

rioles survenues malgré une vaccination antérieure; dès 1831, on revaccina les troupes dans le royaume de Wurtemberg et on obtint des succès dans le tiers des cas, d'où l'on pouvait conclure que chez le tiers des hommes l'action préservatrice de la première vaccination s'était épuisée. Aujourd'hui les revaccinations sont faites avec soin dans toutes les armées.

La durée de la préservation conférée par la vaccine est assez variable, on a cité des cas où elle avait été seulement de cinq ou six ans, mais ce sont là des *minima*; on pourrait citer d'autre part des faits en grand nombre dans lesquels le pouvoir préservatif a duré trente, quarante ans ou davantage. Comme moyenne on peut admettre les chiffres de quinze ou vingt ans.

Accidents de la vaccine. Syphilis vaccinale. Des phlegmons du bras ou de l'aisselle peuvent survenir à la suite des vaccinations; on évitera presque toujours cet accident en se servant de sérosité et non de pus, et en ayant soin de ne pas faire pénétrer la lancette dans le tissu cellulaire sous-cutané; lorsque les ganglions de l'aisselle seront tuméfiés et douloureux, on mettra le bras au repos et presque toujours cette adénite se terminera par la résolution. Les boutons de vaccine peuvent être le point de départ d'érysipèles, surtout chez les enfants qui sont vaccinés dans les hôpitaux.

Il n'y a pas dans la vaccine d'éruption secondaire comme à la suite de l'inoculation; chez quelques malades il se produit des pustules d'ecthyma qui peuvent faire croire à l'existence d'une éruption secondaire généralisée; cet accident n'est pas rare aux *Enfants Trouvés* (Parrot).

La syphilis a été inoculée quelquefois en même temps que la vaccine. Les faits de syphilis vaccinale les plus connus sont ceux de Lupara (royaume de Naples) et de Rivalta. En 1856, à Lupara, 23 enfants prirent la syphilis après avoir été vaccinés avec du vaccin conservé, et transmirent la maladie à leurs mères; 11 autres enfants vaccinés sur les premiers furent également infectés. A Rivalta, en 1861, la syphilis vaccinale prit, comme à Lupara, les proportions d'une petite épidémie. On s'est appuyé sur ces faits et sur ceux rapportés par Trousseau, A. Turenne, MM. Millard, Laroynne, Rodet, Bouvier, pour faire le procès au vaccin jennérien, pris de bras à bras et pour tenter de lui substituer le vaccin animal. Le vaccin animal qu'on se procure en inoculant à des génisses du vaccin humain est certainement capable de rendre des services, il peut fournir à un moment donné de grandes quantités de vaccin

lorsque sous la menace d'une épidémie on doit pratiquer de nombreuses vaccinations; quand on n'a à sa disposition que du vaccin conservé d'origine suspecte, il est sage de l'inoculer à une génisse et de se servir du cowpox artificiel ainsi produit pour faire les vaccinations; mais le vaccin animal est loin d'être plus efficace que le vaccin humain; la vaccination de bras à bras reste en somme le procédé le plus pratique et le meilleur, à condition de prendre les précautions indiquées plus haut pour le choix des vaccinifères

SYDENHAM. Médecine pratique. — TROUSSEAU. Clinique médicale. — CORNIL. Anatomie de la pustule de la variole (Journal de l'anat. et de la physiol., 1866). — BESNIER. De la période d'incubation dans les maladies éruptives (Gaz. des hôpitaux, 1868). — DESNOS et HUCHARD. Des complications cardiaques dans la variole (Union médicale, 1870). — DESNOS. Considér. sur le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique de quelques-unes des principales formes de la variole. Soc. méd. des hôpitaux Union médicale, 1870. — QUINQUAUD. Sur les lésions viscérales diffuses de la variole (Gaz. des hôpitaux, 1870). — L. COLIN. La variole et la rougeole pendant le siège de Paris, 1873. — LEGROUX. Article RASH du Diction. encyclop. des sc. méd. — HUCHARD. Études sur les causes de la mort dans la variole, thèse, Paris, 1872. — Vaccine et variole. Nouvelle étude sur la question de l'identité de ces deux affections par une Commission de la Société des sciences médicales de Lyon (Gazette hebdom., 1865). — VIENNOIS. De la transmission de la syphilis par la vaccination (Arch. gén. de méd., 1860). — Discussions sur la syphilis vaccinale à l'Académie de médecine en 1864, 1865 et 1869. — B. TEISSIER. Les revaccinations. Commun. au Congrès médical de Lyon, 1872. — WARLÉMONT. Commun. au Congrès méd. de Vienne (Gaz. hebdom., 1874). — A. LAVERAN. Traité des maladies des armées, p. 374. — J. RENDU. Épidémie de variole à Lyon (Lyon méd., 1875).

