irrigations à l'eau bouillie chaude. Ouvrir de bonne heure les abcès ganglionnaires ou sous-cutanés. A la *convalescence*, éviter une alimentation trop carnée qui peut favoriser l'albuminurie (Lépine).

En cas de *néphrite*, ventouses sur la région lombaire, purgatifs drastiques (julep, scammonée, 0gr,25 à 0gr,50), diète lactée absolue. Combattre l'*éclampsie* et l'*urémie* par les moyens habituels, glace sur la tête, chloral, bromure (1 à 3 grammes), inhalations d'éther ou de chloroforme.

Le *pseudo-rhumatisme* sera soulagé par l'antipyrine, 0gr,50 à 3 grammes, plutôt que par le salicylate.

Dans les formes *nerveuses ataxo-adynamiques*, affusions froides, drap mouillé et de préférence bain froid à 20°, appliqué suivant la méthode de Brand. Même traitement dans les formes hyperpyrétiques qui vont à 41°, 42° et même 43°, ainsi que dans les formes fébriles prolongées au delà de quelques jours.

ARTICLE V

ROUGEOLE

La rougeole est une maladie éruptive, dont l'exanthème est érythémateux comme celui de la scarlatine, mais il est réparti par macules circonscrites, distinctes les unes des autres et ne forme pas de larges placards.

1° Étiologie. — Elle comprend l'étude de l'âge, du sexe, de la contagion, de l'immunité et du contage.

a. *Age.* — La rougeole est la plus fréquente des maladies éruptives. C'est en effet celle qui présente la contagiosité la plus marquée. Il n'y a guère d'immunité que celle qui est conférée par une première atteinte. Cependant les nouveau-nés et les nourrissons dans les premiers mois de la vie échappent en général à la propagation de la maladie, comme si l'immunité conférée à la mère par une première atteinte se transmettait atténuée et temporaire à l'enfant. Dès la fin de la

première année, la rougeole se montre avec une fréquence progressive. A partir de l'adolescence, la rougeole est exceptionnelle parce qu'il est rare qu'on y échappe dans la période précédente. Toutefois, j'ai vu la rougeole chez un jeune homme de dix-neuf ans, qui à l'âge de sept ans, avait vécu à côté d'un autre enfant atteint de rougeole, sans la contracter. Il y a donc certaines immunités, exceptionnelles il est vrai. Les adultes et les vieillards non immunisés par une rougeole antérieure n'ont pas perdu leur réceptivité ainsi qu'en témoigne l'épidémie des îles Féroé rapportée par Panum. L'âge le plus favorable au développement de la rougeole est compris entre deux et dix ans. C'est la période scolaire qui paraît en être la condition la plus constante. La rougeole est très tardive chez les enfants élevés dans leur famille, très précoce chez les enfants d'ouvriers qui fréquentent les écoles maternelles (trois ans), intermédiaire pour les enfants qui abordent d'emblée l'école primaire (cinq ans).

b. *Sexe.* — Le sexe ne présente aucune influence.

c. *Contagion.* — La rougeole est *inoculable* par les sécrétions lacrymales, salivaires, par le sang (Monro, Looke, Willan, Mayr, etc...). La rougeole inoculée, comme la variole inoculée, a une incubation abrégée.

La contagion se fait surtout au voisinage du rubéolique, soit par l'intermédiaire de l'air dans un rayon de quelques mètres (Sevestre) soit par contact direct ou indirect (Grancher), ce dernier étant réalisé par des objets que la rubéolique a pu toucher. Le virus rubéolique dure peu, deux à trois heures (Sevestre), de sorte que, pratiquement, la contagion même indirecte exige la présence du rubéolique et que la rougeole ne peut constituer de foyer infectieux (Bard). C'est là un fait important, car il dispense de toute pratique de désinfection dans une salle ou un appartement occupés par des sujets atteints de rougeole.

A quelle période la contagion s'exerce-t-elle le plus facilement ? On sait que c'est à la période de prééruption (Girard), alors que le diagnostic est en suspens. Aussi est-il difficile de faire la prophylaxie de la rougeole. La période éruptive peut transmettre la maladie, au moins pendant les premiers jours, mais moins activement que la précédente. Quatre ou cinq

jours après l'éruption, la rougeole ne se transmet plus (Beclère).

d. *Immunité*. — Une première atteinte de rougeole vaccine à peu près sûrement. Les récidives sont exceptionnelles. On a décrit des rechutes survenant huit à quinze jours après la première atteinte[1]. J'ai vu plusieurs cas de ce genre. Ils sont d'une interprétation discutable.

e. *Contage*. Il n'est pas encore établi. Le bacille que Canon et Pielicke[2] ont trouvé dans le sang des rubéoliques n'a pas été confirmé par Laveran et Josias. Griffits a décrit dans l'urine une ptomaïne spéciale. Les complications infectieuses de la rougeole sont produites par des microorganismes qui habitent à l'état normal nos cavités.

2° Symptômes. — La rougeole a une évolution assez régulière que l'on divise habituellement en quatre périodes : l'incubation, l'invasion, l'éruption, la desquamation. Cette division toute naturelle est basée sur l'importance qu'acquiert au point de vue diagnostique l'apparition des macules cutanées. Mais dans la période d'invasion, l'éruption existe déjà localisée sur les muqueuses et pour mieux rappeler ce fait, j'appellerai la deuxième période énanthématheuse, la troisième exanthématheuse.

A. Période d'incubation. — L'incubation est absolument latente. Sa durée est de huit à dix jours. Lorsqu'elle se prolonge au delà de ce terme, elle indique une immunité relative et, par conséquent, une forme bénigne. Il n'y a aucune élévation de température pendant la période d'incubation. J'ai fait cette recherche avec Péhu dans 63 cas hospitaliers et elle a été constamment négative (Weill et Péhu, *Ann. de méd. et chir. infantiles*, 1901).

B. Période de l'énanthème. — Sa durée moyenne est de trois à quatre jours. Elle se traduit par le catarrhe oculo-nasal, trachéo-bronchique, plus rarement par du catarrhe intestinal et vulvaire, presque constamment par une érythème bucco-pharyngé. Le plus souvent la rougeur des muqueuses est diffuse,

[1] *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1895, Lemoine, Chauffard, etc.
[2] Canon et Pielicke, *Berl. Klin. Wochs.*, 1892.

mais parfois on peut reconnaître un pointillé éruptif au niveau des conjonctives et surtout du palais, de chaque côté du raphé médian[1]. Koplick a décrit avant l'apparition du pointillé palatin la présence sur la muqueuse des joues, dès le premier ou le

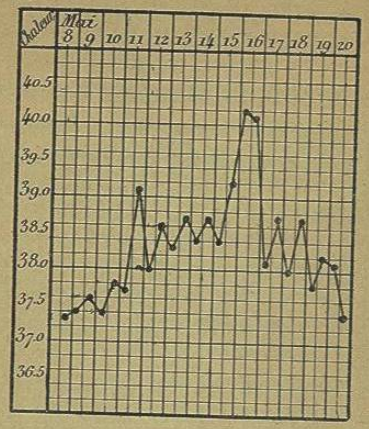

Fig. 9.
Rougeole classique.

second jour de l'invasion fébrile, de taches blanc bleuâtre qui disparaissent assez vite. C'est là le *signe précoce de Koplik*. Malgré de nombreuses recherches je n'ai observé les taches de Koplik que trois fois dans la rougeole ; par contre je l'ai trouvé une fois dans la varicelle. Comby a décrit une stomatite érythémato-pultacée[2] ; elle n'a également qu'une valeur très relative, on la trouve dans la scarlatine, la grippe, et beaucoup d'affections fébriles. Le pointillé du palais a plus d'importance, mais il n'est pas constant.

