

et préservatrice, c'est une *fausse vaccine*. Le bouton qui, présentant une évolution convenablement longue, ne laisse pas de cicatrice, confère une immunité imparfaite; au point de vue de la dermatite, il est à la vaccine ce que la varioloïde est à la variole (*vaccinelle*). — Quant au fait que la préservation de la vaccine légitime est temporaire, il ne peut surprendre, puisque la variole même ne donne pas une immunité absolue et illimitée.

Les anomalies de la vaccine sont assez nombreuses; je viens de signaler la fausse vaccine et la vaccinelle (*variola vaccina atrophica, variola vaccina bullosa seu pemphigoides* d'Hebra); il convient de mentionner en outre la *roséole vaccinale*, hyperémie cutanée diffuse qui occupe les bras, débute entre le troisième et le quinzième jour, et se dissipe sans autre suite après la dessiccation des pustules; l'*eczéma vaccinal* principalement observé chez les enfants scrofuleux et rachitiques; enfin les *furuncles*, l'*érysipèle*, les *adénites*, l'*ulcération des boutons* et la *gangrène*. Ces accidents présentent la plus grande analogie avec les complications locales de l'éruption variolique.

Dans quelques cas rares, l'éruption vaccinale est accompagnée d'un exanthème semblable, discrètement répandu sur toute la surface du corps; ces faits sont regardés par plusieurs observateurs comme des exemples de *vaccine généralisée*; mais d'autres, notamment Hebra, n'y voient que la coïncidence d'une varicelle avec la vaccine. — La *syphilis vaccinale* débute par un chancre induré, qui se développe sur l'une des pustules, après une incubation variable de quinze à vingt-cinq ou trente jours.

### CHAPITRE III.

#### ROUGEOLE.

##### GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Quelle qu'en soit l'origine première, qui n'est pas plus connue que celle de la variole, la rougeole (1) ne naît aujourd'hui que par TRANSMISSION de l'homme malade à l'homme sain. Le mode de développement de la

(1) SYDENHAM, MORTON, HUXHAM, BORSIERI.

Dictionnaires de médecine et Traités des maladies des enfants.

ROUX, *Traité sur la rougeole*. Paris, 1807. — FERGUSON, *The med. and phys. Journal*. London, 1809. — RONALD, *Eodem loco*, 1816. — THEMSEN, *Diss. hist. epidemiac morbillosæ Groningæ anno 1816 observatæ*. Groningæ, 1817. — KUNST, *Hist. morbillorum anno*

maladie dans les petites localités le démontre surabondamment, et parmi les exemples d'importation il n'en est pas de plus frappant que l'épidémie des îles Faroë, observée et décrite par Panum. Depuis soixante-cinq ans la rougeole n'y avait pas pénétré; elle est apportée par un individu venant du continent, les parents de ce malade sont atteints, et l'infection se propage de proche en proche à ce point que, dans l'espace de sept mois, sur une population de 7782 habitants, 6000 ont été frappés. Tous les individus âgés de moins de soixante-cinq ans, qui n'avaient pas eu la rougeole à l'étranger, en furent affectés; ce fait démontre que l'âge adulte ne confère aucune immunité; si la maladie est plus rare après l'adolescence, c'est tout simplement que la plupart des sujets payent leur tribut dans l'enfance, et qu'une première atteinte de l'empoisonnement rubéolique éteint pour un temps fort long, et souvent illimité, la prédisposition organique.

L'EXTENSION et la DURÉE des épidémies sont influencées: — 1° par la date de la dernière épidémie qui a sévi dans la localité; plus cet intervalle est court, moins est grave la nouvelle invasion de la maladie; — 2° par

1821 *epidemicæ Landishuti grassatorum*. Landishuti, 1823. — GENDRON, *Arch. gén. de méd.*, 1827. — WOLF, *De morbillorum epidemia annis 1829 et 1830 Bonnæ et in agro Bonnensi grassante*. Bonnæ, 1831. — BARRIE, *De morbillis*. Halæ, 1839. — D'ESPINE, *Ann. d'hygiène*, 1840. — MICHEL LÉVY, *Mém. sur la rougeole des adultes* (*Gaz. méd. Paris*, 1847). — LECADRE, *Mém. de l'Acad. de méd.*, XVII, XX. — RUFZ, *Gaz. méd. Paris*, 1857. — HECQUET, *Mém. Acad. de méd.*, XXI. — E. GINTRAC, *Cours théorique et pratique de pathologie interne*. Paris, 1859.