ROUGEOLE.

La rougeole est une pyrexie contagieuse, caractérisée par un exanthème composé de petites taches roses disséminées sur toute la surface du corps, et par la tendance aux localisations inflammatoires vers les muqueuses.

ÉTIOLOGIE. — La rougeole règne souvent à l'état épidémique sur les enfants; les adultes qui, presque toujours, ont eu la rougeole dans leur enfance, jouissent de l'immunité que confère une première atteinte; lorsque la rougeole envahit une contrée pour la première fois, ou lorsqu'elle reparait après une longue disparition, tous les habitants sont atteints, les vieillards eux-mêmes ne sont pas épargnés, c'est ce qui est arrivé aux îles Féroé en 1846. Dans l'armée la rougeole donne lieu assez souvent à de petites épidémies qui frappent surtout les jeunes soldats arrivant des campagnes dans les grandes villes.

La rougeole est contagieuse à la période d'état, peut-être aussi

à la période initiale; la contagion a lieu à distance, par les voies naturelles; quelques tentatives d'inoculation n'ont pas donné de résultats probants.

C'est en hiver et au printemps que la rougeole règne avec le plus de fréquence, ses épidémies coïncident souvent avec les autres fièvres éruptives et avec les oreillons.

INCUBATION. FORMES. — L'incubation est de dix à douze jours; quand la maladie est importée dans une agglomération d'enfants ou de jeunes hommes c'est à cet intervalle que les premiers cas se succèdent.

Nous décrirons d'abord la rougeole normale, puis les rougeoles anormales.

DESCRIPTION. — *Rougeole normale.* L'évolution de la rougeole normale ne comprend que deux périodes : 1° période d'invasion; 2° période d'éruption. La desquamation qui survient à la fin de l'éruption est si peu marquée qu'elle ne mérite pas de constituer une période distincte.

1° *Période d'invasion.* — La rougeole ne débute pas brusquement comme la variole et la scarlatine, l'ascension thermique est plus lente

et beaucoup moins considérable que dans ces fièvres; la température s'élève, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, à 39 degrés ou 39,5 et ne dépasse guère ce chiffre, les rémissions matinales sont assez marquées (fig. 14); la fièvre initiale a une durée de quatre à cinq jours, c'est-à-dire qu'elle est plus longue que dans la variole et la scarlatine; le pouls est accéléré. La fièvre s'accompagne, comme toujours, de malaise, de céphalalgie, d'anorexie, de soif vive. Les enfants ont quelquefois des convulsions pendant la période d'invasion; chez les adultes,

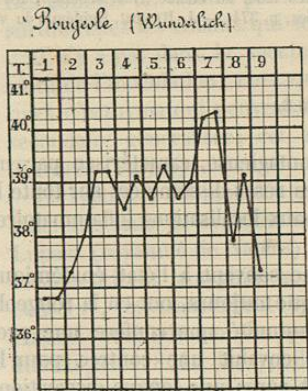


FIG. 14.

on observe des frissonnements, rarement un frisson unique et violent.

Dès le début de cette période les malades sont pris de larmoiement, de coryza, de toux, d'éternuements; les conjonctives sont

rouges, injectées, il existe de la photophobie et du larmoiement, la face tout entière présente un aspect boursoufflé caractéristique. La toux est sèche, férine, quinteuse; il existe une sensation incommode de chatouillement au niveau du larynx, la voix est rauque, l'expectoration est nulle ou très-peu abondante.

Dans bon nombre de cas on observe sur le voile du palais, vingt-quatre ou quarante-huit heures avant l'apparition de l'exanthème, des taches rosées, légèrement saillantes, séparées par des intervalles de muqueuse normale. Ce symptôme indiqué par Heim et Trousseau a de l'importance au point de vue du diagnostic de la rougeole. M. Girard (de Marseille) dit avoir rencontré sur la muqueuse buccale un pointillé rouge qui précédait non-seulement l'éruption cutanée, mais aussi tous les symptômes de la période initiale.

