et le pharynx, riches en tissu réticulé, la rate, les ganglions mésentériques, les plaques de Peyer, les ganglions cervicaux sont congestionnés et tuméfiés.

Le rein, presque toujours congestionné, présente assez souvent des lésions de néphrite aiguë, cause de la mort. C'est une

néphrite mixte dans laquelle prédominent cependant les phénomènes de congestion, d'œdème et de diapédèse.

On trouve quelquefois des abcès disséminés, des épanchements purulents de la plèvre et du péricarde dont nous parlerons à propos des complications.

Les lésions cutanées consistent surtout dans une congestion intense.

L'agent pathogène de la scarlatine est encore inconnu, bien qu'on ait quelquefois mis en évidence dans le sang diverses bactéries (COZE et FELTZ, KLEIN). Plus récemment on a incriminé le streptocoque qu'on trouve dans le pharynx et qui produit l'angine scarlatineuse : un certain nombre de complications paraissent en tout cas devoir lui être imputées.

3° Symptômes. — La période d'incubation de la scarlatine est très courte : elle varie de un à quatre jours et en tout cas ne dépasse qu'exceptionnellement une semaine.

a. *Période d'invasion.* — L'invasion s'annonce par des frissons, une élévation brusque de la température aux environs de 40°, de l'accélération du pouls, des nausées, des vomissements, de l'agitation, de la céphalalgie, et de la douleur à la déglutition : dès cette période l'examen de la gorge montre une rougeur diffuse. La période d'invasion est très courte; l'éruption se montre le lendemain ou le jour même.

b. *Période d'éruption.* — L'éruption débute sur le cou, le thorax et le ventre; puis elle se généralise. Elle est formée de plaques rouge vif, non saillantes, souvent confluentes au point de former un érythème diffus sur lequel se détachent des points plus foncés violacés; c'est aux plis articulaires, à l'aîne, au pli du coude, qu'elle est le plus marquée : aussi est-ce là qu'il faut la chercher lorsqu'elle est encore peu apparente. Sur la face il y a de larges bandes rouges, comme la marque d'un soufflet. — En même temps la langue desquame et devient d'un rouge vif, l'appétit est nul, le malade est agité, la température se maintient élevée autour de 40° ou continue à augmenter légèrement, les urines sont souvent un peu albumineuses, la douleur à la déglutition est de plus en plus prononcée; l'examen du pharynx

montre, outre la rougeur diffuse de la gorge, un gonflement des amygdales dont les cryptes laissent sourdre des exsudats blanchâtres; l'engorgement des ganglions de l'angle de la mâchoire est précoce, la sécrétion salivaire est augmentée. L'angine évolue en trois ou quatre jours et se termine habituellement par la résolution.

L'éruption, après s'être progressivement formée et avoir pris une teinte pourprée, s'atténue au bout de quatre ou cinq jours

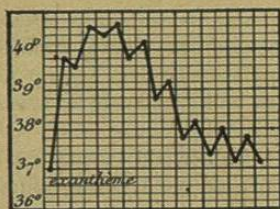


Fig. 63.

Marche de la température dans une scarlatine sans complications.

et disparaît rapidement en même temps que la température baisse.

c. *Période de desquamation.* — Elle suit la disparition de l'exanthème et offre la même marche que l'éruption : c'est par le tronc qu'elle commence. Elle se fait par petites squames, sauf au niveau des mains et des pieds, où se détachent de vastes lambeaux d'épiderme, parfois en doigt de gant. Au-dessous apparaît le nouvel épiderme d'abord rosé, mais qui ne tarde pas à prendre la teinte normale des téguments. L'épithélium du pharynx et de la langue se renouvelle également. — La desquamation est rarement suivie ou interrompue par une rechute, c'est-à-dire une réapparition de l'exanthème.