Le sujet éprouve du picotement conjonctival, du larmoiement, parfois de la photophobie, des éternuements répétés, de la toux sèche, quinteuse, férine, fatigante, avec tendance au spasme et

[1] Voir planche III, fig. 1.
[2] Voir planche III, fig. 2.

dans quelques cas des accès de laryngite striduleuse. On constate aussi de la diarrhée et un écoulement vulvaire. Au début les muqueuses sont le siège d'un simple érythème avec hypersécrétion ; mais rapidement elles desquament[1], la sécrétion est plus épaisse, il se forme au niveau de la bouche et du pharynx des dépôts pultacés, au niveau du larynx et des bronches des mucosités denses et opaques, au niveau des conjonctives des concrétions chassieuses, et c'est à cause de ce changement rapide

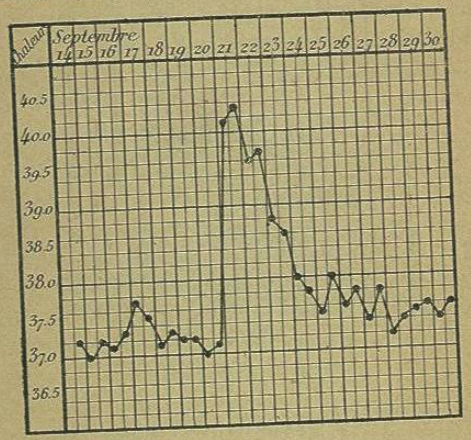

Fig. 10.
Rougeole sans énanthème et sans période d'invasion.

dû à la fragilité de l'épithélium des muqueuses, que l'énanthème caractérisé par un pointillé rouge s'efface pour céder la place à un catarrhe vulgaire. L'énanthème a donc aussi sa desquamation qui s'opère vite et se prolonge généralement pen-

[1] Le mot *desquamation* ne s'applique pas littéralement aux phénomènes qui se produisent à la surface des muqueuses. L'épithélium s'élimine, mais ne constitue, surtout au niveau des muqueuses qui ne sont pas construites sur le type ectodermique, qu'une faible partie des dépôts qui les recouvrent, et qui sont formés en majeure partie de mucosités sécrétées par les glandes et de leucocytes.

dant la durée de l'exanthème. Les catarrhes oculo-nasal et trachéo-bronchique donnent au patient une physionomie non pas caractéristique, mais assez spéciale. L'enfant a un visage congestionné, rouge, un peu bouffi, avec des yeux larmoyants, un nez enchifrené, laissant tomber des sécrétions sur la lèvre supérieure, en même temps qu'il est secoué par une toux fréquente.

A cette période de l'énanthème se rattachent des phénomènes généraux caractérisés surtout par l'élévation de la température. La fièvre monte brusquement à 38°5, 39, 39°5, oscille pendant deux ou trois jours avec des écarts très variables autour d'un de ces chiffres, subit assez souvent une détente à la fin du troisième ou au commencement du quatrième jour, puis remonte au moment de l'exanthème. La température paraît proportionnée au développement des efflorescences muqueuses ou cutanées. Aussi est-elle moins élevée à la période de l'énanthème qu'à celle de l'exanthème, ce dernier acquérant un développement beaucoup plus considérable. Lorsque l'énanthème fait défaut, la fièvre n'apparaît qu'au moment de l'exanthème. Nous reproduisons ci-contre un tracé à l'appui de cette opinion.

C. Période de l'exanthème[1]. — Nous décrirons successivement la lésion élémentaire, la topographie de l'éruption, son évolution et les symptômes généraux.

a. *Lésion élémentaire.* — L'éruption est formée de macules grosses comme des têtes d'épingle en verre, arrondies ou allongées, rouges, légèrement saillantes ou parfois papuleuses, ce qui a fait donner à la rougeole, dans ce cas particulier, le nom de *boutonneuse*. Elles sont isolées ou réunies par groupes plus ou moins complexes dessinant des corymbes, des arcs de cercle. Entre les macules isolées et entre les groupes, il y a toujours des intervalles de peau saine.

b. *Topographie.* — L'éruption débute à la face qu'elle occupe le premier jour ; le second jour elle s'étend au tronc et aux membres supérieurs ; le troisième jour, aux membres inférieurs. A ce moment, le tégument est recouvert d'une infinité de taches

[1] Voir planche IV.

rouges qui, en certains points (fesse, ceinture), forment de véritables placards.

c. *Évolution de l'éruption.* — Elle pâlit rapidement au bout de deux ou trois jours. La teinte rouge s'efface pour faire place à une coloration cuivrée, puis jaune pâle qui disparaît peu à peu.

d. *Symptômes généraux.* — La fièvre qui a accompagné le développement de l'énanthème, après avoir diminué le troisième jour remonte le quatrième avant l'éruption à 40° et au delà, puis suit parallèlement la marche de l'exanthème. Lorsque celui-ci est très développé, la température reste élevée avec quelques rémissions matinales et dure tout le temps de l'éruption, se prolongeant avec elle, s'atténuant au bout de trois à quatre jours dès qu'il pâlit pour revenir à la normale, soit par une défervescence brusque, soit en lysis. Le pouls se règle sur la température ; il atteint 120 à 150 et retombe ensuite à son chiffre habituel. Pendant cette période, l'enfant est agité, a soif, présente des sueurs abondantes. L'énanthème continue sa marche desquamative. La toux sèche et férine devient grasse et amène des mucosités verdâtres, rappelant parfois les crachats nummulaires. L'auscultation révèle des râles muqueux à la place des sibilances initiales. Le catarrhe oculo-nasal subit les mêmes transformations.

D. Période de la convalescence. — Nous préférons ce terme à celui de *desquamation* qui en est un des symptômes objectifs saillants, mais qui ne constitue qu'un élément banal, au même titre que les sécrétions muqueuses. En général, à ce moment, les catarrhes se sont effacés. La peau se recouvre de débris épithéliaux furfuracés à la face, plus larges, lamelleux aux membres inférieurs, sans jamais atteindre les dimensions des lambeaux scarlatineux. La température descend les premiers jours au-dessous de la normale, le pouls est quelquefois ralenti et irrégulier.