2° *Période d'éruption.* — L'éruption apparaît du quatrième au cinquième jour. Comme dans la variole, elle commence par la face, puis elle gagne le cou, le tronc et les membres. L'exanthème de la rougeole est caractérisé par de petites taches roses légèrement saillantes, à bords irréguliers, de dimensions variables; ces taches s'effacent complètement sous la pression du doigt pour reparaitre peu d'instant après que la pression a cessé. Il y a souvent un intervalle de vingt-quatre ou quarante-huit heures entre l'apparition de l'exanthème à la face et aux membres inférieurs, il en résulte que l'éruption est en voie de décroissance à la face alors qu'elle arrive à peine à la période d'état aux membres inférieurs.

L'abondance de l'éruption est très-variable. En général c'est à la face qu'elle présente le plus de confluence; l'éruption est légère, fugace ou bien au contraire les taches roses se transforment en papules saillantes (rougeole boutonneuse), l'exanthème prend une coloration rouge, il peut même se produire de petites ecchymoses par suite de la violence du processus inflammatoire.

L'éruption n'a pas ici le caractère critique qu'elle présente dans la variole, la fièvre ne tombe pas au moment où elle apparaît, c'est même avec la période d'état de l'exanthème que coïncide le fastigium. Les catarrhes des muqueuses continuent pendant cette période, l'écoulement nasal s'épaissit, le catarrhe oculaire augmente, l'inflammation s'étend du larynx à la trachée, puis aux bronches.

L'expectoration, composée d'abord de mucosités transparentes et filantes, prend un aspect caractéristique; les malades rendent des crachats jaunâtres, nummulaires, pelotonnés, qui nagent dans un liquide limpide, analogues en un mot à ceux des phthisiques; chez

l'enfant l'expectoration est nulle; la toux est moins fatigante, moins bruyante qu'à la première période, mais la dyspnée augmente et devient considérable si la bronchite s'étend aux petites bronches. A l'examen de la poitrine on trouve une sonorité normale ou exagérée, des râles sonores si la bronchite se limite aux grosses bronches, des râles sous-crépitants si elle s'étend aux fines ramifications bronchiques. Les symptômes nerveux sont peu marqués. On observe assez souvent un peu de diarrhée.

L'éruption commence à pâlir à la face, vers le septième ou le huitième jour de la maladie; les taches prennent une teinte jaunâtre, cuivrée, elles ne s'effacent plus sous le doigt et présentent une grande analogie avec la roséole syphilitique. La défervescence suit de près la décroissance de l'éruption, elle est en général complète le huitième ou neuvième jour. Les inflammations des muqueuses et en particulier la bronchite et la laryngite persistent souvent après la disparition de la fièvre.

L'éruption de la rougeole est suivie d'une desquamation *furfuracée*, les écailles épidermiques très-minces sont facilement entraînées par la sueur, si bien que la desquamation passe souvent inaperçue.

Rougeoles anormales. — Il existe des formes légères, abortives, dans lesquelles la fièvre et l'exanthème sont réduits à leur minimum.

La rougeole prend plus rarement que la variole et la scarlatine la forme hémorrhagique; comme des symptômes nerveux graves accompagnent la tendance aux hémorrhagies, on a donné aussi à cette forme grave le nom de *rougeole ataxo-dynamique* ou de *rougeole maligne*. Dès la période d'invasion on observe un affaiblissement extrême, du malaise, de la prostration, quelquefois des vomissements et de la diarrhée, la température s'élève beaucoup plus que dans la forme normale, le pouls est petit, très-fréquent; l'exanthème est pâle, limité à quelques régions, très-fugace, mélangé de pétéchies; des hémorrhagies se produisent par les surfaces muqueuses: épistaxis, métrorrhagies, entérorrhagies, etc.; la mort arrive dans les convulsions et le coma.

La rougeole normale se complique souvent de bronchite capillaire, mais il arrive aussi que la complication devient la maladie principale; la rougeole concentrant toute son activité sur la muqueuse bronchique, il en résulte une maladie très-grave, dont les rapports avec la rougeole ont été plus d'une fois méconnus et qui a été

décrite sous le nom de *bronchite capillaire épidémique*. C'est une *rougeole des bronches*.

