

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 *furoncles*, 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, BOSSIERI.

Dictionnaires de médecine et Traité 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. epidemiarum morbillorum Groningæ anno 1816 observate*. Groningæ, 1817. — KUNSE, *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 *epidemie Landshuti grassatorum*. Landshuti, 1823. — GENDRON, *Arch. gén. de méd.*, 1827. — WOLF, *De morbillorum epidemia annis 1829 et 1830 Bonniæ et in agro Bonniensi grassante*. Bonnæ, 1831. — BARRIE, *De morbillis*. Halse, 1839. — D'ESSENE, *Ann. d'hygiène*, 1840. — MICHEL LEVY, *Mém. sur la rougeole des adultes* (*Gaz. méd. Paris*, 1847). — LECADRE, *Mém. de l'Acad. de méd.*, XVII, XX. — RUEZ, *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). — PREISTIGER, *Beiträge zur Path. der Masern*. Tübingen, 1863. — WUNDERLICH, *Ueber einige Verhältnisse des Fieberverlaufs 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). — STEINDACHER, *Das Scharlachfieber und die Masern*. Augsburg, 1864. — KOESTLIN, *Zur Geschichte der Masern, der Röteln, des Scharlachs und des Keuchhustens* (*Arch. f. wissensch. Heilk.*, 1866). — ZAVIZIANOS, *Études sur les phénomènes spinaux 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 Prodromalstadiums der Masern* (*Jahr. f. Kinderheilk.*, 1868). —

l'observation plus ou moins scrupuleuse des règles de l'isolement des malades; — 3° 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*, 1863. — 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)*. — MONTE, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1869. — GAUSTIER, *Casuistisches zur Masernrecidive (Memorabilien, 1869)*. — NEUMANN, *Ueber einen seltenen Verlauf von Morbillen (Wiener med. Zeit., 1869)*.

WASASTJERNA, *Samtidig förekomst af mesling och skarlagensfeber hos samma person (Notisbl. för läkare och farmac, 1866)*.

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

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

MEYENHEIMER, *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, *Nervenaffectioenen 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)*. — FAXE, *Recidiv af Mæslinger, etc. (Norsk. Magaz. f. Lægevid., 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'hypersecretion 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 enrrouée, 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 quinteuse 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 *pseudocroup*, 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-rares 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 à 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 reparaissent 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,

et la mort survient d'autant plus rapidement que les pertes de sang sont plus abondantes.

Troisième période. Desquamation. — La desquamation a lieu du huitième au douzième jour, et peut se prolonger jusqu'au quatorzième. L'épiderme se soulève en petites lamelles furfuracées à peine visibles, qu'il faut chercher surtout sur les paupières, à la face et sur la poitrine. Exceptionnellement la desquamation peut se faire par plaques ainsi que Gendron l'a vu dans l'épidémie de Vendôme; enfin elle peut manquer complètement (Lévy, Hecquet), auquel cas on dit que l'éruption s'est terminée par délitescence. — L'expectoration nummulaire persiste et augmente durant cette période, il peut encore rester de la toux, de la raucité de la voix, de la blépharo-conjonctivite, mais dans les cas réguliers la convalescence aboutit sans entraves à la guérison; lorsqu'il n'en est pas ainsi, l'état de maladie est entretenu, non par la rougeole qui est achevée, mais par ses suites.

