

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 elle 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.

Cette forme hémorrhagique toujours redoutable, doit être distinguée de l'éruption hémorrhagique bénigne qui se montre parfois chez les enfants cachectiques, et qui a été surtout observée par Vogel, Rayer, Willan, Lévy, Veit, et par Günzburg dans l'épidémie de Prague; ici l'exanthème seul est hémorrhagique, et les phénomènes graves liés à la diathèse hémorrhagique font défaut.

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 peines 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 fécondité 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, Henoch); — la *coqueluche* se montre avec une fréquence variable selon les épidémies; elle peut débiter avant la fin de la maladie, ou seulement après l'achèvement de la convalescence; — 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 rougeole 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, du moins au début. 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.

Formes anormales. — On doit ranger sous ce chef en premier lieu les ROUGEOLLES RUDIMENTAIRES dans lesquelles les phénomènes d'invasion sont nuls, de sorte que l'éruption est le premier symptôme appréciable, et en outre les rougeoles dans lesquelles l'exanthème reste partiel, n'occupant que la face, le cou ou les épaules; — en second lieu les ROUGEOLLES ABORTIVES dans lesquelles l'éruption fait défaut (*rubeola sine rubeolis*); cette forme, rare, mais positivement établie par un certain nombre d'observations (de Haën, Gregory, Tozzetti, Mayr, etc.), est reconnaissable par les caractères du catarrhe, de la fièvre, et par l'existence de l'épidémie.

Plusieurs auteurs ont admis une autre forme de rougeole abortive, savoir une rougeole sans catarrhe; je ne puis accepter cette opinion; certains faits prouvent que cette prétendue rougeole ne confère aucune immunité, il s'agit ici d'une *roséole fébrile*; — enfin il faut ranger au nombre des formes anormales la ROUGEOLE RÉCURRENTE. Vaguement signalée par quelques observateurs, elle a été nettement indiquée et étudiée par Trojanowsky dans son travail de 1873. Cette forme est en général caractérisée de la manière suivante: après une rougeole régulière et légère, une rechute a lieu dans les premières semaines qui suivent, en moyenne de six à quatorze jours après la terminaison de la maladie; l'exanthème et l'affection muqueuse de la réversion complètent pour ainsi dire ceux de la première attaque. Dans la seconde attaque, comme dans la première, on constate une tuméfaction rapide de la rate avec sensibilité à la pression, et douleurs spontanées. L'acmé thermique de la rechute se montre au deuxième ou au

troisième jour, et il dépasse de beaucoup les chiffres maxima de la rougeole commune, il peut s'élever à 41 degrés et même 42. Dans les deux cas où il a été pratiqué, l'examen du sang a révélé une leucocytose énorme, jusqu'à un globule blanc sur dix, et même sur six rouges; cette leucocytose s'est montrée dans chacune des deux attaques, et elle a disparu dans l'intervalle. La convalescence a toujours été très longue. Trojanowsky insiste sur ce fait bien intéressant que presque tous ces malades habitaient des pays où règne soit le typhus exanthématique, soit le typhus à rechutes.

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 SUETTE 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 RUBÉO-

LIFORME. 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 degrés (voy. 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 Roseoloid Exanthem in Malta during the autumn of 1864 (Edinb. med. Journal)*, 1865. — THOMAS, *Beobachtungen über maserähnliche Hautausschläge (Archiv der Heilk.)*, 1869.

SZNABL, *Einige Fälle von epidemischer Roseola infantilis (Medycyna)*, 1879.

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 complexus morbide a donné lieu à d'interminables

(1) RÖTHELN des Allemands.

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

SQUIRE, *Remarks on epidemic roseola, rosella, rosalia or rubeola (Brit. med. Journ.)*, 1870. — SCATTERGOOD, *Morbili and rubeola (Eodem loco)*, 1870. — METTENHEIMER, *Bericht über eine Rötheln-Epidemie (Journ. f. Kinderheilk.)*, 1870. — BLACHE, *Rougeole et scarlatine simultanées (Gaz. hôp.)*, 1870.

DUNLOP, *On an epidemic of Rötheln (The Lancet)*, 1871. — FLEISCHMANN, *Zur Röthelnfrage (Wien. med. Wochens.)*, 1871.