La bronchite capillaire épidémique a été observée presque exclusivement dans l'armée, nous rappellerons en particulier les épidémies de Nantes (1840-1841), de Metz, de Saint-Omer et de Lyon (1840), de Paris (1841), du camp de Boulogne (1854-1856), de Paris (1870-1871). Dans toutes ces épidémies les circonstances étiologiques sont les mêmes et peuvent se résumer ainsi: 1^o fréquence de la rougeole; 2^o fréquence des bronchites développées sous l'influence d'un hiver rigoureux; 3^o arrivée des conscrits. Les choses se passent presque toujours de la manière suivante: pendant le règne d'une épidémie de rougeole un abaissement de température provoque l'apparition de nombreuses bronchites; la muqueuse des bronches irritée, enflammée, chez les hommes qui contractent alors la rougeole, *appelle* les manifestations morbides et l'éruption se localise sur les voies respiratoires, de même que les pustules de la variole se développent de préférence sur les surfaces rubéfiées par un sinapisme; l'éruption cutanée avorte ou fait défaut (A. Laveran, *Traité des maladies des armées*, p. 400).

La bronchite capillaire morbilleuse s'accompagne, comme la rougeole normale, d'une fièvre rémittente et de frissonnements répétés, l'expectoration d'abord muqueuse devient bientôt muco-purulente, les crachats prennent l'aspect nummulaire décrit plus haut. Lors de l'épidémie de Nantes, la sécrétion bronchique était si abondante qu'immédiatement après l'excrétion d'une grande quantité de mucosités, les conduits aériens s'obstruaient de nouveau, quelquefois les crachats étaient striés de sang.

La dyspnée est le symptôme dominant, d'où le nom de *catarrhe suffocant*; les malades assis dans leur lit luttent péniblement contre l'asphyxie, toutes les puissances inspiratrices sont mises en jeu, le thorax se dilate, mais l'air ne se renouvelle plus suffisamment dans les alvéoles pulmonaires; l'acte mécanique de la respiration s'accomplit, mais les échanges de gaz, qui constituent en réalité la respiration pulmonaire, ne peuvent plus s'effectuer; une sensation d'angoisse précordiale tourmente les malades, la face se cyanose, les extrémités se refroidissent, le pouls devient petit, irrégulier et la mort arrive par asphyxie ou syncope. La sonorité du thorax est souvent exagérée; à l'auscultation, le murmure vésiculaire est affaibli, des râles sonores ou humides remplissent la poitrine, le râle sous-crépitant domine.

L'exanthème morbillieux très-incomplet et très-fugace passe souvent inaperçu, la gravité de la complication thoracique absorbant toute l'attention.

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS. — Les principales complications de la rougeole se produisent sur les muqueuses.

Nous ne reviendrons pas sur la description de la bronchite capillaire morbillieuse. La pneumonie lobulaire complique assez souvent la bronchite, la pneumonie lobaire est beaucoup plus rare.

Sous l'influence des efforts respiratoires qui accompagnent la bronchite capillaire, il peut survenir de l'emphysème du cou et de la paroi antérieure de la poitrine, ainsi que l'un de nous en a observé un exemple.

L'abondance de la diarrhée constitue parfois une grave complication; dans quelques cas, on observe à la suite d'évacuations répétées des symptômes cholériques, d'autres fois l'entéro-colite revêt la forme dysentérique.

Les gangrènes de la bouche (noma) et de la vulve ne sont pas rares chez les enfants cachectiques qui peuplent les hôpitaux.

L'otite est très-commune à la suite de la rougeole; tantôt il s'agit d'une otite externe, tantôt d'une otite moyenne qui se termine par suppuration et qui entraîne la rupture de la membrane du tympan.

Bon nombre d'auteurs ont rangé la phthisie parmi les complications tardives de la rougeole. La tendance qu'ont la rougeole et la tuberculose à se localiser sur l'appareil respiratoire nous paraît expliquer la coïncidence assez fréquente de ces deux maladies; l'inflammation produite par la rougeole peut réveiller la diathèse tuberculeuse; lorsque la rougeole se produit chez des individus déjà phthisiques, elle ne fait que donner un coup de fouet à la maladie.

Les complications du côté des séreuses : pleurésie, péricardite, méningite, arthrites, sont beaucoup plus rares que dans la scarlatine.

Les épidémies de diphthérie, d'oreillons, de coqueluche, de scarlatine, coïncident souvent avec les épidémies de rougeole.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Lorsque la mort arrive à la période d'éruption, l'exanthème disparaît en grande partie sur le cadavre. L'examen de la peau ne révèle que des marbrures violacées et de petites ecchymoses.