Suites. — La plupart des affections locales que la rougeole laisse après elle sont dues à l'exagération et à la persistance des déterminations inflammatoires qui lui appartiennent en propre; le *coryza* s'éternise, devient chronique et prend la fétidité de l'ozène; la *conjonctivite* s'étend aux glandes de Meibomius, elle provoque sur la conjonctive oculaire ou sur la cornée des ulcérations douloureuses, et constitue en fin de compte une ophthalmie grave; la *laryngite* persistante peut aboutir à une altération définitive du timbre de la voix; une *otite* s'établit, qui peut donner lieu à de sérieux désordres dans l'oreille moyenne; des *gangrènes* circonscrites surviennent principalement à la joue, ou à la vulve chez les petites filles; des *adénites* diffuses à marche lente, à produits caséux sont observées chez les sujets cachectiques ou entachés de scrofule; dès la période de desquamation, la *diphthérie* laryngée peut se manifester avec tous ses dangers, ainsi qu'on l'a vu si fréquemment dans les épidémies de Paris, de Varsovie et de Bonn (West, Hensch); — enfin le *catarrhe broncho-pulmonaire* peut persister, et dans ce cas deux éventualités sont possibles: la résolution finit par se faire après diverses oscillations, ou bien les symptômes thoraciques vont s'accroissant de plus en plus, les régions inférieures des poumons se dégagent seules, et le malade présente au bout d'un temps variable les signes physiques et les phénomènes généraux de la phthisie pulmonaire. On est parti de ce fait pour avancer que la rougeole favorise et provoque la tuberculisation du poumon; cette proposition n'est pas acceptable sans commentaires, et il faut avant tout distinguer la tuberculose chronique et l'aiguë: en raison de la fluxion qu'elle provoque sur l'appareil respiratoire, la rougeole précipite l'évolution des tubercules chez les individus qui en étaient déjà affectés; mais aucun fait ne prouve qu'elle détermine la genèse des granulations chez des sujets exempts jusqu'alors. Les cas de phthisie chronique observés après la rou-

geole chez des malades qui n'avaient présenté jusqu'alors aucun symptôme suspect, sont imputables non à la tuberculose vraie, mais à l'infiltration caséuse persistante des lobules pulmonaires; c'est un reliquat du catarrhe rubéolique qui évolue mal, ce n'est pas une tuberculisation. Quant à la *granulose aiguë*, elle est positivement une des suites possibles de la rougeole; dans la desquamation ou peu après, la fièvre reprend, la température présente bientôt les chiffres maxima de l'état fébrile, le patient tombe dans un état de somnolence qui rappelle l'hydrocéphalie, et en une ou deux semaines il meurt dans le coma; la fréquence de ces faits varie selon les épidémies, ils n'étaient pas rares dans celle de Vienne en 1853.

DIAGNOSTIC.

Dans la période d'invasion, *avant la rémission du troisième jour*, la BRONCHITE et le CORYZA simples, le catarrhe généralisé connu sous le nom de GRIPPE ou INFLUENZA, le catarrhe initial de la COQUELUCHE et de la LARYNGITE STRIDULEUSE, la FIÈVRE TYPHOÏDE, peuvent être confondus avec la rougeole. Pour ce qui est du typhus abdominal, l'erreur sera évitée d'après l'aspect du visage, qui n'a point l'injection, le brillant et le larmolement de l'invasion rubéolique, d'après l'absence de rémission au troisième jour, et ultérieurement par l'apparition de l'exanthème; l'épistaxis et la diarrhée n'ont pas de valeur, étant communes aux deux maladies. — Les divers catarrhes que j'ai énumérés ne peuvent être distingués avant le troisième jour; s'ils sont fébriles, ils n'ont pas alors la rémission spéciale, et s'ils sont apyrétiques, ils ne peuvent un seul instant donner l'idée de la rougeole; en tout cas, on tiendra grand compte de l'épidémie et de la constitution médicale.

La SCARLATINE est caractérisée par l'intensité de la fièvre et l'élévation de son degré thermique, qui, dès le premier jour, dépasse le maximum de la rougeole; — par l'angine et l'engorgement ganglionnaire; — par l'absence de la fluxion oculo-nasale; — par l'apparition très-précoce de l'éruption.

La VARIOLE est distinguée d'après les caractères qui ont été précédemment exposés; je rappelle seulement l'erreur qui consiste à prendre un rash varioleux morbilliforme pour une rougeole à éruption précoce.