TROUSSEAU, *Clinique médicale*. — MAYR, *Exsudate-Morbilli in Hebra's Hautkrankheiten*. Erlangen, 1860. — NAMIAS, *Della presente Epidemia di Morbillo in Venezia* (*Giornale Veneto*, 1861). — BARTELS, *Bemerkungen über eine im Frühjahr 1860 in der Poliklinik in Kiel beobachtete Masern-Epidemie* (*Virchow's Archiv*, XXI, 1862). — SIEGEL, *Beob. über Masern* (*Arch. der Heilk.*, 1862). — PFEILSTICKER, *Beiträge zur Path. der Masern*. Tübingen, 1863. — WUNDERLICH, *Ueber einige Verhältnisse des Fiebertverlaufs bei den Masern* (*Archiv. der Heilk.*, 1863). — BARBIERI, *Epidemia di Morbillo in Londriano* (*Gaz. med. ital. Lomb.*, 1864). — BROWN, *On the Treatment of Bronchitis after Measles* (*Brit. med. Journ.*, 1863). — STEINBACHER, *Das Scharlachfieber und die Masern*. Augsburg, 1864. — KOESTLIN, *Zur Geschichte der Masern, der Rötheln, des Scharlachs und des Keuchlusters* (*Arch. f. wissensch. Heilk.*, 1866). — ZAVIZIANOS, *Études sur les phénomènes spiniaux dans les fièvres éruptives*, thèse de Paris, 1866. — BARTSCHER, *Bericht über eine Masernepidemie in Osnabrück* (*Journal f. Kinderkrankheiten*, 1866). — KARG, *Wochenblatt der Zeitsch. der K. K. Gesells. der Aerzte in Wien*, 1866. — CAUSIT, *Gaz. hôp.*, 1866. — A. ROTA, *Gaz. med. ital. Lombardia*, 1866.

THOMAS, *Die Dauer der Incubationsperiode der Masern* (*Arch. d. Heilk.*, 1867). — *Beiträge zur Kenntniss der Masern (Eodem loco)*. — METTENHEIMER, *Die Masern-Epidemie in Schwerin im Jahre 1866, besonders in Beziehung auf die Anwendung des kalten Wassers in derselben* (*Archiv. f. wissensch. Heilk.*, 1867). — REHN, *Zur Symptomatologie und Kritik des Prodromatstadiums der Masern* (*Jahr. f. Kinderheilk.*, 1868). —

l'observation plus ou moins scrupuleuse des règles de l'isolement des malades; — 3<sup>e</sup> accessoirement par les conditions saisonnières; c'est en hiver et en automne, dans les étés exceptionnellement froids et humides, que l'on observe les épidémies les plus redoutables. — Les enfants au-dessous d'un an sont rarement atteints; mais, à cette réserve près, aucun âge, aucune constitution n'est à l'abri.

Le POISON RUBÉOLIQUE est inconnu; il est vraisemblable qu'il est de nature animale ou végétale, mais le fait n'est point démontré; il n'a pour lui que l'induction basée sur l'existence d'une période d'incubation nécessaire au développement et à la multiplication des germes; il est bien certain, en revanche, que le poison est contenu dans les larmes, dans les sécrétions de la muqueuse aérienne et dans le sang; des expériences déjà nombreuses d'inoculation l'ont démontré (1). Il est fort probable, d'après cela, que la transmission accidentelle est possible dès la première période de la maladie, mais elle n'y est pas bornée; les exhalaisons cutanées et respiratoires pendant le stade d'éruption, les débris de la desquamation

