

## CHAPITRE CINQUIÈME.

### ROUGEOLE.

(Morbilli.)

**Étiologie.** A l'encontre de la perfide scarlatine, la rougeole est une maladie d'enfants beaucoup plus bénigne et d'ordinaire très peu redoutée des mères. La diffusion de cette maladie et la réceptivité qui existe à son endroit, sont si universelles, qu'elle passe pour un mal presque inévitable, mais aussi très facile à traverser. Il y a, en effet, relativement peu de personnes qui ne paient leur tribut à la rougeole, et le motif pour lequel les adultes en sont moins souvent atteints que les enfants, c'est qu'ils ont eu la maladie dans leur première enfance. Si elle se présente une seconde fois chez le même individu, c'est assurément un fait des plus rares.

La rougeole se montre le plus souvent à l'état *épidémique*. Les cas sporadiques, tels que la scarlatine en offre en tout temps, constituent des exceptions. La rapide extension que prend la maladie, dès qu'elle a fait son apparition, est une conséquence de son extrême *contagiosité*. Si un enfant tombe malade dans une famille, tous les autres y passent presque inmanquablement. L'infection peut aussi se transmettre par l'intermédiaire de personnes saines ou d'objets divers qui se sont trouvés en contact avec un malade. Le poison morbillieux spécifique dont l'existence est hors de doute, de même que son mode intime de transmission, ne nous sont pas encore connus. Toutefois il semble très probable que le germe de la rougeole passe avec l'air inspiré à travers la bouche et le nez, et par conséquent exerce ses premiers effets sur les voies respiratoires (voir plus bas). La maladie peut être provoquée artificiellement par l'*inoculation* d'enfants sains à l'aide du sang ou des produits de sécrétion de sujets morbillieux.

**Marche et symptômes de la maladie.** La durée du *stade d'incubation* est passablement constante dans la rougeole. Elle est de 10 jours jusqu'au commencement des premiers symptômes morbides et de 13 à 14 jours jusqu'à l'apparition de l'exanthème. Ces chiffres ont surtout été établis par les observations de PANUM aux îles FÉROÉ, à l'occasion de la première invasion de ces îles par la maladie. A part quelques légers mouvements fébriles, on n'observe généralement pas de *symptômes prodromiques* particuliers pendant la période d'incubation. Au dixième jour, le *stade initial* (\*) s'ouvre d'ordi-

1. Nous considérons le terme de « stade initial » comme plus correct que celui de « stade « prodromique ». Les symptômes prodromiques sont les premiers symptômes morbides d'intensité légère qui se déclarent pendant la période d'incubation d'une maladie infectieuse. Les symptômes de la rougeole qui précèdent l'éruption exanthématique, appartiennent donc déjà à la maladie confirmée.

naire avec une certaine brusquerie et s'annonce par une rapide *exacerbation thermique* qui s'élève jusqu'à 39 et 40° c. En même temps se déclarent les manifestations catarrhales caractéristiques de la rougeole : le *catarrhe de la muqueuse nasale* (rhume de cerveau) qui se traduit par de l'hypersécrétion nasale, par la fréquence de l'éternûment, souvent aussi par des épistaxis, — puis une *conjonctivite* plus ou moins intense, reconnaissable à la photophobie, à l'injection des yeux et à la sécrétion plus active des larmes et — en dernier lieu, les signes d'un *catarrhe*, d'ordinaire peu prononcé, *des voies aériennes supérieures* qui rend la voix légèrement voilée et rauque et produit une toux réellement caractéristique d'un timbre rude, parfois presque aboyant. En outre l'état général est troublé, les enfants ont des agitations, des douleurs de tête, peu d'appétit, etc. Les symptômes d'une angine légère se montrent parfois, mais, à beaucoup près, n'occupent pas le premier plan de la scène morbide comme ils le font dans la scarlatine.

Ces signes initiaux persistent, comme il a été dit, de 3 à 4 jours. Puis commence la poussée exanthématique, le *stade d'éruption* de la rougeole. Ce stade est souvent précédé pendant un ou deux jours, par une *rougeur* particulière *du palais et de son voile*, d'ordinaire *pointillée*, et communément appelée « exanthème muqueux ». L'*éruption morbillieuse* proprement dite commence presque toujours à la face, aux joues, au front, autour de la bouche (à l'encontre de la pâleur du menton qui caractérise la scarlatine) pour de là s'étendre rapidement vers le bas sur toute la surface du corps. Tout au début, elle consiste en petites nodosités, correspondant aux follicules, mais qui ne tardent pas à s'entourer d'une aréole rosée, légèrement saillante et par ci par là à se fusionner. C'est ainsi qu'on voit surgir des élevures planes, de dimensions diverses, de forme très irrégulière, frangées, arrondies ou anguleuses, qui se touchent souvent, mais laissent presque toujours entre elles des îlots moins étendus de peau saine. Au milieu de chacune de ces plaques, les nodules folliculaires continuent d'être visibles.