4° *Anomalies dans les symptômes.* — L'exanthème perd quelquefois les caractères de l'éruption scarlatineuse pour prendre un aspect boutonneux, vésiculeux, pétéchial ou s'accompagner de démangeaisons. Dans quelques rares cas il paraît

manquer complètement et on ne reconnaît la scarlatine qu'à sa desquamation : celle-ci à son tour peut faire défaut.

L'angine manque aussi quelquefois; SANNÉ l'a vue remplacée par de la stomatite.

La fièvre peut être totalement absente, et cependant ces scarlatines frustes sont susceptibles de donner naissance par contagion à de véritables scarlatines. Dans d'autres cas la température atteint un degré élevé (*formes hyperthermiques*). Les cas où l'exanthème et la fièvre manquent simultanément constituent la forme latente de GRAVES et de TROUSSEAU : on conçoit que la notion d'une épidémie ou l'apparition d'une complication en rendent seules le diagnostic facile.

Ces diverses scarlatines anormales peuvent mériter le nom de scarlatines frustes puisqu'il manque un ou plusieurs des principaux symptômes. Les complications que nous allons maintenant énumérer peuvent par leur intensité contribuer à égarer le diagnostic et constituer ainsi de véritables anomalies.

5° *Scarlatines malignes.* — On les divise en formes gastro-intestinales et formes nerveuses. Les premières se caractérisent par de la gastro-entérite, des vomissements, de la diarrhée ou de la dysenterie : elles simulent assez bien, lorsque l'éruption est mal dessinée, un embarras gastrique grave. — Les secondes s'accompagnent de phénomènes nerveux intenses. La *forme foudroyante* débute brusquement, sans prodromes; la température monte à 41, 42° et même au delà; le délire, les convulsions, le coma, conduisent rapidement à la mort; celle-ci peut survenir en quarante-huit heures, onze heures (TROUSSEAU), en quelques instants (BAGINSKY), avant que l'éruption se soit manifestée. De pareils faits, assez fréquents en Angleterre, s'observent exceptionnellement en France.

On observe encore la forme *algide* ou syncopale (WOOD et KENNEDY), la forme *ataxo-dynamique* caractérisée par la langue rôtie et fuligineuse, le délire, la prostration extrême, les irrégularités de la température, la dyspnée nerveuse d'origine bulbaire. Tantôt ces graves phénomènes nerveux emportent le malade avant l'éruption, tantôt ils ne se montrent qu'après elle (*formes tardives*).

La scarlatine est quelquefois *hémorragique*; au moment de l'éruption la peau se couvre de pétéchies; en même temps se produisent des saignements de nez et de l'hématurie.

6° Complications. — Les principales sont : les angines graves, la néphrite, le rhumatisme, les inflammations des séreuses, les suppurations.

a. *Angine.* — L'angine est un symptôme habituel de la scarlatine la plus normale, mais dans certains cas elle revêt une gravité toute particulière : la déglutition est très douloureuse, la gorge est tapissée d'un épais enduit pultacé, ou même de fausses membranes rappelant celles de la diphtérie, mais plus grisâtres, sales, et comme enchâtonnées par un gonflement de la muqueuse tout autour d'elles; les ganglions de l'angle de la mâchoire sont engorgés, l'haleine est fétide, mais il n'y a jamais ou presque jamais de croup consécutif, ce que Trousseau exprimait en disant que la scarlatine n'aime pas le larynx. — Parfois cette angine revêt une forme maligne ou septique : la température atteint ou dépasse 40°, la fétidité de l'haleine devient extrême, les fausses membranes, enlevées au pinceau, laissent au-dessous d'elles une ulcération saignante; il y a du jetage nasal, des épistaxis, de la conjonctivite.