SCHWARZ, *Wien. med. Presse*, 1868. — CARROL, *On an epidemic of malignant measles at Sidney (Dublin quart. Journ., 1868)*. — SCOUTETTEN, *Rougeole et scarlatine (Gaz. hóp., 1868)*. — BLANCKAERT, JOUAULT, LAFAYE, *Thèses de Paris*, 1868. — BERGERON, *Gaz. hóp., 1868*. — HESLOP, *Med. Times and Gaz., 1869*. — GIRARD, *Sur la transmission de la rougeole (Gaz. hebdom., 1869)*. — MONTI, *Jahrb. f. Kinderheilk., 1869*. — GAUSTER, *Casuistisches zur Masernrecidive (Memorabilien, 1869)*. — NEUMANN, *Ueber einen seltenen Verlauf von Morbillen (Wiener med. Zeit., 1869)*.

WASASTJERNA, *Samtidig förekomst af mässling och skarlatjensfeber hos samma person (Notizbl. för läkare och farmac, 1869)*.

KARG, *Wochenbl. d. Gesells. der Wiener Aerzte*, 1870. — PIERRAZINI, *Dell'epidemia morbillosa osservata nel comune di Montecalvoli*, 1870. — RONCATI, *I solfati nel morbilli (Gaz. med. Lomb., 1870)*.

VEZIEU, *Rapport sur une épidémie à Dunkerque (Rec. de mém. de méd. milit., 1871)*. — PINKHAM, *Boston med. and surg. Journal*, 1871.

METTENHEIMER, *Ueber die Masernepidemie vom J. 1870 zu Schwerin (Journ. f. Kinderkrank., 1872)*. — CORSON, *Philad. med. and surg. Rep., 1872*. — TUFNELL, *On the incubation of measles (Dub. Journ. of med. Sc., 1872)*. — SCHEPERS, *Nervenaffectionen bei Masern (Berlin. klin. Wochen., 1872)*. — TRESLING, *Aantekeningen over mazeln, etc. (Nederl. Tijdsch. voor Geneesk. 1872)*. — GOTTWALD, *Weiterer Beitrag zur therap. Anwendung des Brom und gelegentliche Bemerkung über Xylol gegen Masern (Deutsche Klinik, 1872)*. — COLIN, *La variole et la rougeole à l'hóp. milit. de Bicêtre pendant le siège de Paris (Union méd., 1873)*. — GASSOT, *Gaz. hóp., 1874*. — KASSOWITZ, *Ueber einige seltene Vorkommnisse bei Masern (Oester. Jahrb. f. Pädiatrie, 1874)*. — STEINER, *Morbilli-bullosi sive pemphigoides (Jahrb. f. Kinderheilk., 1874)*. — BROUARDEL, *Leçons sur la rougeole (Gaz. hóp., 1874)*. — COYNE, *Sur les laryngites érythémateuses graves du début de la rougeole (Gaz. méd. Paris, 1874)*. — FAYE, *Recidiv af Mässling, etc. (Norsk. Magaz. f. Lägevid., 1874)*.

(1) HOME, SPERANZA, MICHAEL DE CATONA, MALMSTEN, WACHSEL, LOCATELLI, MAYR.

en sont des agents non moins puissants; et des observations de Panum établissent nettement que le poison ou contagé peut être transporté au loin, sans perdre de son efficacité, par le corps et les vêtements d'individus qui ont approché des malades, et qui n'ont pas été eux-mêmes atteints. — La durée de l'INCUBATION est de neuf à onze jours pour la maladie naturellement contractée (Kervendyner); mais pour la rougeole inoculée elle est moindre, l'invasion a eu lieu au septième jour dans les faits de Home et Michaël.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Dans la rougeole à *éruption normale*, l'exanthème disparaît après la mort, parce qu'il est dû à une simple hyperémie sans extravasation sanguine. Dans les *formes hémorrhagiques* on retrouve les taches sanguines, les pétéchies et les ecchymoses qui ont caractérisé l'éruption pendant la vie; en outre, dans ces cas comme dans les formes *adynamiques et nerveuses*, on constate souvent l'augmentation de volume avec ramollissement de la *rate*, et une infiltration des *ganglions du mésentère* analogue à celle de la fièvre typhoïde. Le SANG présente souvent, comme dans toutes les maladies infectieuses, les caractères assignés par les anciens au sang dissous; il est d'une fluidité excessive, le chiffre de la fibrine est abaissé, celui des globules rouges peut être normal, mais une portion de l'hématoglobuline est dissoute et colore en rouge la sérosité épanchée sous la peau et dans les viscères (pseudo-hémorrhagies).