3° Anomalies. — L'éruption est très discrète, très fugace, soit sur les muqueuses, soit sur la peau. La rougeole est *atténuée.* L'éruption ne *se fait* pas, ou se *borne à quelques macules violacées.* Il existe alors une complication grave, bronchite

capillaire, broncho-pneumonie d'emblée. J'ai vu un enfant pris brusquement de dyspnée intense avec refroidissement des extrémités et râles fins dans toute la poitrine. Le tableau était celui d'une congestion ou d'un œdème pulmonaire. Au bout de vingt-quatre heures parut une éruption de rougeole et tous les symptômes pulmonaires s'évanouirent.

L'éruption très intense se prolonge huit à dix jours : en même temps, il persiste de la fièvre et du catarrhe bronchique : c'est la *rougeole intense*, dont le pronostic est généralement bon.

Les *phénomènes généraux de la période du début sont graves :* température élevée, agitation, état ataxo-adynamique, convulsions. L'hydrothérapie froide sous forme d'affusion, de maillots ou plutôt de bains est indiquée. L'éruption se produit et tout rentre dans l'ordre.

La rougeole affecte d'emblée une forme *hémorragique*, et donne lieu à des épistaxis, de l'hématurie, du melœna, des suffusions sanguines, du purpura, au milieu d'un état ataxo-adynamique redoutable ; cet état aboutit rapidement à la mort. Il faut distinguer de cette forme le *purpura éruptif* lié à un exanthème très congestif, celui qu'on observe dans les coqueluches compliquées de rougeole où les quintes de toux favorisent l'extravasation sanguine. Ce sont là des rougeoles bénignes. Il existe aussi une *rougeole hémorragique secondaire* dans laquelle le purpura et les hémorrhagies suivent l'éruption. C'est aussi un état grave, moins que la rougeole hémorragique primitive.

4° Complications. — La plus fréquente et la plus grave est la *broncho-pneumonie.* Elle a une part prépondérante dans la *mortalité de la rougeole.* Elle se montre au début et dans ce cas modifie la marche de la rougeole en entravant l'éruption, le plus souvent elle se montre dans le cours de l'éruption et pendant la convalescence. Elle se révèle par ses symptômes habituels, suit une marche aiguë, subaiguë et aboutit même à la forme chronique avec sclérose. Elle se montre surtout dans les hôpitaux, est rare en ville. Bard[1], le premier, a fait ressortir la

[1] Bard, *Lyon médical*, 1880 ; voir Gontier, *Nature et prophylaxie de la broncho-pneumonie des rubéoliques*, Th. de Lyon, 1889.

contagiosité de la broncho-pneumonie chez les rubéoliques. Cette opinion a été adoptée depuis par GRANCHER, SEVESTRE. NETTER admet au contraire une auto-infection par les microbes des cavités naturelles. Pour BARD, la broncho-pneumonie est une infection spéciale, distincte de la rougeole. Tantôt elle évolue en même temps qu'elle, comme s'il s'agissait de deux infections simultanées (broncho-pneumonie du début), le plus souvent elle lui succède. De là une prophylaxie spéciale, la séparation des malades atteints de complications pulmonaires de ceux qui présentent une rougeole simple. Cette pratique a porté des fruits, BARD a réussi dans le même milieu à abaisser la mortalité de 25 p. 100 à 7 p. 100.

On peut dire des autres complications ce que nous venons

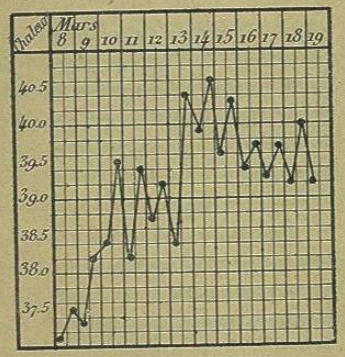

Fig. 11.
Rougeole suivie de broncho-pneumonie.

d'exprimer à propos de la broncho-pneumonie, ce sont des infections secondaires. Tous les tissus touchés par la rougeole seule reviennent rapidement à leur état normal, mais souvent la rougeole a ouvert la porte à d'autres agents. C'est ainsi qu'à côté de la laryngite morbilleuse qui signale parfois le début de la rougeole par un accès de faux croup, on note parfois de la laryngite ulcéreuse susceptible de provoquer de la périchondrite et de laisser à sa suite des troubles de la phonation ; à côté de

la bronchite énanthématique se place la bronchite chronique avec emphysème ; à côté de l'*otite rubéolique*, due à la propagation de l'énanthème à la trompe d'Eustache et à la caisse, et se traduisant par des bourdonnements et une diminution de l'ouïe transitoires, on a signalé l'*otite aiguë suppurée* (CORDIER[1]), l'otite suppurée chronique avec ses alternatives d'amélioration et d'aggravation et la participation progressive des cellules mastoïdiennes ; à côté de la *conjonctivite catarrhale* on a décrit les *conjonctivites chroniques* tenaces, menaçant même la cornée (kératite ulcéreuse) ; à la suite du *coryza initial*, la lésion *ulcéreuse ou hypertrophique* de la *pituitaire ;* l'*érythème buccal* ouvre la porte à la *stomatite impétigineuse, ulcéreuse* et parfois à une redoutable complication, le *noma*. L'*entérite légère* du début est parfois suivie de *lésions dysentériformes* (MESLAY et JOLLY[2]). Du côté de la vulve, c'est la *vulvite suppurée ou la gangrène*, celle-ci peut atteindre aussi la verge. L'exanthème lui-même rend la peau susceptible et la prédispose aux *poussées impétigineuses*, aux *furoncles*, aux *abcès*, aux *mortifications*. De toutes ces complications, les plus fréquentes sont les *otites*, les *conjonctivites*, les *vulvites ;* les plus graves, les *gangrènes*. La prophylaxie doit s'inspirer de ces données et veiller à l'asepsie rigoureuse de toutes les surfaces menacées : lavage du nez, de la bouche, de la vulve, bains de sublimé, emploi de linges stérilisés. On doit éviter l'accumulation des microorganismes banals dans les salles par une aération abondante et faire de l'isolement individuel, ou par petits groupes.

La rougeole peut se compliquer, d'après le même mécanisme, d'autres infections plus spécifiques ; *scarlatine, coqueluche, diphtérie*. La diphtérie secondaire à la rougeole est exceptionnellement grave. Enfin la rougeole mène assez fréquemment à la *tuberculose*, soit qu'elle lui serve d'introducteur, soit qu'elle réveille ses germes latents.

On peut dire de la rougeole qu'elle produit surtout des com-

[1] CORDIER, Th. de Paris, 1875.