Malgré la gravité de ces symptômes, cette angine *précoce*, qui survient dès les premiers jours de la scarlatine, n'est pas de la diphtérie (Trousseau); dans les fausses membranes on met en évidence le streptocoque⁴ associé ou non au colibacille, mais jamais le bacille de Löffler (Bourges). — Il en est tout autrement de l'angine pseudo-membraneuse *tardive*, qui survient dans la convalescence de la scarlatine, après la desquamation et la chute de la température; elle constitue bien une diphtérie greffée sur la scarlatine, ainsi que le montre l'examen bactériologique.

Une forme d'angine non moins grave peut encore se montrer dans la scarlatine : l'*angine gangréneuse*. Elle s'accompagne de fétidité de l'haleine, d'une adénopathie énorme (*bubon scarlatineux*), et d'un état général très alarmant; elle est très souvent mortelle.

⁴ On peut aussi le retirer par ponction de la profondeur de l'amygdale (Lemoine).

L'ulcération des gros vaisseaux du cou, l'œdème et l'infiltration purulente sus-glottique, une otite suppurée interminable sont la conséquence trop fréquente de ces angines. Il n'est même pas impossible que l'angine normale soit la cause d'une série de complications de la scarlatine, telles que le rhumatisme, les abcès, la péricardite purulente, etc., qu'on rattache à une infection secondaire.

b. *Néphrite.* — La néphrite ne doit pas être confondue avec l'albuminurie qui accompagne l'éruption et que Gübler attribuait à la congestion du rein; elle survient au contraire pendant la période de desquamation ou après elle.

C'est une complication très fréquente et d'un pronostic grave, soit immédiatement, soit au point de vue de ses conséquences éloignées. Le refroidissement paraît être sa cause occasionnelle la plus active. Des douleurs dans la région des reins avec élévation de la température, des urines sanglantes et albumineuses, la diminution de la quantité d'urine qui va parfois jusqu'à l'anurie complète, l'apparition brusque d'une anasarque généralisée, avec ascite et hydrothorax, sont ses principaux symptômes. Ses modalités cliniques sont d'ailleurs variables : tantôt elle s'installe insidieusement, ne se révélant que par une légère bouffissure des paupières le matin au réveil, ou un peu d'œdème des malléoles, tantôt elle s'annonce brusquement par l'anurie ou l'hématurie. En tout cas il faut examiner systématiquement de temps à autre l'urine des scarlatineux afin d'instituer un traitement aussi précoce que possible. Cette néphrite peut emporter le malade en quelques jours au milieu d'accidents urémiques, ou entraîner la mort par œdème glottique ou pulmonaire; dans les cas où elle paraît guérir elle devient fréquemment le point de départ d'un mal de Bright chronique. On l'attribue soit à la suppression des fonctions de la peau, consécutive à l'exanthème, soit à l'élimination de l'agent infectieux encore inconnu de la scarlatine.

L'anurie, l'hématurie ou l'anasarque, signes ordinaires de la néphrite, peuvent exister isolément dans quelques cas de scarlatine, en l'absence de tout autre symptôme de néphrite.

c. *Rhumatisme.* — Le rhumatisme scarlatin n'offre pas d'habitude l'intensité ni la généralisation du rhumatisme articulaire

aigu, et sa durée ne dépasse guère dix ou quinze jours; parfois cependant il passe à la suppuration. PETER le considérait comme un réveil de la diathèse rhumatismale sous l'influence de la scarlatine; d'autres pensent qu'il est bien un effet direct de celle-ci. Les cas où il passe à la suppuration, ce qui ne s'observe pas dans le rhumatisme articulaire aigu, viennent bien à l'appui de cette dernière opinion; il s'agit probablement d'un pseudo-rhumatisme infectieux.

d. *Lésions des séreuses.* — Les séreuses viscérales sont intéressées beaucoup plus rarement par la scarlatine: l'endocardite, la pleurésie, la méningite, la péritonite, ont été observées; la péricardite, plutôt purulente ou hémorragique que séreuse, comporte un pronostic à peu près fatal.

e. *Suppurations.* — Les suppurations les plus fréquentes sont: les bubons du cou, le phlegmon péripharyngien, les abcès sous-cutanés et surtout l'otite. Cette dernière est la plus tenace avec celles de la tuberculose et de la diphtérie: elle aboutit souvent à la nécrose des osselets et du rocher et peut devenir à son tour une cause de méningite purulente. Les épanchements purulents des séreuses ont été signalés plus haut.