Les manifestations de l'empoisonnement rubéolique ont lieu à la fois sur la peau et la MUQUEUSE DES VOIES AÉRIENNES: aussi après toute rougeole mortelle, quelque régulière qu'elle ait été d'ailleurs, trouve-t-on des altérations graves dans les organes respiratoires; dans le *larynx*, c'est un catarrhe simple ou bien une exsudation membraneuse de la variété interstitielle (diphthérique); dans l'*appareil broncho-pulmonaire*, ce sont toutes les lésions du catarrhe bronchique et de la pneumonie lobulaire, depuis l'*hypersécrétion simple avec collapsus et emphysème*, jusques et y compris l'*infiltration caséuse des lobules*. C'est ordinairement par la bronchite capillaire que la rougeole tue, lorsqu'elle n'est ni hémorrhagique, ni adynamique.

Les taches hyperémiques qui caractérisent l'ÉRUPTION siègent principalement sur les follicules pileux; elles sont souvent plates et sans saillie, de manière à représenter de simples *macules*; dans d'autres cas, elles sont légèrement saillantes surtout à leur centre, et prennent le caractère de *papules (rougeole boutonneuse, papuleuse)*; d'après G. Simon, cette disposition est due à la présence d'un petit exsudat inflammatoire, dans le point correspondant de la peau, et non pas à la tuméfaction des glandes pilifères

ou sébacées. Le processus cutané dépasse alors le degré de la fluxion simple, il arrive à l'exsudation circonscrite dans les régions fluxionnées.

#### SYMPTOMES ET PRONOSTIC.

**Première période. Invasion.** — Le DÉBUT est *semi-brusque* : il est caractérisé par des lassitudes, du malaise général, de la céphalalgie, rarement des vomissements, et par des *frissons irréguliers* coïncidant avec une température fébrile qui le premier jour dépasse rarement 38°,5 ou 39 degrés; en même temps apparaît un *catarrhe oculo-nasal* plus ou moins intense, qui ne présente aucune particularité distinctive, de sorte que si l'épidémie est commençante ou ignorée, on admet à tort un simple catarrhe *a frigore*. Dans quelques cas, le catarrhe oculo-nasal ne se montre que le second jour; alors aussi, par sa faible rémission du matin, la fièvre s'affirme une *fièvre subcontinue*, et se distingue par là de la fièvre catarrhale. Le troisième jour il y a une rémission forte, dont le degré est en raison directe de l'élévation thermique maximum; jamais cette rémission n'est assez prononcée pour ramener la température normale, mais elle est tellement caractéristique par sa constance qu'elle peut dès lors fixer le diagnostic et révéler le caractère rubéolique du catarrhe. Dès la fin du troisième jour ou le commencement du quatrième, la fièvre reprend toute son intensité, qu'elle conserve jusqu'à la fin de cette période *et au delà*.