Dans la période d'éruption, les difficultés du diagnostic sont autres, mais elles ne sont pas moindres, et c'est une étrange faute que de tenir le diagnostic pour achevé avec l'éruption. Un examen attentif permet toujours à ce moment de distinguer la rougeole de la scarlatine et de la SLETTE MILIAIRE; mais, en présence d'une éruption composée de taches rouges distinctes, isolées ou réunies en corymbes ou en croissants, on ne doit pas conclure d'emblée qu'il s'agit d'une rougeole; on doit simplement admettre, jusqu'à plus ample informé, un EXANTHÈME RUBÉOLIFORME.

Divers états morbides ont en commun avec la rougeole cette éruption tachetée, et le diagnostic doit invoquer d'autres éléments de jugement : j'entends parler des ROSÉOLES et de la maladie encore mal définie qui porte le nom de RUBÉOLE.

Roséole fébrile (1). — Cette maladie a un exanthème semblable de tous points à celui de la rougeole, et l'éruption est précédée d'une période d'invasion fébrile de trois à quatre jours de durée, pendant laquelle le thermomètre peut atteindre de 39° à 40° (voyez fig. 59 et 60); mais les phénomènes de catarrhe manquent totalement; dans la variété la plus légère (fig. 59), tout est fini 48 heures après l'éruption, la guérison est complète; dans la variété prolongée (*fièvre roséoleuse* de quelques auteurs), la fièvre, bien que survivant à l'exanthème, subit, dès le jour suivant, une rémission notable (fig. 60), puis, par des oscillations descendantes très-nettes, elle aboutit du septième au neuvième jour à la défervescence complète. Cette variété prête bien plus à l'erreur que la précédente, mais elle manque aussi du catarrhe spécial, il n'y a pas d'épistaxis, pas de diarrhée, et une fois la fièvre tombée, tout est dit, on n'observe aucune des suites de la rougeole. — Ces maladies sont observées au printemps, en été et en automne; de là les noms de *roséole vernale, estivale, automnale*, sous lesquelles elles ont été désignées; elles sont souvent provoquées par l'action de la chaleur, par la sueur, et dans ces cas, l'éruption peut être bornée aux parties découvertes; dans d'autres circonstances, la maladie est tout à fait spontanée, et c'est alors surtout qu'on observe la forme prolongée.

Ces roséoles ne confèrent aucune immunité contre la rougeole; elles représentent ce que plusieurs auteurs ont décrit à tort comme rougeoles rudimentaires ou rougeoles sans catarrhe; la connaissance de ces faits ne permet d'accepter qu'avec une extrême réserve les exemples cités comme des récidives de rougeole légitime.

Roséoles artificielles. — Le copahu, le cubèbe, l'iodure de potassium, la térébenthine, plus rarement le sulfate de quinine, déterminent chez certains individus une éruption rubéoliforme qui, pour les trois premiers médicaments, est d'autant plus trompeuse qu'elle est souvent précédée et accompagnée de phénomènes fluxionnaires vers les yeux, les fosses nasales, la gorge, et d'un léger mouvement fébrile. Ces éruptions ne débent pas par la face, elles donnent lieu à un prurit assez marqué, mais

(1) BORSIERI, BATEMAN, WILLAN, RAYER.

TROUSSEAU, *Gaz. hôp.*, 1841. — FAURE-VILLARD, *Recueil de mém. de méd. milit.*, t. XLVI. — TOMMASI, *Gaz. méd. Paris*, 1846. — E. GINTRAC, *loc. cit.* — THORE, *De la roséole épidémique* (*Gaz. hôp.*, 1861). — WELCH, *Account of a Roseloid Exanthem in Malta during the autumn of 1864* (*Edinb. med. Journal*, 1865). — THOMAS, *Beobachtungen über maserähnliche Hautausschläge* (*Archiv der Heilk.*, 1869).

c'est surtout d'après la notion étiologique que le diagnostic doit être fait; la suspension du médicament pathogénique est rapidement suivie de la cessation de tous les accidents.