Au moment de l'apparition de l'exanthème, la fièvre, qui s'était maintenue à un taux modéré pendant les derniers jours du stade initial, s'exaspère de nouveau, jusqu'à atteindre 40 à 40,5° environ. En 1 ½ à 2 jours l'éruption prend son complet développement et son maximum d'extension. La fièvre et les manifestations catarrhales durent le même espace de temps. Parfois il y a une infiltration ganglionnaire généralisée de peu d'intensité. Puis a lieu la *déferescence*, le plus souvent rapide et presque *critique*, tandis que l'exanthème, après un stade de floraison de courte durée, ne pâlit que graduellement pendant les deux ou trois jours qui suivent. En même temps, les signes de catarrhe disparaissent à leur

tour et on voit commencer à la peau une desquamation épidermique plus ou moins forte, qui n'est presque jamais lamelleuse, comme dans la scarlatine, mais finement écaillée ou « furfuracée », 8 à 10 jours plus tard, quand la rougeole évolue normalement, les malades sont en pleine convalescence.

Après cet exposé sommaire de la marche habituelle de la maladie, nous devons parler un peu plus en détail de quelques symptômes et complications qui peuvent se présenter.

La *fièvre* (v. fig. 6.) morbillieuse, comme il ressort de ce qui précède, offre une marche passablement typique. Elle débute par une ascension thermique rapide et assez élevée au moment où la maladie se déclare. Le matin du second jour est marqué d'ordinaire par une rémission profonde qui souvent même descend jusqu'à la normale. Les deux derniers jours de la période initiale la fièvre est modérée et presque jamais aussi élevée qu'au début de la maladie. Avec l'invasion de l'exanthème coïncide une brusque réascension, *plus forte* d'ordinaire que la fièvre du début, de façon qu'on peut très bien distinguer deux périodes fébriles, la *fièvre initiale* et la *fièvre d'éruption*. Celle-ci ne dure que peu de temps et ne persiste pas, comme dans la scarlatine, pendant toute la durée de l'exanthème. Elle présente une chute *critique* dès que l'éruption a atteint son apogée. De petites exacerbations peuvent bien encore se montrer pendant un ou deux jours. Mais un état fébrile plus intense et qui persiste au-delà de ce temps, fait toujours présager l'imminence d'une complication, principalement du côté des organes respiratoires.

L'*exanthème* dont nous avons décrit la forme de loin la plus fréquente, peut, dans certains cas, offrir des variétés multiples. Tantôt il n'a qu'un développement *rudimentaire*. Tantôt il ne débute pas, comme d'habitude, à la face, mais à un autre endroit du corps, ce qui indique souvent qu'on est en présence d'un cas qui est anormal pour plus d'un motif. Les taches considérées isolément peuvent être plus petites qu'à l'ordinaire et rester complètement séparées les unes des autres (*rougeole papuleuse*). Dans d'autres cas, l'éruption est tellement confluyente qu'elle ressemble à l'exanthème scarlatineux (*rougeole confluyente*). Des *vésicules* peuvent se produire également, mais plus rarement que dans la scarlatine (*rougeole miliaire*). La *rougeole hémorragique* se voit aussi parfois, mais il s'agit le plus souvent de petites hémorragies capillaires, la maladie étant parfaitement bénigne d'ailleurs. Néanmoins on a aussi décrit des cas très rares, à allures pernicieuses et accompagnés d'une diathèse hémorragique généralisée, comme dans la scarlatine hémorragique. Il n'est pas certain que la « rougeole

noire » des anciens auteurs ait été la rougeole véritable. A côté de l'exanthème morbillieux proprement dit, on rencontre fréquemment sur la peau d'autres éruptions, comme, par exemple, l'herpes, l'urticaire, des pustules, etc.