Cependant les phénomènes de CATARRHE s'accusent de plus en plus; la céphalalgie est gravative, les sinus frontaux sont tendus et douloureux, les conjonctives sont brillantes et injectées, les yeux sont larmoyants, un liquide limpide et salé s'écoule par les fosses nasales imperméables à l'air, le prurit nasal est incessant et provoque à de courts intervalles de véritables accès d'éternement; le facies du malade est alors vraiment caractéristique. Durant cette période, les *épistaxis* sont fréquentes, surtout chez les enfants; mais, à moins qu'elles ne soient d'une abondance redoutable par elle-même, elles n'ont point la signification pronostique inquiétante qu'elles présentent dans la variole. Bientôt, le troisième jour en moyenne, parfois plus tôt, le catarrhe gagne le *larynx* et les *bronches*, la voix est enrouée, et le malade est tourmenté par une *toux* sèche, rauque, férine, qui revient par quintes prolongées. Il n'y a à ce moment nulle expectoration, et l'auscultation ne fait entendre que quelques râles sibilants; mais il y a de l'*anxiété*, de l'*oppression*, et des douleurs musculaires vagues, souvent pleurodyniques. Chez les enfants, le catarrhe laryngé est souvent accompagné des *accès de suffocation* nocturnes qui caractérisent la laryngite striduleuse, et ce PSEUDO-CROUP, sans gravité dans la majorité des cas, excite les plus vives inquiétudes dans l'entourage du malade. — A l'apparition de la toux rauque et quanteuse on peut à coup sûr annoncer la

rougeole; ce symptôme ne devance l'éruption que d'un jour ou de quelques heures.

La DURÉE de ce stade est en moyenne de quatre jours pleins; mais il y a quelques oscillations; l'éruption peut se faire dès le quatrième jour, c'est assez rare, plus souvent elle est retardée jusqu'au sixième, au septième et même plus longtemps; même en ne tenant compte que du terme ordinaire, l'invasion de la rougeole est plus longue que celle des autres fièvres éruptives; la *fièvre* de cette période est spécifiée par sa rémission du troisième jour et par son degré thermique, qui atteint bien rarement celui de la variole, et jamais celui de la scarlatine.

Les PHÉNOMÈNES INCONSTANTS de cette période sont peu nombreux, et bien que certains d'entre eux aient une apparence grave, ils sont compatibles avec une régularité parfaite dans les allures de la maladie, et n'en modifient point le pronostic, s'ils sont bornés au stade d'invasion; s'ils le dépassent, ils acquièrent une signification fâcheuse. A côté du *pseudo-croup*, qui est lui-même un phénomène inconstant, il convient de signaler le *catarrhe intestinal*. Plus fréquent chez les enfants que chez les adultes, il est caractérisé par une diarrhée muqueuse d'abondance variable, qui est parfois accompagnée de symptômes dysentériques; dans ce cas, il est ordinaire que le catarrhe se prolonge et augmente d'intensité durant le stade d'éruption. — Une intensité exceptionnelle de la céphalalgie fait présager des *troubles nerveux* qui se manifestent sous forme de *délire*, plus souvent sous forme de *convulsions*. Celles-ci sont générales ou partielles; elles éclatent brusquement après l'apparition des phénomènes de catarrhe, et présentent d'ordinaire une grande violence; mais l'accès est court, et, bien qu'il soit suivi de fatigue et de somnolence, il n'aboutit pas au coma proprement dit; l'accès peut être unique, mais ce n'est pas la règle. Les convulsions partielles occupent les membres; ce sont des secousses cloniques, plus rarement des contractures. En présence de symptômes convulsifs présentant une certaine intensité, l'appréciation pronostique est vraiment difficile; il se peut qu'il s'agisse simplement des phénomènes réactionnels communs d'un système nerveux excitable, mais il se peut aussi qu'on ait affaire à cette forme redoutable qui mérite à bon droit la qualification de forme nerveuse. La cessation des symptômes convulsifs au moment de l'éruption n'est point un critérium fidèle, car elle a lieu dans l'un et dans l'autre cas; c'est plutôt d'après la gravité de l'état général, d'après l'angoisse et l'anxiété du malade dans l'intervalle des convulsions, et surtout d'après le degré de la fièvre, qu'il faut juger la situation. Si la fièvre dépasse le chiffre ordinaire, si elle atteint 40 degrés ou au delà, il y a tout lieu de craindre; car le désordre nerveux est vraisemblablement le résultat de la calorification anormale et de la rétention des produits de cette combustion exagérée, et l'intoxication qui en est la conséquence pourra bien entraîner la mort dans le stade d'é-

ruption. Si, au contraire, malgré les convulsions, les symptômes fébriles sont modérés, si le trouble nerveux cesse définitivement et non pas temporairement après l'éruption, le pronostic n'est point aggravé par cet incident. Dans quelques cas, le jugement est dicté par une mort inopinée; la rougeole tue très-rarement dans sa période d'invasion, mais enfin le fait est possible lorsqu'il y a des accidents convulsifs violents; et dans sa remarquable relation de l'épidémie de Kiel, Bartels en rapporte trois exemples.