Roséole syphilitique. — Quand la rougeole présente des symptômes d'invasion très-accusés, quand on a suivi le malade dès le début, il n'y a pas ici d'erreur possible; mais, dans la pratique, les choses peuvent se présenter autrement; les phénomènes d'invasion ont été légers, on ne voit le malade qu'en pleine éruption ou en desquamation, il n'a plus de fièvre, peut-être plus de catarrhe, et un diagnostic sérieux est de toute nécessité. L'ancienneté de l'éruption, son début par la poitrine, le ventre, les flancs et les cuisses, sont des caractères importants de la roséole syphilitique; on recherchera avec soin les traces de la cicatrice d'un chancre, l'engorgement dur et indolent des ganglions de l'aîne, de la mâchoire et de la nuque, de l'épitrachlée; on constatera l'état de la gorge au point de vue des ulcérations et des plaques muqueuses; et si l'on ne trouve rien, et que, d'autre part, on ait de bonnes raisons pour éliminer la rougeole, on aura soin, avant d'admettre une roséole simple, d'examiner avec la plus grande attention la région anale, qui révèle souvent une syphilis dont on a vainement cherché la trace ailleurs.

Rubéole (1). — Ce complexe morbide a donné lieu à d'interminables discussions qui peuvent être résumées dans les quatre opinions suivantes : c'est une rougeole, — une scarlatine, — un mélange des deux maladies ou plutôt une forme modifiée, — enfin une maladie distincte *sui generis* (Heim). En fait, voici ce qu'on observe : une éruption semblable à celle de la rougeole présente la fièvre intense, l'angine et parfois les suites de la scar-

(1) RÜTHELN des Allemands.

REIL, *Memorabilia clinicorum*, fasc. II. — VOGEL, *Man. Praxeos medicæ*, Standalæ 1792. — ORLOFF, *Programma de rubeolarum et morbillorum differentiis*, Regiomonti, 1758. — HEIM, *In Biblioth. med.*, XLIII, 1814. — F. HILDENBRAND, *Ann. scholæ clinicæ medicæ Ticinensis*, t. II. — SCHOENLEIN, STRATER, *De rubeola quædam*, Wirceburgi, 1832. — STOEGER, *Gaz. méd. Strasbourg*, 1841. — GEERTSEMA, *De affinitate morbillorum cum scarlatina*, Groningæ, 1843. — PATERSON, *Edinb. med. and surg. Journal*, 1840. — TRIFE, *London Journal of med. sc.*, 1853. — REYBURN, *American med. Journ.*, 1856. — ENGELMANN, *Eodem loco*. — PAASCH, *Union méd.*, 1855. — BALFOUR, *Notice of an Epidemic of Röheln* (*Edinb. med. Journ.*, 1857). — E. GINTRAC, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1868. — *Loc. cit.*, 1859. — CLESS, *Die Röheln-Epidemie in Stuttgart* (*Würtemb. Corresp. Blatt*, 1862). — DANIS, *De la rubéole*, thèse de Strasbourg, 1864. — H. VEALE, *Hist. of an Epidemic of Röheln* (*Edinb. med. Journ.*, 1866). — *Rubeola, or hybrid of scarlet fever and measles* (*Dublin quart. Journ.*, 1867). — OESTERREICH, *Ein Beitrag zur Rubeolenfrage*, Leipzig, 1868. — STEINER, *Ueber Röheln* (*Archiv f. Dermatologie*, 1869). — THOMAS, *Beobachtungen über Röheln* (*Jahresb. f. Kinderheilkunde*, 1869).