[2] MESLAY et JOLLY, *Lésions de dysenterie consécutives à la rougeole chez l'enfant*, Rev. des mal. de l'enf., 1895.

plications de surface. Elle n'agit pas sur les viscères profonds. La *néphrite*, bien que signalée, est exceptionnelle. Rares aussi sont les *dégénérescences ou les inflammations* du *myocarde*, du *foie*, des *séreuses;* celles-ci ne se prennent qu'à l'occasion des complications additionnelles. Le *système nerveux* est rarement touché. J'ai observé quelques cas de paraplégie à début lent, sans troubles de la sensibilité, sans troubles trophiques, guérissant spontanément. DENARIÉ [1] a réussi trente-sept cas de lésions diverses du système nerveux.

J'ai observé à plusienrs reprises des cas de rougeole se compliquant pendant la convalescence d'une *fièvre intermittente* pendant un temps très long (quinze à trente jours), sans signes physiques du côté des poumons, mais avec quintes de toux fréquentes. Tous les sujets ont guéri.

5° Anatomie pathologique. — La plupart des lésions observées se rapportent aux complications. Ce qui concerne la rougeole pure se borne à de la congestion du corps muqueux de Malpighi. Le derme est infiltré de globules blancs. Les cellules de Malpighi subissent la dégénérescence colloïde (CATRIN). Lésion similaire du côte des muqueuses avec gonflement et parfois ulcération des follicules clos.

6° Diagnostic. — Le diagnostic peut être fait avant l'éruption, après l'éruption, pendant la desquamation :

α) *Avant l'éruption*, il est presque impossible; la rougeole se confond avec la *grippe*, le *simple coryza aigu*, la *laryngite striduleuse*. En dehors des conditions d'épidémicité, on tiendra compte du pointillé palatin, de la rougeur des conjonctives, des petits débris pultacés disséminés sur les gencives, des taches de Koplik : ces signes manquent d'ailleurs souvent et n'ont pas une valeur absolue.

β) *Après l'éruption*, toutes les éruptions rubéoliformes pathogénétiques, dues au *copahu*, à l'*antipyrine*, au *chloral*, se reconnaissent à ce que le catarrhe des muqueuses fait défaut et à

[1] DÉNARIÉ, *Des paralysies dans la rougeole*, Th. de Lyon, 1888.

l'apyrexie habituelle. L'iodisme provoque cependant des localisations muqueuses en même temps que l'éruption cutanée, mais il n'y a pas de fièvre.

Les mêmes considérations s'appliquent à la *rubéole*, la *roséole saisonnière*, la *roséole syphilitique*.

La *scarlatine* se reconnaît à son début non facial, à l'angine, à ses larges placards érythémateux.

La rougeole boutonneuse rappelle la *variole*, mais elle ne présente ni céphalée, ni rachialgie ; d'ailleurs, la nononucléose variolique tranchera la question dans les cas douteux.

γ) *Pendant la desquamation*, le diagnostic est en général facile. J'ai montré que dans la convalescence de la fièvre typhoïde, on observait constamment ou très souvent des desquamations furfuracées sur le tronc, lamelleuses sur les membres inférieurs. COMBY attribue ce phénomène a des poussées de sudamina, et les a observées dans d'autres affections fébriles. Cela est vrai pour le tronc, ainsi que cela ressort de ma description [1]. Pour les membres, l'explication est en défaut. La desquamation est en effet précédée d'un épaississement épidermique qui dessine des lamelles analogues à de fines écailles de poisson, il n'y a pas trace de sudamina. Quoi qu'il en soit, il faut tenir compte de ces faits dans le diagnostic rétrospectif d'une rougeole.

7° Pronostic. — La rougeole, à l'état pur, ne tue pas. Elle est inquiétante par le nombre et la gravité de ses complications. Parmi celles-ci quelques-unes, conjonctivite, otite, rhinite, etc., ne constituent que des affections gênantes; d'autres, comme les gangrènes, sont exceptionnelles. Le vrai danger de la rougeole réside dans la broncho-pneumonie. Aussi la prophylaxie doit-elle surtout tendre à la prévenir. La mortalité par rougeole est une des plus élevées des maladies générales. Dans les hôpitaux elle varie entre 25 et 46 p. 100 (COMBY). L'isolement collectif des rubéoliques n'a fait que l'augmenter, en multipliant l'échange des complications. Certaines circonstances ont une influence défavorable : l'épidémicité; l'âge : au-

[1] Cong. de Lyon, 1894.

dessous de deux ans, la rougeole est très meurtrière ; les conditions antérieures : la rougeole secondaire à la coqueluche, à la scarlatine, à la diphtérie est très grave ; le froid. Les sujets débilités, atteints de diarrhée chronique, de rachitisme, de syphilis, de scrofule sont particulièrement éprouvés. La rougeole est une des affections qui se compliquent le plus volontiers de tuberculose, soit qu'elles donnent un coup de fouet à une bacillose latente, soit qu'elles favorisent l'implantation des bacilles au niveau des voies respiratoires.

8° Traitement. — Le traitement comprend la prophylaxie et le traitemont proprement dit.

a. *Prophylaxie.* — La rougeole étant contagieuse avant que son diagnostic puisse être établi et ne créant pas de foyers d'infection, la prophylaxie n'a aucune raison d'être dans les familles et il n'y a pas lieu de pratiquer la désinfection. Dans les collectivités stables, comme les écoles, le premier cas a produit, dès qu'on le reconnait, tous ses effets. Il suffit d'éviter les contacts entre classes différentes. Dans les collectivités à renouvellement, salles d'hôpital, l'accès de la salle doit être fermé aux nouveaux venus pendant les quinze à vingt jours qui s'écoulent entre l'entrée du premier cas, et l'apparition des cas secondaires (Bard). D'après le même auteur, ce qu'il faut surtout réaliser, ce n'est pas de séparer les rubéoliques des autres malades, c'est de faire parmi eux des catégories. Les rougeoles simples doivent être séparées des rougeoles compliquées. Ces dernières doivent même être l'objet d'un isolement individuel. La rougeole ne crée pas de foyers d'infection, mais ses complications n'agissent pas de même. Il est dangereux de recevoir des rougeoles, dans une salle où il y a eu récemment des broncho-pneumonies.

On a réduit dans une certaine mesure les inconvénients de l'agglomération par certaines mesures d'hygiène. C'est ainsi que Bard maintient au lit les sujets guéris ou convalescents dans un milieu ou règne la broncho-pneumonie. Grancher a imaginé l'isolement individuel des malades dans des boxes avec obligation pour le personnel des médecins ou des infirmiers de se

désinfecter chaque fois que des soins ont été donnés à un patient.

J'ai appliqué parfois aux rougeoles les linges stérilisés qui m'ont donné des résultats constants dans les infections cutanées des nourrissons.