Des gangrènes diverses, de la stomatite et de la glossite, des paralysies, des embolies constituent des complications exceptionnelles.

7° *Pronostic.* — Le pronostic de la scarlatine doit toujours être réservé. En effet, indépendamment des formes malignes qui offrent une gravité immédiate, l'affection peut devenir mortelle, même tardivement, même pendant la convalescence, par suite d'une des complications qui viennent d'être énumérées. Nous avons signalé la possibilité d'une néphrite chronique succédant à la néphrite aiguë.

La gravité de l'affection est très variable suivant les épidémies et suivant les races; ainsi les scarlatines malignes sont beaucoup plus fréquentes en Angleterre.

8° *Diagnostic.* — La scarlatine est caractérisée par son début brusque, par l'angine, par la rougeur vive de la langue, par la

desquamation tardive des téguments. Elle ne sera donc pas confondue:

a. *Avec une angine simple* ou avec la diphtérie; l'éruption tranchera le diagnostic;

b. *Avec le rash* de la variole, qui s'accompagne de rachialgie intense et de vomissements et ne fait que précéder l'apparition des pustules.

c. *Avec le typhus exanthématique.*

d. *Avec les éruptions médicamenteuses*: on se rappellera à ce propos que l'intoxication par l'atropine est la seule à donner des manifestations pharyngées.

9° *Traitement et prophylaxie.* — Régime lacté. Éviter tout refroidissement. Les formes malignes, avec hyperthermie, sont justiciables des bains froids et des toniques généraux. Chaque complication doit être traitée dès son apparition, la néphrite notamment par les purgatifs drastiques et les ventouses sèches ou scarifiées sur la région lombaire.

Il est bon de pratiquer l'antisepsie de la gorge, des fosses nasales et du pharynx nasal au moyen de gargarismes antiseptiques (acide salicylique, 3 gr.; saccharine, 0^{gr},50; eau bouillie, 1 000 gr.) et de pulvérisations. — L'isolement est de rigueur. Comme les squames sont très contagieuses, il est indiqué, lorsque la desquamation est en pleine activité, de pratiquer des onctions de la peau avec de la vaseline boriquée, ou tout au moins aseptique, et de donner ensuite un bain qui enlève les squames en bloc. Des lavages soigneux de la peau et des cheveux avec une solution antiseptique (sublimé à 1 p. 1 000) rempliront le même but. On considère la période dangereuse au point de vue de la contagion comme durant quarante jours. Les objets ayant servi au malade doivent être stérilisés.

ARTICLE II

ROUGEOLE

La rougeole est une maladie infectieuse, spécifique, épidémique et contagieuse, caractérisée cliniquement par une érup-

tion spéciale occupant les muqueuses et la peau. — Confondue depuis les médecins arabes avec la variole et la scarlatine, la rougeole en a été nettement distinguée par SYDENHAM (1669) et par BORSIERI.

1° Étiologie. — C'est certainement la plus commune des fièvres éruptives, au moins dans nos régions; peu de sujets y échappent, et sa fréquence ne subit aucunement l'influence du sexe.

Rare dans les premiers mois de la vie, elle devient surtout fréquente de 3 à 10 ans; mais comme le remarque fort justement COMBY, si les adultes échappent souvent à ses atteintes, cela tient moins à une immunité conférée par l'âge, qu'à celle acquise par une première atteinte dans l'enfance.