Un autre phénomène inconstant résulte non d'un symptôme surajouté, mais d'une marche particulière de la période dans son ensemble. Elle présente, pendant un ou deux jours, ses caractères ordinaires, puis il y a une détente, tout s'arrête; après trente-six, quarante-huit heures, les symptômes réguliers de l'invasion reprennent leur cours; c'est dans les faits de ce genre que le stade initial arrive à une durée exceptionnellement longue. Cette *marche à répétition* n'a aucune influence sur le pronostic. — Enfin, le catarrhe et la fièvre peuvent avoir une très-faible intensité, à ce point que, dans certains cas, l'éruption est le premier indice de la maladie.

**Deuxième période. Éruption.** — L'ÉRUPTION débute à la face, particulièrement par le menton, le front et les joues. Elle est constituée par des taches rouges irrégulièrement arrondies, de 2 à 6 millimètres de diamètre; tantôt ces taches sont isolées et distinctes une à une, tantôt elles sont réunies en groupes irréguliers (corymbes de Lieutaud) qui dessinent parfois, mais non constamment, des demi-cercles ou de petits croissants. Plus rarement ces plaques se fusionnent de manière à former de vastes surfaces rouges, parsemées d'inégalités que forment les taches élémentaires. Ces plaques confluentes sont très-rare à la face, elles le sont moins sur le tronc. De la face l'exanthème gagne le cou, la poitrine, les membres, et, dans les cas réguliers, en vingt-quatre ou trente-six heures, la sortie de l'éruption est achevée. Les macules sont effacées par la pression, mais avec une certaine lenteur, et dans la variété papuleuse (*rougeole boutonneuse*) le centre saillant de la tache peut persister, ce qui dénote une légère extravasation sanguine combinée avec l'exsudat inflammatoire.

Dès le début de l'exanthème, quelquefois même un peu avant, la voûte palatine, le voile du palais, le pharynx, présentent un piqueté rouge produit par une *éruption muqueuse*; mais la langue est recouverte d'un enduit blanc ou jaunâtre, et les gencives sont assez fréquemment tapissées de pellicules blanches, minces et peu adhérentes.

Au septième ou au huitième jour à compter du début de la maladie, la turgescence du visage s'affaïsse et l'éruption de la face pâlit; elle prend une teinte jaunâtre, puis un peu bleuâtre, les taches perdent leur auréole rose, la pression ne les efface plus qu'incomplètement, et il y a à ce moment un contraste complet entre les taches du visage et celles du tronc

qui sont à leur acmé. On a dit que, dès le second jour de l'éruption, l'exanthème peut disparaître rapidement par rétrocession ou délitescence, sans que ce phénomène soit accompagné ou précédé d'aucun accident grave; je ne veux pas nier le fait; cependant je suis disposé à croire qu'on a pris pour des rougeoles vraies de simples roséoles ou des rubéoles. Dès le neuvième jour la desquamation commence sur la face, elle s'étend au tronc du dixième au douzième jour; ce phénomène marque le début de la troisième période.

Les phénomènes de CATARRHE persistent durant ce stade, mais ils se modifient et arrivent à la coction; le larmolement cesse, la rougeur conjonctivale diminue, le *liquide nasal* perd son caractère aqueux, il devient muqueux, épais, opaque, et forme des concrétions qui obstruent les fosses nasales; la *voix* peut rester rauque ou faible, mais les accès de suffocation ne se reproduisent plus; la *toux* est moins sèche, moins rude, moins quinteuse; l'*expectoration*, d'abord simplement muqueuse, prend ensuite, dans la seconde moitié de ce stade, des caractères particuliers: elle est formée de pelotons muqueux, verdâtres, déchiquetés, opaques, qui nagent isolément dans un liquide transparent et abondant, de viscosité faible. Ces *crachats nummulaires* sont semblables à ceux que rejettent les phthisiques à une certaine période de la maladie, et ils ont donné lieu à plus d'une faute de diagnostic. L'*auscultation* fait alors entendre, au lieu de râles sibilants, des râles muqueux dont le nombre et le volume sont en rapport avec l'étendue et le siège du catarrhe dans les bronches moyennes ou petites. Si ces dernières sont atteintes en grande proportion, on observe les phénomènes stéthoscopiques et l'état asphyxique DE LA BRONCHITE CAPILLAIRE.