Tous ces procédés ont certainement modifié la mortalité de la rougeole. Néanmoins, il faut reconnaître que la broncho-pneumonie n'est pas près de disparaître. Dans l'opinion de ceux qui l'attribuent à une extension des germes provenant de la bouche et du pharynx, les lavages antiseptiques, les attouchements du gosier avec la glycérine salicylée, les instillations d'huile mentholée dans le nez, constituent une pratique rationnelle, mais dont les effets sont d'une appréciation difficile.

En fait, la désinfection de ces cavités est presque impossible à réaliser. Qu'on se reporte au traitement local de la diphtérie avant la sérothérapie, et on sera bien obligé de reconnaître qu'il était d'une valeur très relative. Il n'est pas douteux, d'autre part, que la broncho-pneumonie rubéolique se transmet souvent d'un patient à l'autre, ainsi que l'a établi Bard. Il faudrait pouvoir introduire dans les bronches un air aseptique, comme on fait ingérer aux enfants du lait stérilisé, comme on protège leurs téguments par des linges stérilisés. C'est la voie féconde dans laquelle il convient de s'engager, c'est aussi celle qui est entourée de plus de difficultés.

b. *Thérapeutique.* — Dans les formes communes, on se borne à combattre les symptômes ; antipyrine, contre la fièvre ; bromure de potassium, opium contre les quintes de toux ; bains tièdes ou bains frais contre l'agitation.

Si l'éruption n'est pas franche, on peut la hâter par le drap mouillé ou l'immersion dans l'eau à 25 à 30°. Dans ces cas, on donne aussi la poudre de Dower (0,05 à 0,20 centigrammes) l'acétate d'ammoniaque (1 à 2 grammes). Recommander de ne pas trop couvrir le patient, d'éviter la pratique déplorable des bottes, de laisser boire frais. Si la fièvre est élevée, que les accidents nerveux se dessinent, le bain froid à 20°, est le meilleur agent. On le renouvelle de trois en trois heures, jusqu'à sédation.

Les complications seront traitées par les procédés qui conviennent à chacune.

ARTICLE VI

RUBÉOLE

La *rubéole* ou *rötheln* des allemands est une affection spécifique, contagieuse, éruptive, qui doit être distinguée de la *rougeole*, de la *scarlatine*, d'une *hybride* due à l'association de ces deux maladies, et de la *roséole fébrile*. Il n'y a pas très longtemps que cette affection a été dégagée et William Squire, au Congrès de Londres en 1881, rappelait qu'il avait fallu un siècle pour distinguer la rougeole de la variole, un siècle pour séparer la scarlatine de la rougeole, et qu'il comptait que ce siècle donnerait à la rubéole son autonomie. De ce Congrès date, en effet, la reconnaissance officielle de cette affection qui avait déjà de nombreux partisans en Allemagne et en Angleterre et qui commençait à pénétrer en France avec Lécorché et Talamon, Bourneville et Bricon, Raymond.

1° Symptômes. — Les symptômes sont répartis en quatre périodes : incubation, invasion, éruption et desquamation.

a. *Incubation.* — Elle serait de douze à quatorze jours d'après Bondet[1], quinze jours d'après W. Squire.

b. *Invasion.* — L'invasion dure peu, quelques heures, deux à trois jours au plus. Peu de symptômes généraux, un peu de courbature, une légère fièvre. Le plus souvent la maladie passe inaperçue.

c. *Eruption.* — L'éruption commence au visage, s'étend rapidement, en quelques heures, au tronc et aux membres, respecte toujours le crâne, la paume des mains, la plante des pieds (Lewis Smith).

L'éruption de la rubéole est *polymorphe*. En certains points (visage, bras, jambes) c'est l'aspect morbiliforme qui domine,

[1] Voy. Delastre, *Contribution à l'étude de la rubéole*, Th. de Lyon, 1883.

sur le tronc, à la racine des membres, dans les points soumis aux pressions et aux frottements, l'éruption rappelle les placards scarlatineux. Tantôt, c'est l'érythème diffus qui domine, tantôt ce sont les macules de la rougeole. La lésion élémentaire se distingue par quelques nuances de la rougeole et de la scarlatine. Les macules ne se disposent pas en corymbes. L'érythème est foncé, il n'y a pas de sudamina au cou et sur la poitrine.

Les énanthèmes sont encore plus caractéristiques. Ils se montrent en même temps que l'exanthème ou après, exceptionnellement avant.

Il y a comme dans la rougeole, catarrhe oculo-nasal, mais peu développé. Les voies respiratoires sont épargnées, il n'y a ni laryngite, ni bronchite. Comme dans la scarlatine, il y a de la rougeur du palais, des amygdales, mais sans gonflement, sans douleur, sans exsudat.

Les ganglions rétro-auriculaires et cervicaux sont légèrement engorgés, d'une façon constante dans certaines épidémies, dans un tiers ou une moitié des cas, à l'occasion d'autres épidémies.

Les troubles fonctionnels sont peu marqués. Parfois la figure et les paupières sont gonflées, il y a des éternuements. La toux et les troubles de la déglutition sont exceptionnels. L'éruption est parfois prurigineuse.

L'état général est bon. La fièvre fait souvent défaut. Nymann sur 119 cas constata l'apyrexie 58 fois. Chez 39 malades, la température monta à 38°, chez 13 à 38°5, chez 6 à 39° et 2 fois seulement à 39°5. Dans 24 cas, la fièvre dura un jour, dans 24 cas deux jours, dans 11, trois jours, dans 2, quatre jours.

d. *Desquamation.* — L'éruption pâlit rapidement, la desquamation est discrète, furfuracée, jamais lamelleuse.

2° Complications. — Les complications sont rares. On a cité cependant des cas de broncho-pneumonie, d'albuminurie, d'adénopathies persistantes.

3° Formes de la maladie. — On peut distinguer une forme *apyrétique*, une forme *légèrement fébrile*. Dans quelques épidémies exceptionnelles signalées par Aitken et Cheadle, il y eut une *fièvre intense*, prolongée, un abattement extrême pendant

la période d'éruption, de la laryngo-bronchite, des douleurs d'oreille, parfois de la broncho-pneumonie et de l'albuminurie. Cheadle a observé 4 morts sur 30 cas. Ce sont là des faits excessivement rares.

4° **Pronostic.** — Le pronostic est en général insignifiant.

5° **Diagnostic.** — Le polymorphisme de l'éruption, l'invasion rapide, l'absence de catarrhe bronchique, la fréquence des adénopathies, séparent la rubéole de la *rougeole*. Elle se distingue de la *scarlatine* par les mêmes caractères, l'absence de sa réaction fébrile, de langue framboisée; de la *roséole fébrile* par sa contagiosité, le catarrhe oculo-nasal, l'absence d'embarras gastrique.