Les **Complications de la rougeole** consistent le plus souvent en aggravations, en formes ou extensions anormales des diverses affections qu'on observe constamment dans la fièvre morbillieuse commune et peu intense. Tout comme dans la scarlatine (v. y.) il ne s'agit d'ordinaire pas non plus, en cette occurrence, des effets primitifs du poison morbillieux, mais d'une infection secondaire. Eu égard à l'immense majorité des cas bénins et normaux, les complications graves se rencontrent beaucoup moins dans la rougeole que dans la scarlatine. Quelques épidémies seulement se distinguent par un caractère malin.

Parfois on observe les *affections oculaires les plus sérieuses*, et notamment la conjonctivite blennorrhagique, la kératite, l'iritis.

Des *inflammations intenses de la muqueuse nasale, du pharynx et du larynx* peuvent faire traîner la maladie en longueur. Quelquefois elles ne sont qu'une exagération du *catarrhe* commun de ces muqueuses. L'*otite moyenne* se rencontre également. Une *laryngite* plus intense avec un gonflement plus considérable des parties atteintes, peut donner lieu à beau-

coup de désordres et même à des symptômes de coarctation (pseudocroup). Le *croup* véritable et les *processus diphthéritiques de l'arrière-bouche et du larynx* s'observent pareillement (*diphthérie morbillieuse*). Celle-ci est effectivement plus rare de beaucoup que la diphthérie scarlatineuse, mais elle peut avoir la même terminaison funeste. Il est à remarquer que c'est précisément dans la rougeole que se produit parfois le vrai *croup laryngé*, sans affection pharyngée concomitante.

La complication de beaucoup la plus fréquente de la rougeole et la plus digne d'attention, c'est la production de *symptômes pulmonaires graves*. La bronchite morbillieuse commune de légère intensité devient très violente, descend jusqu'aux petites bronches (*bronchite capillaire*) et conduit le plus souvent à des pneumonies lobulaires plus ou moins étendues, à des *pneu-*

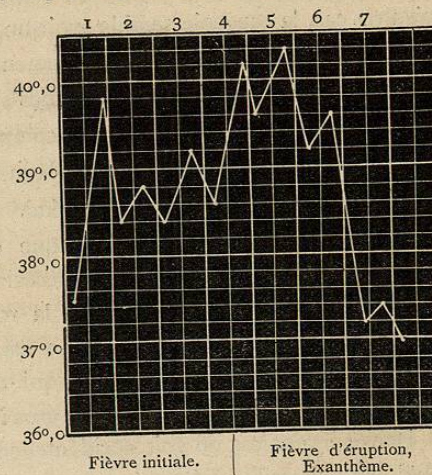


Fig. 6. Schéma de la courbe fébrile dans la rougeole.

*monies catarrhales* (v. y.). Celles-ci se font presque toujours présumer, quand, en même temps que la fièvre perdure et que les désordres respiratoires s'accroissent, on constate l'existence dans les poumons de râles nombreux et disséminés (toux, dyspnée). La percussion ne fournit de matité appréciable que grâce à l'agglomération en masse des foyers isolés. Il est beaucoup plus rare qu'au lieu de la pneumonie lobulaire on voie se déclarer la *pneumonie lobaire croupale* véritable qui reste limitée à un ou à plusieurs lobes, s'accompagne d'une forte fièvre, et peut se terminer par une crise formelle.

Les symptômes pulmonaires, dont il est question, se montrent ordinairement à l'acmé de la maladie et persistent après la rétrocession de l'exanthème. Ils peuvent retarder la convalescence pendant des semaines. Dans d'autres cas, la rougeole semble avoir un cours normal au début, la température est déjà tombée et alors seulement s'allume une fièvre nouvelle et se manifestent du côté des poumons des symptômes graves. Ceux-ci doivent toujours être envisagés comme une complication sérieuse, qui, surtout chez les enfants débiles, peut conduire à la mort avec les signes de l'insuffisance respiratoire ou par épuisement général.

Souvent la rougeole se complique de *symptômes intestinaux* graves, notamment de diarrhées intenses occasionnées par un catarrhe intestinal. C'est même un caractère propre à la rougeole que, dans de mauvais cas, les garde-robes peuvent prendre un aspect *dysentérique* prononcé (selles sanguinolentes et glaireuses), état qui dépend du développement d'une affection folliculaire et ulcéreuse du gros intestin.

Dans certains cas on voit accidentellement surgir d'autres complications qu'il est impossible d'énumérer toutes. La *néphrite* se montre, mais dans une proportion infiniment moindre que dans la scarlatine. Au fort de la maladie on a parfois signalé l'albuminurie commune. Mais elle n'a le plus souvent pas de signification clinique spéciale. Il faut encore mentionner comme complication inhérente, paraît-il, à la rougeole, mais très insolite, la gangrène de la joue, dite *noma*.