Dans les formes graves, hémorrhagiques, le sang est diffluent, d'un rouge vineux, la quantité de fibrine est notablement diminuée et les globules sont altérés. Chez les sujets morts de bronchite ca-

pillaire, le cœur renferme des caillots blancs fibrineux, résistants, qui se prolongent dans les veines caves et dans l'artère pulmonaire, et dont la formation est évidemment antérieure à la mort; ces caillots expliquent la petitesse, l'irrégularité du pouls et la mort par syncope. Les ganglions bronchiques et mésentériques sont tuméfiés ainsi que la rate.

Les principales lésions anatomiques portent sur les voies respiratoires. M. Coyne, qui a étudié les lésions laryngées de la rougeole, distingue une forme catarrhale et une forme ulcéreuse; les ulcérations siègent en général sur le bord de la corde vocale inférieure.

Dans les cas de bronchite capillaire, le larynx, la trachée et les bronches sont remplis de muco-pus. Les poumons sont volumineux, ils ne s'affaissent pas au moment de l'ouverture de la poitrine; à côté de lobules emphysémateux, on en distingue d'autres qui renferment peu d'air et qui sont comme atelectasiés. Sur les surfaces de section du parenchyme pulmonaire, on voit sourdre des gouttelettes de pus qui proviennent des petites bronches et qui rappellent l'aspect des tubercules; les muqueuses trachéale et bronchique, une fois débarrassées du pus qui les recouvre, apparaissent vivement injectées.

Au microscope, les bronches présentent les altérations suivantes : dans les grosses bronches, l'épithélium persiste presque partout, mais la couche sous-jacente est infiltrée de jeunes éléments; dans les petites bronches l'épithélium est le plus souvent détruit; la couche sous-muqueuse est épaissie, infiltrée d'éléments embryonnaires et là où l'épithélium a disparu elle constitue de petits bourgeons charnus qui font saillie dans le canal des bronches. L'inflammation est plus profonde dans les petites bronches que dans les grosses; tandis que dans la trachée et les grosses bronches l'infiltration par des éléments embryonnaires ne dépasse pas la couche musculuse, dans les petites bronches elle s'étend entre les glandes bronchiques, voire même entre les cartilages et dans le tissu péribronchique.

Du côté des voies digestives on observe souvent une injection plus ou moins vive de la muqueuse intestinale et un développement anormal des follicules clos de l'intestin (psorentérie).

La bouche et le pharynx sont injectés; on y trouve quelquefois de petites ulcérations ou des fausses membranes diphthériques.

La pharyngite s'étend souvent à la trompe d'Eustache, d'où la fréquence des otites; sur vingt-trois sujets morts de rougeole,

M. Cordier a trouvé dans tous les cas des lésions inflammatoires à différents degrés des muqueuses de l'oreille moyenne et de la trompe.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — La fièvre, le larmolement, le coryza, la toux qui caractérisent la période d'invasion, permettent le plus souvent d'établir le diagnostic sans attendre l'apparition de l'éruption, on ne peut guère confondre la rougeole à cette période qu'avec la grippe; on est guidé par l'épidémicité de l'une ou de l'autre de ces maladies et par les prédispositions dépendant de l'âge des malades et du milieu dans lequel ils se trouvent. Lorsqu'on veut rechercher la filiation des cas de rougeole, il faut se rappeler que l'incubation est de douze jours en moyenne; on s'informera donc si douze jours avant l'apparition des symptômes morbides le malade n'a pas été en contact avec un individu atteint de rougeole. Pendant une épidémie de rougeole à Marseille, le docteur Girard a pu s'assurer de la filiation de tous les cas observés par lui; dans les grandes villes, cette recherche est cependant particulièrement difficile. L'existence d'un énanthème précoce sur le voile du palais favorise beaucoup le diagnostic, mais c'est un signe inconstant.

Au début de la période d'éruption, on peut confondre la rougeole avec la variole ou avec la scarlatine; la rougeole boutonneuse simule quelquefois d'une façon complète l'éruption commençante de la variole. Dans ces cas difficiles, le diagnostic doit être basé bien plus sur les symptômes antérieurs ou concomitants que sur l'éruption elle-même; si le malade a eu un frisson initial violent, des douleurs lombaires, des vomissements, si les catarrhes nasal, oculaire et bronchique font défaut, on se décidera pour la variole; si, au contraire, les douleurs lombaires ont fait défaut, si la fièvre n'a pas présenté une grande intensité, si le coryza, le larmolement et la toux sont bien marqués, le diagnostic de rougeole s'imposera.