6° **Étiologie.** — La rubéole frappe surtout la seconde enfance. Sur 54 cas, Lewis Smith en a noté 16 de 2 à 5 ans et 23 de 5 à 10 ans. Elle est commune aux deux sexes. Elle se montre en toutes saisons, mais surtout au printemps. Elle est plus commune en Angleterre et en Allemagne qu'en France. Elle se montre surtout à l'état épidémique. Elle se propage par *contagion*, probablement comme la rougeole, à la période d'invasion et au début de l'éruption.

Une première atteinte confère l'immunité. Elle ne vaccine pas contre la rougeole et la scarlatine ; celles-ci ne préservent pas davantage contre la rubéole.

7° **Nature.** — Les nombreuses épidémies observées ont permis de rejeter toutes les opinions qui tendaient à faire de la rubéole, soit une hybride de la rougeole et de la scarlatine, soit une récidive de l'une de ces deux maladies, soit une forme de la roséole estivale de Trousseau.

Elle se transmet, toujours identique à elle-même, par contagion, atteint les sujets qui ont eu la rougeole et la scarlatine, ne présente pas la gravité que comporte l'association de ces deux maladies. C'est une maladie éruptive, autonome.

8° **Traitement.** — Le traitement consiste à faire garder la chambre aux sujets, l'exposition à l'air froid pouvant accentuer la fièvre et les symptômes locaux. Dans quelques cas où l'éruption se fait mal, un bain ou le maillot humide seront employés comme dans les autres fièvres éruptives. S'il y a de la température ou de l'embarras gastrique, on les combattra par les moyens habituels.

ARTICLE VII

ÉRYSIPÈLE

L'érysipèle est une maladie infectieuse, contagieuse, qui se produit soit chez le nouveau-né et se localise dans ce cas autour de l'ombilic, soit aux autres périodes de l'enfance, et atteint surtout la face.

1° **Étiologie.** — L'érysipèle est produit par le streptocoque de Fehleisen. Il pénètre par une solution de continuité de l'épiderme ou des muqueuses et se cantonne principalement dans les voies lymphatiques. Dans les cas graves, il peut passer dans le sang.

a. *Chez le nouveau-né* ,l'invasion se fait par la plaie ombilicale, bien qu'elle puisse s'effectuer par des solutions de continuité accidentelles en d'autres points du corps. La source du germe est dans l'atmosphère (milieux infectés), plus souvent dans une affection puerpérale de la mère, ou dans une maladie à streptocoques d'autres sujets. Le transport se fait par la main des accoucheurs ou des infirmières. L'érysipèle des nouveau-nés se montre dans les premiers jours de la naissance ; parfois il retarde jusqu'au dixième et même au quinzième jour (Trousseau).

On a décrit des érysipèles congénitaux, avec desquamation au moment de la naissance et survie (Kaltenbach, Runge, Stratz), chez les enfants nés de mères ayant un érysipèle à la fin de leur grossesse. Lebedeff a vu des streptocoques dans le sang d'un fœtus né dans ces conditions. Cependant Bar et Rénon ont observé une femme atteinte d'infection streptococcique au 8e mois de la grossesse, avec streptocoques dans le sang placentaire maternel, et absence de tout germe dans la veine ombili-

cale et les organes du fœtus. Pour que la transmission s'effectue, une lésion placentaire parait indispensable.

b. *Chez l'enfant*, l'érysipèle occupe surtout la face ; la cause occasionnelle est une érosion des narines, des lèvres, une pustule

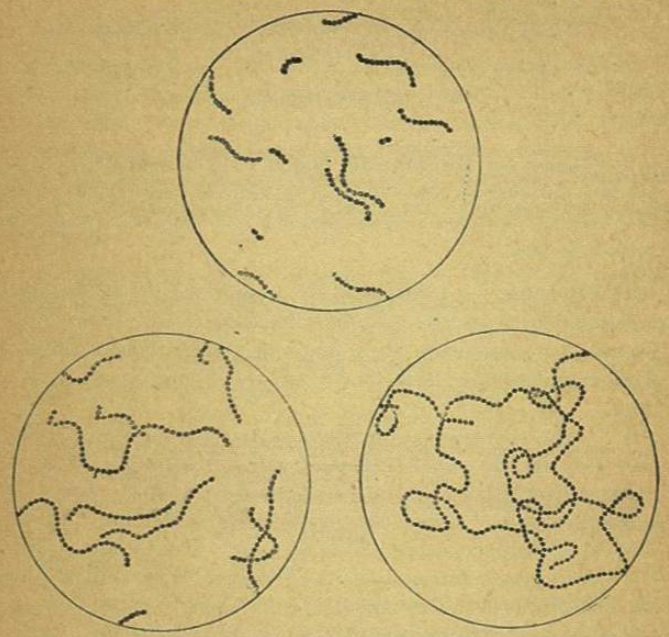

Fig. 112.
Différentes formes de streptocoques (d'après WIDAL).

d'impétigo, une lésion de grattage, la petite plaie qu'on détermine en perçant les oreilles, la lésion vaccinale.

Sa fréquence est plus grande chez les filles que chez les garçons. Elle augmente à mesure qu'on se rapproche de l'adolescence. Sur 1 500 filles âgées de 2 à 15 ans, j'ai noté 33 cas d'érysipèle : 1 à 2 ans, 1 à 3 ans, 1 à 4 ans, 1 à 5 ans, 3 de 6 à 7 ans, 5 à 8 ans, 9 de 10 à 12 ans, 12 de 12 à 14 ans.

2° Symptômes. — Il existe trois formes très distinctes d'érysipèle : l'érysipèle des nouveau-nés, l'érysipèle vaccinal, l'érysipèle commun.

A. ÉRYSIPÈLE DES NOUVEAU-NÉS. — Il débute, comme l'a noté TROUSSEAU, par le pénil qui présente une rougeur vive. L'enfant est abattu, pousse des cris, mais présente peu de fièvre. La rougeur gagne rapidement le scrotum, la vulve, les cuisses, les jambes, puis, en sens opposé, le tronc. Il parcourt ainsi tout le corps, pendant que la fièvre monte le soir à 39, 40°, que l'enfant s'agite, crie, présente des troubles digestifs. A l'agitation succède la somnolence et la mort survient dans le collapsus du cinquième au huitième jour. Parfois la marche est foudroyante, parfois elle est lente et dure deux à trois semaines. L'érysipèle est tantôt la seule manifestation infectieuse, tantôt il s'associe à de l'artérite ou de la phlébite ombilicale, de la péritonite, de la pleurésie purulente. Il est à remarquer, ainsi que TROUSSEAU l'avait signalé, qu'il y a parfois un contraste très grand entre la gravité de la maladie et l'apparence du patient. Ce dernier semble dans quelques cas, peu touché, alors que la mort n'est pas loin. Nous avons observé plusieurs cas d'érysipèle soit chez des nouveau-nés, soit chez des nourrissons jeunes. La température peu élevée, l'absence de symptômes généraux, pouvaient faire croire à une évolution favorable. Vers le septième ou huitième jour, il se produisait régulièrement un refroidissement des extrémités avec collapsus, qui emportait le patient en quelques heures.