La rougeole présente dans sa marche beaucoup moins de modalités que la scarlatine. Pourtant on y observe aussi, d'une part, des cas *exceptionnellement bénins (rudimentaires)*, dans lesquels l'exanthème ou les autres symptômes locaux sont remarquablement légers, et d'autre part, des cas *extraordinairement graves*. Ces derniers se distinguent par l'élévation excessive ou la durée de la fièvre, par des phénomènes généraux et des symptômes nerveux sévères et l'accession rapide des complications. On a désigné des cas semblables du nom de « *rougeole typhique* ». La forme grave de la *rougeole hémorrhagique* a déjà été signalée plus haut.

Il importe de faire remarquer la relation clinique qui rattache la rougeole à quelques autres maladies infectieuses, à la *coqueluche* et à la *tuberculose*. Non seulement la rougeole et la *coqueluche* (v. plus bas) peuvent alterner à *bref délai* chez le même individu, mais des épidémies entières des deux maladies règnent souvent en même temps. La *tuberculose* doit aussi être citée à titre de *maladie consécutive* à la rougeole, comme ayant une grande importance clinique. Il va sans dire cependant que l'apparition relativement fréquente de la tuberculose à la suite de la rougeole se comprend seulement en ce sens que chez les enfants déjà tuberculeux, la rougeole donne une nouvelle impulsion à l'évolution des tubercules, ou bien encore qu'à la suite de l'affection morbilleuse la muqueuse respiratoire a acquis une disposition particulière à être infectée par le germe tuberculeux.

Le *diagnostic* de la rougeole comme des autres exanthèmes aigus, résulte principalement de l'affection cutanée. L'expérience personnelle donne plus de sûreté au coup d'œil que les descriptions les plus détaillées. Pendant le stade initial, on ne peut présumer la maladie avec quelque certitude que si l'on est en présence d'une épidémie. Si, outre les manifestations catarrhales caractéristiques, on remarque au palais l'*exanthème* susdit, le diagnostic de la rougeole est à peu près certain. Il faut se rappeler que des *éruptions semblables à la rougeole* se produisent aussi dans d'autres affections, surtout dans la rubéole, dans la scarlatine, le typhus tacheté, au commencement de la variole, parfois à l'état de syphilides et enfin après l'usage de certains médicaments (l'antipyrine, la térébenthine, le copahu). Dans le doute, les autres symptômes et avant tout la marche ultérieure de la maladie lèvent toute hésitation.

**Pronostic.** Nous avons dit plus haut combien généralement le pronostic est avantageux dans la rougeole. Pourtant, il faut redire que toutes les épidémies n'ont pas la même bénignité de caractère, et que l'attention doit être fixée dans chaque cas sur les complications possibles et notamment sur le danger des affections pulmonaires graves.

**Traitement.** Les malades atteints de rougeole doivent, en général, être tenus un peu plus chaudement que les scarlatineux. Même dans les cas les plus légers en apparence, il faut garder les enfants au lit jusqu'à complète desquamation et, à raison de la photophobie qui existe d'ordinaire au début, la chambre doit être mise dans un demi-jour. Les cas normaux se passent avantageusement sans aucune intervention thérapeutique particulière. Cependant les symptômes de catarrhe méritent toujours d'appeler l'attention, puisque la négligence, à leur endroit, entraîne sûrement leur aggravation. Le point capital ici c'est la *propreté*; il faut entretenir la propreté des

yéux, de la cavité nasale et de la bouche par des lavages et des irrigations avec de l'eau tiède.