On a longtemps admis en effet, presque sans conteste, que la rougeole *ne récidivait pas*; des travaux plus récents ont démontré que c'est là une proposition générale, mais qui admettrait une moyenne de 7 exceptions pour 100 (TROJANOWSKI). Les récurrences alors sont dues, soit au terrain, le malade étant plus apte à la réinfection, soit à une virulence particulière du milieu épidémique dans lequel il se trouve.

Le mécanisme de la contagion a été surtout précisé par les recherches de LOOKE, de WILLAN et de GRANCHER; elles ont démontré la virulence de la sécrétion catarrhale des muqueuses, par opposition à l'innocuité presque absolue des écailles furfuracées de la peau. L'atmosphère ne semble jouer qu'un rôle peu important dans la contagion de l'affection: presque toujours il s'agit de contagion directe; elle se fait par le contact même du malade, ou à son voisinage, mais alors dans un rayon très restreint. Quelques mètres de distance, un écran suffisent pour l'empêcher. Quant à la contagion indirecte, elle ne s'exerce que par des objets ayant eu *depuis peu* contact avec le malade atteint: SEVESTRE, BARD, GRANCHER croient au peu de persistance de vitalité du germe morbilleux hors du sujet infecté, et pensent que, pour que l'objet intermédiaire soit dangereux, il faut que son contact avec le rougeoleux ne remonte pas à plus de deux ou trois heures, d'où l'inutilité de la désinfection des objets et des locaux.

La rougeole est contagieuse avant l'éruption; elle l'est surtout au moment où le catarrhe oculo-nasal est très accusé; ce catarrhe terminé, la contagion n'est plus à craindre et il est inutile d'isoler le malade pendant la desquamation.

2° Bactériologie. — Tout montre dans l'étude étiologique de la rougeole que l'on se trouve en présence d'une maladie nettement infectieuse: aussi a-t-on depuis longtemps recherché son agent microbien.

Les travaux de COZE et FELTZ, puis de CANON et PIELICKE ont montré, dans le sang des rougeoleux et dans leurs sécrétions muqueuses, un bacille que BARBIER serait même parvenu à cultiver. Mais ces résultats devront être confirmés.

Mentionnons encore avec BOULLOCHE l'abondance des staphylocoques et des streptocoques dans la bouche et au niveau de la conjonctive des rougeoleux, et l'importance de ces microbes dans les infections secondaires.

3° Anatomie pathologique. — La plupart des lésions de la rougeole simple étant très fugaces n'ont, pour ainsi dire, pas d'anatomie pathologique.

On sait cependant qu'histologiquement les éléments éruptifs de la *peau* sont constitués par une hyperémie à laquelle s'ajoutent l'infiltration leucocytaire et même quelques foyers de nécrose cellulaire par dégénérescence colloïde, ainsi que l'a démontré CATRIN dans la rougeole boutonneuse.

Les lésions des *muqueuses* sont une simple inflammation catarrhale avec desquamation épithéliale, surtout bien étudiée par COYNE au niveau du larynx. On a noté encore une diminution des hématies pendant la période fébrile (DEMME), et des altérations vasculaires dans les formes malignes. Quant aux lésions *viscérales*, ce sont toutes des manifestations secondaires, extra-morbilleuses, telles que la broncho-pneumonie que souvent l'on constate à l'autopsie de sujets morts par suite de la rougeole.

4° Symptômes. — On distingue dans l'évolution clinique de

la rougeole, trois périodes principales : l'invasion, l'éruption et la desquamation.

Elle est précédée d'une période d'incubation dont la durée doit être estimée à neuf ou dix jours. Cette période d'incubation est en général absolument latente : les malaises qu'on peut y rencontrer n'ont aucune valeur diagnostique ; les quelques faits de rash qui ont été signalés sont fort rares. BOLOGNINI a cependant mentionné, à ce moment, avant la fièvre de l'invasion, un symptôme particulier qui aurait une grande importance : c'est un frottement péritonéal spécial, dû probablement à un énan-

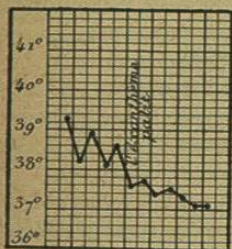


Fig. 64.
Marche de la température
dans la rougeole.