Dans quelques cas, la peau se gangrène. Dans d'autres, il se forme un phlegmon péri-ombilical ou des abcès successifs. TROUSSEAU avait remarqué que cette dernière condition retardait la mort et même indiquait une gravité moindre de l'affection.

B. ÉRYSIPÈLE VACCINAL. — Tantôt l'érysipèle se produit dans les deux ou trois premiers jours qui suivent la vaccination (JOSSERAND[1]), lorsque la lymphe inoculée provient d'un vaccinifère malade ; tantôt il ne survient qu'à la fin du premier septenaire

[1] JOSSERAND, *Des contaminations vaccinales*, Th. de Lyon, 1884.

(Rauchfuss) : il est le plus souvent unilatéral. Il a une tendance migratrice, se diffuse à une grande étendue du tégument. Parfois il débute loin des points d'inoculation vaccinale. Dans quelques cas, il s'accompagne d'infection générale et d'ictère.

C. Érysipèle commun. — Il se présente sous plusieurs aspects :

a. *Forme moyenne*[1]. — Le plus souvent, il y a des phénomènes généraux, frissons, céphalée, vomissements, malaise, qui précèdent d'un ou deux jours l'apparition de la rougeur. Parfois ils débutent en même temps qu'elle. La teinte rouge se montre dans les lieux d'élection classique, autour d'une narine, d'une commissure labiale, s'étend plus ou moins rapidement. La peau est rouge, douloureuse. La plaque érysipélateuse est limitée du côté des régions où elle va s'étendre par un bourrelet saillant. C'est au niveau de celui-ci que Fehleisen a décrit l'accumulation des streptocoques.

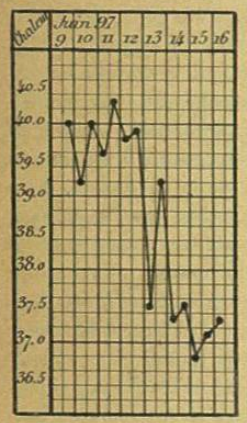

Fig. 113.
Erysipèle de la face.

La rougeur reste parfois limitée à une petite étendue. Souvent, elle s'étend sur une grande partie de la face, produisant un gonflement énorme dans les régions à tissu cellulaire lâche (paupières), des douleurs violentes dans celles où il est serré (oreilles, cuir chevelu). Les régions primitivement touchées pâlissent, pendant que se fait l'extension à d'autres points. La température s'élève soit brusquement, soit progressivement à 39°5, 40°. Elle dure de trois à six jours, affectant un type continu ou décrivant des rémissions matinales de 1° et présente le plus souvent une défervescence brusque. La convalescence est franche ou entrecoupée de quelques oscillations thermiques. L'état général est habituellement satisfaisant. Nous n'avons observé ni délire, ni

[1] Voir planche V, fig. 1.

convulsions. Quelquefois nous avons noté de l'agitation ou de la somnolence, des vomissements, assez souvent de l'embarras gastrique, dans un cas de l'angoisse. Les ganglions sous-maxillaires sont gonflés et douloureux, pendant l'exanthème ou même avant son apparition. La rougeur s'efface, la peau desquame, se couvre parfois de grandes vésicules renfermant de la sérosité claire ; dix à quinze jours après le début, un épiderme nouveau s'est reformé.

b. *Forme abortive.* — Chez deux enfants de deux et trois ans, nous avons vu l'érysipèle disparaître au bout d'un ou deux jours.

c. *Forme prolongée.* — Elle est due en général à l'extension de l'exanthème au cou, aux épaules, au tronc. Nous l'avons vu durer treize jours avec de hautes températures.

d. *Formes à rechutes.* — La rechute se fait après une apyrexie de quelques jours dans les cas intenses. Je l'ai observée chez un enfant traité par une injection de sérum antistreptococcique.

e. *Forme apyrétique.* — Je l'ai notée à 4 ans, 6 ans, 7 ans, 12 ans. Elle est semblable à celle de l'adolescent, récidive facilement, 5 fois en six mois, dans un cas. Ce sont des sujets lymphatiques, bouffis, présentant en général des ganglions cervicaux et sous-maxillaires. La circulation lymphatique est entravée, et c'est ce qui explique peut-être l'absence de retentissement sur l'état général, le streptocoque ou ses toxines ne pouvant pénétrer profondément. C'est cette forme qui porte habituellement le nom d'érysipèle scrofuleux. Nous y insisterons à propos du lymphatisme et de la scrofule.

3° Complications. — Elles sont rares chez l'enfant. Je n'ai observé que quelques abcès.

4° Diagnostic. — L'*érysipèle de nouveau-né* peut se confondre avec des érythèmes infectieux, l'eczéma, l'œdème, le sclérème. On tiendra compte du mode de début par le pénil, de la marche envahissante de l'érysipèle, de sa rougeur foncée, de l'aspect grisâtre de la plaie ombilicale, du retard de la dessiccation du cordon.

L'*érysipèle vaccinal*, rappelle l'érythème si fréquemment observé depuis l'emploi du vaccin de génisse.

L'*érysipèle commun* ne prête à confusion que dans ses formes apyrétiques. L'existence d'un bourrelet saillant à la limite de l'érysipèle, du côté où il s'étend, l'engorgement des ganglions lymphatiques voisins sont des signes assez caractéristiques.

5° Anatomie pathologique et pathogénie. — Chez l'adulte ou chez l'enfant d'un certain âge, la lésion principale de l'érysipèle se trouve dans les couches superficielles du derme. A ce niveau on observe, d'après la description de Renaut, une prolifération des cellules conjonctives, une exsudation de plasma sanguin et de leucocytes. Achalme a montré qu'il s'agit de polynucléaires et a noté en plus de longues chaînes de streptocoques, qui se trouvent en dehors des leucocytes.

On trouve les mêmes éléments dans les vaisseaux lymphatiques, mais les streptocoques y sont réduits de longueur, ils se colorent mal, sont souvent englobés dans les leucocytes. On n'en trouve ni dans la tunique externe des lymphatiques, ni dans celle des vaisseaux sanguins, ni dans le sang.

Chez le nouveau-né, l'érysipèle se localise non plus dans le derme, mais dans le tissu cellulaire sous-cutané. L'infiltration leucocytaire n'est pas diffuse, comme chez l'adulte, les cellules du tissu conjonctif ne sont pas proliférées. Les streptocoques très abondants, sont toujours en dehors des cellules. On les voit non seulement dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais dans les vaisseaux lymphatiques qui en sont bourrés il s'en rencontre dans la tunique externe de ces vaisseaux, dans celle des vaisseaux sanguins et, même à l'intérieur de ces derniers.