SQUIRE, *Remarks on epidemic roseola, rosella, rosalia or rubeola* (*Brit. med. Journ.*, 1870). — SCATTERGOOD, *Morbilli and rubeola* (*Eodem loco*, 1870). — METTENREIMER, *Be-*

latine, — ou bien une éruption analogue à celle de la scarlatine, c'est-à-dire en grandes plaques rouges, est précédée et accompagnée des phénomènes de catarrhe propres à la rougeole, et il n'y a pas d'angine. Il résulte de là que la rubéole est une forme bâtarde (Lebert) à double face, constituant tantôt une scarlatine à exanthème morbilliforme (*rubeola scarlatinosa*), tantôt une rougeole à exanthème scarlatiniforme (*rubeola morbillosa*). Au point de vue du diagnostic, la conclusion est celle-ci : il faut juger d'après les phénomènes généraux, qui sont ceux de la scarlatine ou ceux de la rougeole, et non d'après l'exanthème exceptionnellement modifié. Je n'ai pas encore vu la rubéole scarlatineuse, mais je crois avoir observé un cas de rubéole morbillieuse, dont je joins ici la courbe thermique (voyez fig. 61). L'éruption n'était pas partout semblable à celle de la scarlatine; elle n'avait ce caractère que sur le tronc et à la partie supérieure des cuisses; sur les membres supérieurs, sur les inférieurs à partir des genoux, l'exanthème était rubéolique; c'est d'après ce caractère mixte que j'ai fait le diagnostic. L'angine manquait, les phénomènes de catarrhe étaient bien accusés, mais la fièvre a présenté une durée tout à fait exceptionnelle; la convalescence a été rapide et la guérison complète. Ce sont les cas de ce genre qui ont donné lieu à la troisième opinion que j'ai résumée en ces termes : mélange des deux maladies; mais il importe d'ajouter que le mélange ne concerne que l'éruption, les symptômes fébriles et les déterminations locales sont toujours exclusivement ceux de la rougeole ou ceux de la scarlatine.

TRAITEMENT.

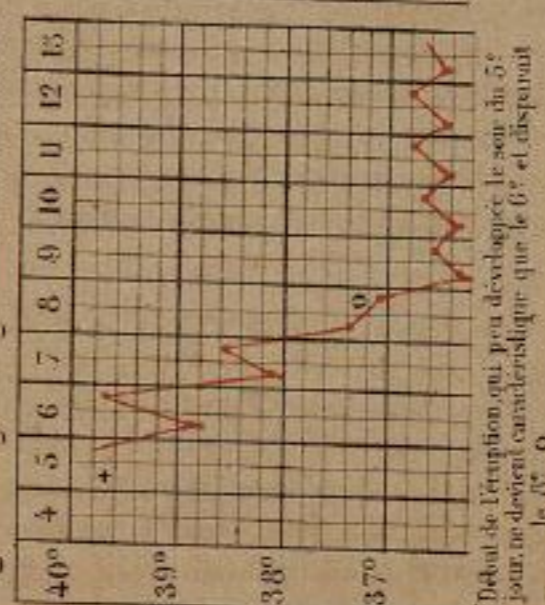
Les principes et les moyens du traitement diffèrent peu de ceux qui ont été exposés à propos de la variole. La rougeole légère ou de moyenne intensité, qui parcourt régulièrement ses diverses phases, n'exige guère qu'un traitement hygiénique; si la toux est fatigante, s'il y a de l'agitation, on prescrira avec avantage un looch blanc, ou un julep additionné de poudre de Dover; on fera des lotions émollientes sur les yeux, on combattra directement, par les moyens ordinaires, les symptômes épistaxis et diarrhée, si

richt über eine Rôtheln-Epidemie (Journ. f. Kinderkrankheit., 1870). — BLACHE, Rougeole et scarlatine simultanées (Gaz. hôp., 1870).

DUNLOP, On an epidemic of Rôtheln (The Lancet, 1871). — FLEISCHMANN, Zur Rôthelnfrage (Wien. med. Wochens., 1871).