Si malgré cela certaines affections à caractère sérieux ou l'une ou l'autre complication se produisent, il faut y porter une attention particulière. Les *affections oculaires* graves doivent être traitées d'après les règles ophthalmologiques en usage, et ici l'onguent d'oxyde jaune de mercure 0, 1 : 10,0 et l'atropine trouvent principalement leur emploi. Le traitement des *affections croupales du pharynx et du larynx* s'institue de la manière que nous allons détailler plus loin. Contre les *affections pulmonaires*, les *bains tièdes*, associés au besoin à des *affusions fraîches*, sont le remède le plus actif et doivent être usités pour peu que ce soit possible. C'est en provoquant des inspirations profondes et en activant l'expectoration que les bains peuvent le plus efficacement empêcher le développement et enrayer la marche extensive des affections graves du poumon. En outre, les inhalations de vapeurs d'eau chaude ou de solutions médicamenteuses sont souvent employées avec avantage. On n'est autorisé à remplacer les bains par des *enveloppements froids*, que là où les bains ne sont pas praticables. Les draps mouillés (tous les jours 2 à 3 fois, trois heures durant) sont cependant aussi efficaces : la respiration s'améliore et les enfants le plus souvent s'endorment paisiblement. Nous ne connaissons aucun moyen interne d'une action quelque peu sûre contre l'affection pulmonaire. Rarement, et seulement quand les glaires s'amassent en abondance dans les bronches, on se décidera à donner un vomitif. Comme *expectorants* on essaiera l'ipécacuanha, la liqueur ammoniacale aiguisée, le benjoin, etc. S'il se développe des *symptômes intestinaux*, on prescrira parfois de petites doses d'opium, au besoin le calomel, le sous-nitrate de bismuth, etc. — Il est à peine besoin de rappeler qu'indépendamment de tout autre traitement, les forces du malade doivent être soutenues, autant que possible, par l'administration de vin, de bouillon, de lait et d'œufs, etc. Après le décours de la maladie, il importe de tenir le malade en observation au moins 2 à 3 semaines.

Une *prophylaxie* sévère à l'endroit de la rougeole ne se pratique pas, en raison de la bénignité présumée de la maladie. Si un enfant est atteint dans un ménage, ce n'est déjà plus le moment d'isoler les autres enfants, et c'est même un avantage pour la famille quand tous les enfants font à la fois cette maladie qu'on ne peut guère éviter. C'est seulement en présence de cas malins que la séquestration est à conseiller.

## CHAPITRE SIXIÈME.

### RUBÉOLE.

(Rubeolæ.)

La rubéole est une maladie qui a de l'analogie avec la rougeole, mais qui en diffère spécifiquement, quoiqu'elle ait été souvent confondue avec elle (peut-être aussi avec la scarlatine). Aujourd'hui cependant, après les observations de STEINER, de THOMAS et d'autres, il ne saurait plus y avoir de doute que c'est une entité morbide autonome. En effet, il est des épidémies dans lesquelles *tous* les cas présentent les particularités caractéristiques attribuées à la rubéole. La meilleure preuve de la spécificité de la rubéole, c'est que les enfants qui ont eu la « rubéole » sont fréquemment dans la suite atteints de rougeole et de scarlatine. Parfois il peut être très difficile de déterminer s'il s'agit d'une rubéole ou d'une rougeole légère. L'existence de la rubéole ne peut être niée que par ceux qui ne l'ont jamais rencontrée.

Après une *incubation* de deux ou trois semaines environ, la maladie commence par l'apparition de l'exanthème. Les symptômes initiaux qui précèdent l'apparition de l'exanthème manquent totalement ou durent tout au plus une demi-journée. L'*exanthème* a une ressemblance parfaite avec celui de la rougeole, mais les taches en sont plus petites. Prises isolément elles ont à peine la dimension d'une lentille, rarement on les voit plus étendues; de plus, elles sont rondes ou anguleuses et par exception seulement frangées et irrégulières comme les taches de la rougeole. Elles sont visibles sur toute la face, à la tête, au tronc et aux extrémités, d'un rose pâle ou d'un rouge intense, très peu saillantes et ayant peu de tendance à fondre l'une dans l'autre. Dans des cas rares de petites vésicules se développent sur les taches. Souvent aussi, comme dans la rougeole, il se déclare au début une rougeur légèrement pointillée au palais. L'exanthème rubéolique pâlit après 2 à 4 jours. D'ordinaire, il n'y a pas de desquamation appréciable.

Outre l'exanthème, la rubéole ne présente qu'à un très minime degré d'autres phénomènes morbides. La *fièvre* paraît en beaucoup de cas faire complètement défaut. Pourtant on observe parfois pendant 1 à 2 jours une légère augmentation de température, tout au plus jusqu'à 39°. En outre on constate, indépendamment de l'exanthème, un *catarrhe* peu intense de la *conjonctive*, du *nez*, de la *gorge* et du *larynx*, produisant un léger degré de photophobie, d'encliffrement et de toux. Les ganglions lymphatiques au cou et à la nuque présentent quelquefois une intumescence plus ou moins grande. L'état général est si peu troublé d'ordinaire, qu'on a de la peine à retenir les enfants au lit. Il y a absence complète de *complications* graves.