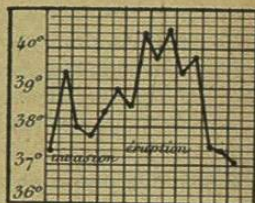


Fig. 65.
Rougeole arrivée à l'hôpital
en pleine éruption.

thème morbilleux péritonéal fugace, mais qui serait le premier signe révélateur de la pyrexie.

a. *Période d'invasion.* — Deux symptômes essentiels marquent l'invasion de la rougeole : ce sont la *fièvre* et l'*inflammation des muqueuses* oculaire, nasale et laryngée (*évanthèmes*).

La durée de l'invasion est ici beaucoup plus longue que dans toutes les autres fièvres éruptives : elle est, en effet, en moyenne de trois à quatre jours ; elle peut cependant quelquefois manquer complètement.

La fièvre atteint ordinairement 39° ; elle baisse en général au second ou au troisième jour, pour reparaitre intense au moment de l'éruption.

Le catarrhe des muqueuses est le symptôme le plus patho-

gnomonique de la période d'invasion : il se manifeste du côté du nez par du coryza et de l'enchifrènement, du côté des yeux par du larmolement et de la photophobie, du côté du larynx et des bronches par une toux féline et parfois des accès de laryngite striduleuse, du côté de la bouche par un érythème pointillé du palais et par une stomatite érythématopultacée assez fréquente d'après COMBY, du côté de l'oreille moyenne par un certain degré d'otite signalée par BEZOLD, du côté de l'intestin enfin par de la diarrhée (TROUSSEAU). L'érythème pointillé du palais serait précédé, d'après KOPLIK, de taches blanc bleuâtre, fugaces, sur la muqueuse des joues ; ce signe existerait dès le premier ou le second jour de la maladie.

b. *Période d'éruption.* — L'exanthème caractéristique de la rougeole qui suit rapidement la série des évanthèmes précédents, commence par la face où il est constitué par de petites macules très légèrement papuleuses, rosées, douces au toucher et comme veloutées. Cette éruption qui laisse généralement, entre ses éléments constitutifs, de grands intervalles de peau saine envahit de haut en bas tout le corps en quarante-huit heures environ ; elle peut être légèrement modifiée de type, devenant quelquefois boutonneuse, miliaire ou même ecchymotique. Sa durée est en général éphémère : elle pâlit rapidement, en 4 ou 5 jours, en même temps que la température, qui était restée élevée pendant toute sa durée, tombe assez brusquement.

c. *Période de desquamation.* — C'est le premier signe de la convalescence ; comme l'éruption, elle commence à la face et progresse de haut en bas. Elle est ici du type furfuraté, c'est-à-dire par fines écailles bien différentes des larges lambeaux de la scarlatine. L'état général s'amende rapidement, et du quinzième au vingtième jour de la maladie tout est terminé.

Tel est le type de la rougeole normale ; mais elle peut être modifiée soit dans son allure générale (ce sont les anomalies) ; soit par des manifestations pathologiques surajoutées (ce sont les complications).

5° **Anomalies.** — La rougeole type peut être aggravée ou au

contraire atténuée : nous avons donc à décrire des formes bénignes et des formes malignes.

Les rougeoles bénignes sont les cas abortifs où tous les symptômes disparaissent rapidement, et les cas frustes où un symptôme important fait défaut, comme par exemple l'éruption cutanée elle-même.