Le simple rapprochement de deux coupes histologiques faites au niveau d'une plaque érysipélateuse chez l'adulte et le nouveau-né, nous fait comprendre d'une façon saisissante, la différence de pronostic dans les deux cas. Chez l'adulte, il y a réaction locale, œdème inflammatoire, phacocytose active ainsi qu'en témoigne la différence d'aspect des streptocoques envisagés dans le derme et les lymphatiques. Les ganglions lymphatiques eux-mêmes réagissent vigoureusement, et ainsi l'infection est arrêtée sur place.

Chez le nouveau-né, les streptocopes échappent à l'action des phagocytes; ils sont vivaces dans les lymphatiques eux-mêmes, envahissent ses parois et pénètrent même dans les vaisseaux sanguins, d'où les complications viscérales fréquentes, suppuration des séreuses, phlébite de la veine ombilicale, des sinus veineux, stéatose du foie.

Ce n'est que dans les rares cas où s'organise la réaction, dans ceux qui se signalent par le phelgmon péri-ombilical ou les abcès multiples, que la guérison peut avoir lieu.

6° Pronostic. — L'*érysipèle du nouveau-né* tue dans la plupart des cas, au septième ou huitième jour ; nous venons d'en exposer les raisons.

Chez le *nourrisson*, l'érysipèle est encore redoutable, bien qu'il n'ait plus la signification fatale de la forme précédente. Je dois dire qu'à ce point de vue, mes observations diffèrent de celles de la plupart des auteurs. La cause en est vraisemblablement dans ce fait que j'ai vu surtout des érysipèles chez des nourrissons peu résistants, atteints de diarrhée ou d'infection bronchique. Je n'ai pas vu une guérison sur une dizaine de cas. La plupart des auteurs assimilent au contraire, l'érysipèle du nourrisson à celui de l'adulte.

L'*érysipèle vaccinal* est grave. Dans sa forme migratrice, il tue 67 fois sur 100 (Rauchfuss). S'il est fixe, la mortalité n'est que de 17 p. 100.

L'*érysipèle commun* m'a toujours paru se comporter d'une façon bénigne. J'ai pu en rassembler depuis la première édition de ce précis, 20 cas nouveaux, ce qui me donne une cinquantaine de cas, tous terminés heureusement et à peu près sans complications sérieuses. Il m'a semblé que l'érysipèle chez des enfants de 4 à 8 ans était moins intense que chez des sujets de 10 à 15 ans.

L'*érysipèle scrofuleux*, est bénin, mais a l'inconvénient d'empâter la face d'une façon permanente et d'exposer aux récidives.

7° Traitement. — La *prophylaxie* est toute-puissante dans l'érysipèle des nouveau-nés. L'enfant doit être séparé d'une mère atteinte de fièvre puerpérale. L'asepsie la plus rigoureuse est

imposée dans le pansement du cordon. L'absorption par l'ombilic diminue après la chute du cordon. (Runge).

L'érysipèle paru, il faut soutenir les forces de l'enfant en l'alimentant. Localement, laver l'ombilic avec des solutions boriquées : se méfier du phénol, très toxique pour le nouveau-né ; panser avec une pommade boriquée. L'emploi du sérum antistreptococcique est peu en faveur actuellement.

Fochier a eu des résultats heureux dans la fièvre puerpérale en injectant sous la peau de l'essence de térébenthine et produisant des abcès de fixation. D'autre part, la signification favorable des abcès spontanés dans l'érysipèle, constitue un encouragement à tenter, pour cette affection, la méthode de Fochier.

L'*érysipèle vaccinal* est souvent la conséquence d'une adultération du vaccin ou d'une contamination secondaire, dans un foyer infecté. La prophylaxie est basée sur cette notion.

L'*érysipèle commun* est soumis aux mêmes règles prophylactiques chez l'enfant et chez l'adulte.

Dans l'érysipèle à répitition, il faut s'attacher à prévenir les érosions dues à un coryza chronique, à l'impétigo, à pratiquer des lavages du nez, de la bouche, du cuir chevelu, à combattre ce que Verneuil appelait le *microbisme latent*.

Le *traitement proprement dit* est très simple :

Recouvrir le tégument de poudre d'amidon ou de vaseline pour éviter le contact de l'air.

Si la température est élevée, antipyrine : 2 à 3 grammes par jour, ou badigeonnage au gaïacol, suivant la méthode de Bard.

Combattre l'état saburral par un purgatif : huile de ricin, calomel.

ARTICLE VIII

PURPURA, MALADIES DE WERLHOF

Le purpura est un syndrome qui relève d'affections locales ou générales ; ces dernières sont dues, les unes à des intoxications, les autres à des infections. Nous l'étudierons surtout dans ses formes infectieuses.

1° Division. — Le purpura n'est pas une entité morbide définie. C'est un symptôme commun à des affections très variées. La division des purpuras ne peut être faite que sur le terrain étiologique. Le purpura est *primitif* ou *secondaire*.

A. Purpura secondaire. — Le purpura secondaire est associé, mais à titre exceptionnel :

α) A une maladie *infectieuse ou éruptive*, (formes hémorragiques de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, de la fièvre typhoïde, de la fièvre puerpérale[1]).

β) A des *affections cachectisantes* dans lesquelles l'infection peut encore jouer un rôle (paludisme, tuberculose, anémie pernicieuse, leucocythémie, lymphadénie). Dans un cas de lymphadénie aiguë décrit par Courmont et Lannois[2], les ganglions malades renfermaient un streptocoque pyogène qui n'avait pas pénétré dans le sang.

γ) A des *intoxications*, iodure de potassium (Fournier), quinine, arsenic. J'ai vu un purpura provoqué par l'antipyrine. Des conditions particulières d'hygiène et d'alimentation provoquent une modalité spéciale de purpura connue sous le nom de *scorbut*.

δ) A des *troubles nerveux :* purpura localisé sur le trajet des douleurs fulgurantes (Straus) ; purpura émotif, hystérique. La mère d'un enfant atteint de purpura que j'ai observé avait eu sous l'influence d'une frayeur un arrêt menstruel suivi de purpura. Depuis, à chaque émotion, le purpura se reproduisait.

Nous laisserons de côté tous les purpuras secondaires qui ne représentent que des phénomènes exceptionnellement associés à d'autres maladies, de même que le scorbut qui constitue une affection bien définie comme étiologie et comme évolution.

B. Purpura primitif. — Le purpura primitif peut être consi-

[1] Finkelstein (*Berl. kl. Wochs*, 95) a vu un enfant de neuf jours, allaité par une mère atteinte de fièvre puerpérale, mourir d'une septicémie à streptocoques, avec purpura et gangrène.

[2] Courmont et Lannois, *Arch. de méd. exp.*, 1892.