*La fièvre ne cesse pas, l'état général ne s'améliore pas avec l'éruption; l'exanthème est achevé que la fièvre persiste encore, et lorsque l'éruption s'est faite régulièrement à son époque ordinaire, ce n'est qu'au septième jour qu'on observe une défervescence notable, et que le malade éprouve une détente, une amélioration marquée; à dater de ce moment, les phénomènes fébriles et l'état général sont subordonnés moins au processus rubéolique qu'à l'intensité du catarrhe pulmonaire ou à l'existence de quelque complication: aussi, dans les rougeoles normales et légères l'amélioration est définitive, et elle conduit rapidement à la convalescence qui commence avec la desquamation (voyez fig. 57 et 58).*

Les PHÉNOMÈNES INCONSTANTS de cette période sont assez nombreux, mais ils n'ont pas tous la même importance: les uns ne constituent que des variétés symptomatiques sans valeur pronostique; les autres sont assez sérieux pour donner à la maladie une modalité et un danger particuliers. Parmi les premiers doivent être signalées certaines *variétés de l'exanthème*; non-seulement il peut être papuleux et confluent, ainsi que je l'ai indiqué déjà, mais, dans certains cas, il est accompagné d'une production plus

ou moins abondante de *vésicules miliaires*; c'est alors que le malade présente, dans le stade d'éruption, des sueurs profuses d'une odeur douceâtre comparée par Heim à celle des plumes d'oie. Dans d'autres circonstances, l'éruption prend un caractère hémorragique, sans que d'ailleurs on observe les phénomènes graves et l'issue fatale propres à la forme hémorragique des maladies infectieuses; les taches sont violettes ou noires, elles ne s'effacent point par la pression, mais il n'y a pas d'ecchymoses dans l'intervalle des macules, pas d'hémorragie interne, pas d'adynamie, et ces phénomènes négatifs distinguent cette forme hémorragique bénigne de l'hémorragique grave, dont il sera bientôt question. Cette variété n'est pas très-rare chez les enfants cachectiques; signalée par Vogel, Willan, Rayer et Lévy, elle a été maintes fois observée par Günsburg dans l'épidémie de Prague. Le *catarrhe intestinal* de la période d'invasion cesse d'ordinaire au début de l'éruption; mais il peut reparaitre au huitième jour (Morton) sans que ce fait ait d'ailleurs aucune signification grave; au lieu d'une diarrhée simple on observe souvent alors des symptômes dysentériques. — Dans quelques épidémies l'urine devient albumineuse au moment de l'éruption (Parkes, Brown), mais cette *albuminurie* est passagère, elle est due à une simple fluxion rénale, et elle n'a point les conséquences graves de l'albuminurie scarlatineuse.

Les phénomènes inconstants et dangereux de la période d'éruption permettent de distinguer trois formes de rougeole grave, savoir la *pulmonaire*, — la *nerveuse*, — l'*hémorragique*.