Les rougeoles malignes comprennent : 1° la forme hémorragique dont l'éruption devient rapidement purpurique au niveau et en dehors des papules morbillieuses : ce caractère la distingue de la rougeole ecchymotique dont les hémorragies cutanées se font simplement au niveau des taches morbillieuses et qui d'ailleurs ne s'accompagnent pas d'hémorragies des muqueuses ; 2° la forme hyperthermique et ataxo-dynamique, à allure de fièvre typhoïde, et avec dyspnée souvent extrême qui aboutit à la mort par asphyxie ; 3° certaines formes où l'éruption ne se fait pas ou se fait à peine.

Les rougeoles à éruption prolongée, durant une semaine et plus, n'offrent pas de gravité spéciale. Comme dernière anomalie, signalons les rougeoles secondaires qui se développent sur un terrain d'ailleurs malade ou affaibli, ce qui en aggrave singulièrement le pronostic.

6° Complications. — Les complications de la rougeole sont des plus importantes à connaître : car elles contribuent beaucoup à aggraver le pronostic d'une maladie le plus souvent bénigne.

Elles dépendent avant tout du terrain, du jeune âge et comme l'a démontré GRANCHER, du milieu, surtout de l'hospitalisation qui en somme est mauvaise pour les rougeoleux. Elles sont pour la plupart le résultat d'une infection secondaire ; ainsi la broncho-pneumonie est due au staphylocoque, au streptocoque, au pneumo-bacille de FRIEDLÄNDER, mais surtout au pneumocoque, qui est tantôt l'hôte habituel de notre cavité buccale (auto-infection), tantôt apporté du dehors (hétéro-infection).

L'appareil respiratoire est surtout le siège de ces complications : on y voit apparaître la laryngite qui peut se manifester par de véritables accès striduleux, l'adénopathie trachéo-bronchique et surtout la broncho-pneumonie qui est certainement la

plus grave des complications de la rougeole. Le froid, le jeune âge, l'affaiblissement de l'organisme et surtout l'encombrement sont ses causes les plus habituelles. Elle se manifeste ici par ses symptômes ordinaires : élévation de la température, accélération extrême des mouvements respiratoires avec battements des ailes du nez, cyanose de la face, et à l'auscultation pluie de râles sibilants, crépitants et sous-crépitanes fins. La mortalité atteint 30 ou 40 p. 100. La pâleur ou la disparition de l'éruption (TROUSSEAU), une température de 40 à 41° persistant pendant deux ou trois jours (DESPIÈRE et PICOT), une dyspnée intense, sont des signes de fâcheux augure.

Enfin, parfois la pneumonie franche, la diphtérie, et plus fréquemment la tuberculose peuvent se greffer sur la rougeole. Cette tuberculose dite post-rubéolique était quelquefois antérieure à la rougeole, mais a subi du chef de cette infection un rapide développement.

L'appareil digestif offre surtout des stomatites ulcéro-membraneuses et quelques cas d'entérites avec diarrhée rebelle. Le noma est une complication des plus redoutables. Du côté des organes des sens, on a signalé la fréquence des conjonctivites, et celle des otites moyennes, parfois assez graves. Le cœur n'est presque jamais intéressé ; il en est de même du système nerveux où l'école anglaise a cependant mentionné plus d'une complication médullaire ou méningée. On a enfin signalé des vulvites, quelquefois avec gangrène, et de rares néphrites.

7° Diagnostic. — Reconnaître une rougeole bien typique est en général chose relativement facile en pleine période d'exanthème, quoiqu'il y ait cependant, comme nous le verrons, plus d'une éruption qui puisse la simuler. Mais ce qu'il faudrait au point de vue prophylactique, c'est dépister la rougeole avant toute manifestation cutanée, c'est-à-dire au moment où elle est surtout dangereuse. Or, c'est là un point très délicat, sinon même souvent impossible à élucider : l'inflammation oculo-nasale ressemble trop, en thèse générale, à celle d'un coryza banal pour qu'elle puisse permettre de se prononcer, sauf si l'on est en milieu essentiellement infecté ; aussi devra-t-on surtout,