La rougeole est en général facile à distinguer de la scarlatine qui s'accompagne d'une angine caractéristique et dont l'éruption se fait par larges plaques d'un rouge framboisé. A propos de la scarlatine, nous aurons à revenir sur les caractères différentiels des deux éruptions.

L'éruption de la rougeole présente quelque analogie avec celle du typhus, avec la roséole syphilitique, avec l'exanthème copahivique et avec l'urticaire. L'éruption du typhus n'envahit pas la face, elle est souvent *exanthémo-pétéchiale*, la fièvre concomitante est plus forte que dans la rougeole, etc.; la roséole syphilitique est plus

pâle que l'exanthème de la rougeole, les taches roses ne font pas saillie à la surface de la peau, la fièvre fait défaut, ou si elle existe elle ne s'accompagne pas de catarrhe; l'exanthème copahivique est apyrétique, il suffit du reste de demander aux malades s'ils ont pris du copahu; l'urticaire est intermittente et s'accompagne de démangeaisons qui font défaut dans la rougeole, les plaques d'urticaire ont d'ailleurs un aspect spécial.

La bronchite capillaire morbilleuse se présente le plus souvent à l'état de petites épidémies qui coïncident avec une grande fréquence des rougeoles normales; il faut rechercher avec soin, chez les malades atteints de bronchite capillaire, s'il n'existe pas de traces d'une éruption.

La rougeole normale est une maladie bénigne dont la mortalité est très-faible; au contraire, les rougeoles anormales, celles qui se compliquent de bronchites capillaires par exemple, sont extrêmement graves, leur mortalité peut s'élever à 40 pour 100 ou même davantage. L'intensité des symptômes thoraciques ou abdominaux, la tendance aux hémorrhagies coïncidant avec une éruption anormale, avortée, l'adynamie, sont d'un mauvais présage.

La convalescence est assez souvent longue et difficile; le catarrhe bronchique peut passer à l'état chronique. Il faut tenir compte, dans le pronostic, de la coïncidence assez fréquente de la tuberculose et de la rougeole.

Parmi les conditions qui augmentent la gravité des épidémies de rougeole, il faut noter les températures humides et basses qui multiplient les complications thoraciques, et l'encombrement qui imprime à la maladie un caractère de malignité.

PROPHYLAXIE. TRAITEMENT. — Les malades atteints de rougeole doivent être isolés avec soin, surtout dans les hôpitaux d'enfants; la rougeole vient souvent se greffer sur une autre maladie en la compliquant, ou bien elle s'empare de convalescents qui n'ont pas une force de résistance suffisante. Lorsque la maladie est bénigne et qu'elle règne sur une agglomération d'enfants bien portants, placés dans de bonnes conditions hygiéniques, il y a lieu de se demander si l'on doit s'opposer à son extension et s'il ne faut pas faire bénéficier les enfants d'une immunité facile à acquérir et qui pourra les préserver d'une atteinte plus grave? Les enfants en bas âge, ceux dont la santé est chancelante ou qui présentent une prédisposition pour la tuberculose, doivent être soustraits en tout cas à l'influence de la rougeole.

La bronchite capillaire morbilleuse est contagieuse aussi, mais

beaucoup moins que la rougeole normale, ce qui se conçoit aisément, car elle se compose de deux éléments, l'un spécifique, produit du miasme de la rougeole, l'autre catarrhal, dépendant des influences atmosphériques.

Dans la rougeole normale il faut s'abstenir de toute médication active; les malades seront placés dans des salles bien aérées, non encombrées et chauffées convenablement. Il est mauvais de surcharger les malades de couvertures et de chercher à provoquer les sueurs comme le veut un préjugé populaire, mais la température doit être maintenue à un degré convenable dans la chambre des malades; le défaut de combustible a été une des principales causes de la gravité de la rougeole pendant le siège de Paris. On prescrira des boissons tièdes, des potions calmantes contre la toux, avec la morphine chez les adultes, avec la belladone chez les enfants. Lorsque la diarrhée est abondante, il faut chercher à la modérer à l'aide du sous-nitrate de bismuth par exemple.