Dans la FORME PULMONAIRE, la gravité résulte de l'extension du catarrhe aux petites bronches, et le malade est exposé à tous les périls de la bronchite capillaire; cette forme est très-fréquente surtout dans les hôpitaux et les classes pauvres (Bartels), et elle revendique la plus grande part dans la mortalité générale de la maladie. Lorsque le catarrhe est très-intense dès le début, la période d'invasion a souvent une durée longue, l'éruption est en retard, et elle sort pâle et sans éclat en raison de la congestion viscérale faisant office de révulsif; lorsque le catarrhe ne devient sérieux qu'après la sortie de l'exanthème, celui-ci peut subitement pâlir et s'effacer, non point par métastase, comme on l'a dit en prenant la cause pour l'effet, mais comme ci-dessus, par fluxion révulsive. — Les signes stéthoscopiques présentent les mêmes caractères, les mêmes variétés que dans la bronchite capillaire commune; il va sans dire que la fièvre ne tombe pas au septième jour; elle persiste, abstraction faite des phénomènes rubéoliques, jusqu'à la résolution du catarrhe ou jusqu'à la mort. Cette dernière terminaison est la plus commune lorsque la bronchite est vraiment capillaire avec infiltration des lobules; elle a lieu par asphyxie lente (*forme dite typhoïde*) ou par asphyxie brusque (*forme suffocante*), soit à la fin du stade d'éruption, soit un peu plus tard durant la desquamation. — Dans certains cas, principalement chez les enfants débiles ou

scrofuleux de deux à six ans, le *catarrhe* prend une marche *chronique*, survit à la desquamation qui se fait à son temps, et se prolonge pendant la convalescence (*forme rémittente* des Anglais); il simule alors une tuberculose plus ou moins avancée, et le diagnostic ne doit être fait qu'après une observation prolongée. — Une autre évolution peut encore être observée, dont la connaissance est d'autant plus importante qu'elle conduit à réserver le pronostic jusqu'à l'achèvement de la desquamation; le catarrhe initial a une intensité médiocre, l'éruption se fait bien, la fièvre tombe au septième ou au huitième jour, mais pendant la desquamation la fièvre se rallume, et l'on voit éclater une bronchite capillaire. Cette variété fort insidieuse n'est pas moins redoutable que les précédentes; toutefois, d'une manière générale, le pronostic de la forme pulmonaire est moins grave chez l'adulte que chez l'enfant.

La FORME NERVEUSE, plus fréquente dans le jeune âge, mais également grave chez tous les sujets, est caractérisée par la violence exceptionnelle des symptômes d'invasion, par le degré très-élevé de la fièvre et par les phénomènes convulsifs dont il a été question précédemment. L'éruption est graduelle et lente, elle débute par les épaules et la poitrine, la teinte en est pâle ou livide, la peau est flasque sans turgescence, la fièvre ne présente pas de rémission au septième jour; loin de là elle va croissant, et l'on voit survenir l'*état ataxo-adyynamique* qui, dans toutes les maladies infectieuses, est produit par l'augmentation de chaleur et par l'accumulation dans le sang des produits d'une combustion organique excessive; le péril est d'autant plus imminent que les sécrétions sont plus rares. Les accidents nerveux proprement dits peuvent cesser au moment de l'éruption, mais ils reparissent avec une nouvelle violence du cinquième au septième jour; bientôt l'épuisement de l'excitabilité amène le coma, et la mort a lieu en général au neuvième jour. Le pronostic n'est pas absolument fatal, mais la guérison est vraiment rare. — Cette forme peut être combinée avec la précédente, elle l'est plus souvent avec la suivante. C'est elle qui dominait dans les épidémies de Plymouth (1749), de Londres (1763), d'Édimbourg (1816) et d'Abbeville (1855).

La FORME HÉMORRHAGIQUE, observée surtout chez les convalescents d'autres maladies, chez les alcooliques, chez les individus cachectiques ou affaiblis par de mauvaises conditions de vie, a une invasion régulière, sauf, dans quelques cas, une abondance insolite de l'épistaxis; l'éruption, qui peut être normale au moment de son apparition, devient violette, pétéchiale; il y a des ecchymoses dans l'intervalle des macules, et des hémorragies ont lieu par une ou plusieurs voies; de même que dans la variole, l'épistaxis et l'hématurie d'origine rénale sont les plus communes; mais on a observé des hémorragies buccales, intestinales, et la métrorrhagie a été vue cinq jours après une menstruation régulière; l'hémoptysie est exceptionnelle. Une adynamie profonde accompagne et suit ces accidents,