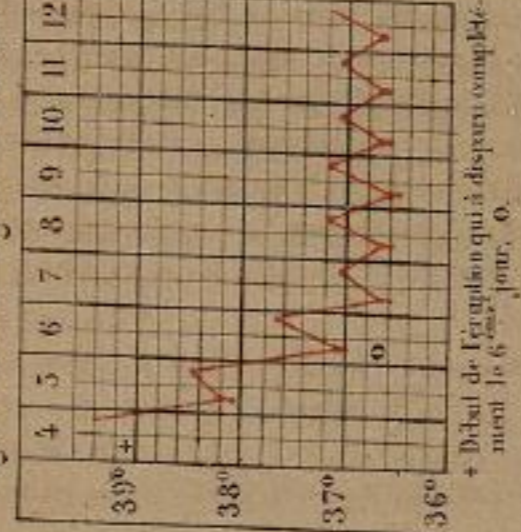
THOMAS, Neue Erfahrungen über Rôtheln (Jahrb. f. Kinderheilk., 1872). — FOSS, The Nature of Rôtheln (Edinb. med. Journ., 1872). — COLTING, Rôtheln. German measles (Boston med. and surg. Journ., 1873). — ROTH, Ueber Rubeola (Deuts. Arch. f. Klin. Med., 1874).

Fig. 57. Rougeole légère. — Homme de 36 ans.

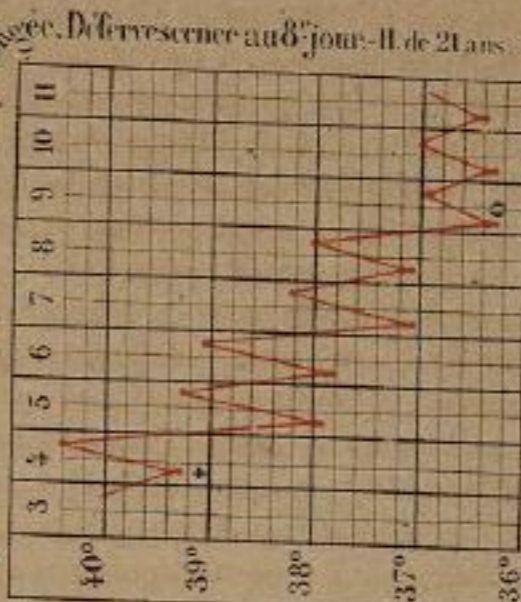


+ Début de l'éruption qui se développe le soir du 5^e jour et disparaît le 6^e jour.

Fig. 59. Roséole légère. — H de 20 ans.

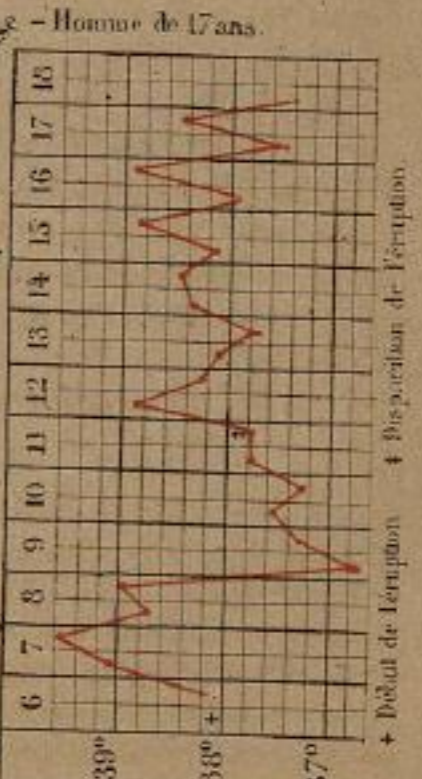


+ Début de l'éruption qui disparaît complètement le 6^e jour.

Fig. 60. Roséole papuleuse à forme prolongée. De l'événement au 3^e jour. — H. de 21 ans.