Un grand nombre de médications ont été employées sans succès contre la bronchite capillaire; les émissions sanguines et le tartre stibié ont donné de mauvais résultats, l'ipéca à dose vomitive ou comme expectorant rend, au contraire, des services ainsi que les révulsifs et les dérivatifs; les vésicatoires doivent être proscrits lorsque la diphthérie règne en même temps que la rougeole. L'urtication a été recommandée par Trousseau pour rappeler l'éruption vers la peau et pour produire une révulsion énergique.

La convalescence de la rougeole sera surveillée avec soin, principalement au point de vue des complications thoraciques; les malades seront placés dans des conditions hygiéniques aussi bonnes que possible, et s'ils sont anémiés on prescrira les ferrugineux, les amers, le quinquina.

ROUX. Traité de la rougeole. Paris, 1807. — RILLIET et BARTHEZ. Traité des maladies des enfants, 2^e édition. Paris, 1861. — M. LÉVY. Mémoire sur la rougeole des adultes (Gaz. méd. de Paris, 1847). — Relation d'une épidémie de bronchite capillaire observée à l'Hôtel-Dieu de Nantes, par Mahot, Bonamy, Marcé et Malherbe. Nantes, 1842. — L. LAVERAN. Des influences nosocomiales sur la marche et la gravité de la rougeole (Gaz. hebdom., 1861). — GIRARD. Commun. à la Soc. méd. des hôpitaux (Bulletins et mémoires de cette Société, 1865 et 1869). — CYON. Recherches sur les causes de la gravité de la rougeole à l'hospice des enfants assistés de Paris, thèse, Paris, 1873. — COYNE. Recherches sur l'anatomie normale de la muqueuse du larynx et sur l'anat. pathol. des complic. de la rougeole, thèse, Paris, 1874. — BROUARDEL. Leçons sur la rougeole (Gaz. des hôpitaux, 1874). — CORDIER. Catarrhe de l'oreille moyenne dans la rougeole, thèse, Paris, 1875. — A. LAVERAN. Traité des maladies des armées, p. 385. — A. SANNÉ. Art. Rougeole (Diction. encyclop. des sc. méd.)

SCARLATINE.

La scarlatine est une pyrexie contagieuse, caractérisée par une angine spéciale et par un exanthème écarlate généralisé, suivi d'une desquamation par larges plaques.

ÉTIOLOGIE. — La scarlatine est contagieuse comme la variole et la rougeole, mais à un moindre degré; la contagion s'effectue par les voies naturelles; les tentatives d'inoculation qui ont été faites jusqu'ici n'ont pas donné de résultats probants.

La scarlatine est une maladie de la deuxième enfance et de l'adolescence; elle règne souvent à l'état épidémique, sa fréquence est plus grande en automne et en hiver qu'au printemps.

Une première atteinte donne l'immunité.

DESCRIPTION. — La durée de l'incubation est moins bien connue que pour la variole et la rougeole; quelques faits semblent démontrer qu'elle peut être de vingt-quatre heures seulement (Trousseau).

Comme pour la rougeole, il y a lieu de décrire une forme normale et des formes anormales.

Scarlatine normale. L'évolution de la scarlatine se divise naturellement en trois périodes: période d'invasion, période d'éruption, période de desquamation.

1^o Période d'invasion. L'ascension est brusque comme dans la variole, la température s'élève même souvent plus haut que dans cette dernière maladie; les adultes ont un frisson violent qui, chez les enfants, est souvent remplacé par des convulsions. La peau est sèche, brûlante, le pouls très-fréquent, la soif vive; la constipation est de règle. On n'observe en général ni vomissements, ni douleurs lombaires.

L'angine spéciale se montre presque en même temps que la fièvre; les amygdales, le voile du palais et le pharynx présentent une rougeur très-vive, accompagnée de tuméfaction et de douleur, surtout pendant les mouvements de déglutition; les ganglions sous-maxillaires sont souvent engorgés.

La période d'invasion, plus courte que dans les autres fièvres éruptives, est de deux jours en moyenne. Pendant ces deux jours, la fièvre est continue sans rémissions notables, elle se maintient à 40 degrés ou au-dessus (fig. 15). Il n'est pas rare d'observer des températures hyperpyrétiques de 42 ou 43 degrés; Wunderlich a trouvé dans un cas 43^o,5; le pouls bat 120 ou 140 fois par minute.