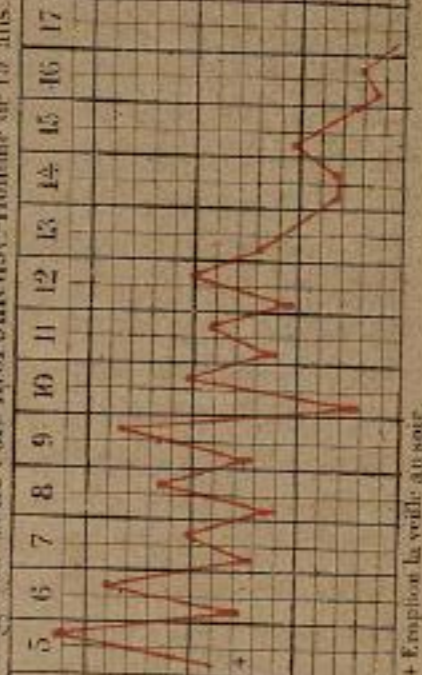
+ Début de l'éruption qui persiste jusqu'au 9^e jour.

Fig. 58. Rougeole avec Catarrhe broncho-pulmonaire intense. — Homme de 17 ans.



+ Début de l'éruption

Fig. 61. Rubéole morbillieuse. — Homme de 13 ans.



+ Emploi de la veille au soir

leur abondance est inquiétante; enfin, dans les cas où l'éruption tarde ou sort difficilement, on aura recours soit à l'acétate d'ammoniaque, qu'on administrera, selon l'état constitutionnel du malade, dans un julep gommeux ou dans une potion vineuse, soit à la potion de Henke, composée d'eau de sureau, 120; acétate d'ammoniaque, 8; vin d'antimoine, 2; sirop de framboises, 15. — Lorsque la laryngite striduleuse est assez accusée pour nécessiter une médication spéciale, l'origine rubéolique ne change point la conduite à suivre, le traitement est le même que dans la laryngite primitive (voyez t. I). — Le malade, pendant les deux premiers stades, ne doit prendre que du bouillon et un peu de vin; mais dès le début de la desquamation on peut augmenter graduellement l'alimentation.

Dans la **FORME PULMONAIRE** on n'emploiera, sous aucun prétexte, les émissions sanguines ni le tartre stibié; on soutiendra les forces par le quinquina et le vin, et en même temps on favorisera la sécrétion des bronches et l'expulsion des mucosités au moyen du kermès minéral ou de l'oxyde blanc d'antimoine; chez les enfants on administre avec avantage le sirop d'ipécacuanha plusieurs jours de suite, ou la poudre de James composée de parties égales de sulfure d'antimoine et de corne de cerf, à la dose de 5 à 50 centigrammes par jour. Si l'extension du catarrhe aux petites bronches produit une gêne notable de la respiration, il faut recourir aux vésicatoires, aux applications répétées de ventouses sèches sur les membres inférieurs, et insister plus encore sur le vin; chez l'adulte, il faut y joindre l'alcool; chez l'enfant, on peut donner quelques cuillerées de vin de Malaga et le carbonate d'ammoniaque à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme ou 1 gramme et demi.

Dans la **FORME NERVEUSE** il y a peu à compter sur les antispasmodiques et les opiacés; lorsqu'il n'y a pas de somnolence ni d'hébétéude, je donne le chloral concurremment avec les toniques et les stimulants, et je prescris les lotions de vinaigre aromatique, tout à fait froides si la chaleur fébrile atteint ou dépasse 39°,5, tièdes si elle est inférieure à ce degré. Quand ces lotions sont pratiquées avec la rapidité et les précautions voulues, et que la réaction consécutive est bonne, elles n'ont aucun effet fâcheux sur les déterminations pulmonaires. A défaut de lotion, on pourrait employer l'urtication, qui a été recommandée par plusieurs auteurs.

Dans la **FORME HÉMORRHAGIQUE** le traitement est le même que dans la forme semblable de la variole; c'est dans ces cas où tout dénote une altération profonde du sang, que les sulfites de magnésie et de soude sont particulièrement indiqués. Les résultats obtenus par mes amis Polli et Semmola méritent une sérieuse considération.

Le traitement de la convalescence varie selon les suites et les complications que la maladie laisse après elle; il n'y a là plus rien qui soit spécial à la rougeole.