THOMAS, *Neue Erfahrungen über Rötheln (Jahrb. f. Kinderheilk.)*, 1872. — FOSS,

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 *su 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 scarlatine, — 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 morbilloforme (*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 morbilleuse, dont je joins ici la courbe thermique (voy. 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.

Ce n'est pas tout; indépendamment de ces formes mixtes, il existe une

The Nature of Rötheln [(Edinb. med. Journ., 1872). — COLTING, *Rötheln. German measles* (Boston med. and surg. Journ., 1873). — ROTH, *Ueber Rubeola* (Deuts. Arch. f. klin. Med., 1874).

FOOT, *Notes on scarlatina* (Dublin Journ. of med. Sc., 1875). — HEUNIG, *Fieber als Vorläufer von Rötheln* (Jahrb. f. Kinderheilk., 1875). — SWAN, *A recent exanthema; what is it?* (Boston med. and surg. Journ., 1875). — SMITH, *Epidemic of Rötheln in New York* (Bull. of dermatology, 1875). — SIMONS, *Rötheln* (Brit. med. Journ., 1876). — TORDEUS, *Contrib. à l'hist. de la rubéole* (Journ. de méd. de Bruxelles, 1877). — FARQUHARSON, *On the connexion between Measles and Rötheln* (The Lancet, 1877). — POLLOCK, *Eodem loco*. — BUCHMÜLLER, *Beobacht. über eine Rötheln-Epidemie* (Wien. med. Presse, 1877). — ROTT, *Eine Rubeola-Epidemie* (Bayr. ärztl. Intellig. Blatt, 1879). — HEMMING, *On Roetheln, Rubeola or German Measles* (Edinb. med. Journ. 1880).

maladie vraiment distincte, à laquelle seule il conviendrait d'appliquer la dénomination de RUBÉOLE. N'ayant jamais observé cette fièvre, j'ai longtemps hésité à l'admettre, mais en présence des données plus précises issues des petites épidémies de Leipzig, d'Erlangen et de Boston, le doute ne me paraît plus possible. Les observations de Thomas (de Leipzig) et de Roth (d'Erlangen) permettent d'assigner à cette maladie les caractères suivants. L'incubation est longue, de dix-huit à vingt jours. — Les phénomènes de l'invasion sont à peine marqués; la fièvre est nulle ou atteint seulement 38 degrés, 38°,3, le malade n'accuse qu'un malaise insignifiant, sans déterminations locales; la durée de cette période est d'un jour et demi à deux jours et demi. — L'éruption se montre alors sous forme de taches rouges isolées, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille; les taches sont très peu élevées, rondes ou un peu allongées; débutant par le visage, l'exanthème se répand graduellement sur toute la surface du corps, mais il est peu persistant sur la même région, de sorte que lorsque les jambes sont en pleine éruption, les taches ont déjà disparu à la face, et ont pâli sur la poitrine; on observe parfois une tuméfaction et une rougeur légères du voile du palais et de la luette. Lorsque l'invasion a été fébrile, la fièvre tombe au moment de l'éruption. La durée de cette période est de deux à quatre jours au maximum. — Il n'y a pas de desquamation. — On n'observe jamais aucun symptôme dans l'appareil digestif non plus que dans l'appareil rénal; exceptionnellement on peut noter un peu de toux.

Cette maladie se montre souvent à l'état épidémique; elle atteint les enfants, même ceux qui ont déjà eu la scarlatine et la rougeole, et elle ne préserve pas de ces dernières pyrexies. Les récidives ne sont pas très rares.

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 émoullientes sur les yeux, on combattra directement, par les moyens ordinaires, les symptômes épistaxis et diarrhée, si 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 (voy. t. II). — Le malade, pendant les deux premiers stades, ne doit prendre que du bouillon, du lait, 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, ou bien le salicylate de soude et l'acide salicylique sont particulièrement indiqués.

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.

CHAPITRE IV.

SCARLATINE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

La TRANSMISSION de la scarlatine (1) n'a lieu que par DIFFUSION ou par contagions diffusibles; tout au moins l'expérimentation n'a-t-elle point jusqu'ici démontré la contagion fixe, virulente ou par inoculation. Les conditions qui favorisent ou empêchent la transmission, la période durant laquelle la maladie présente au maximum les propriétés contagieuses,

(1) INGRASSIAS, COYTAR, BAILLOU, SYDENHAM, ROSEN, les deux FRANK.

Dictionnaires de médecine et Traités des maladies des enfants.

ARMSTRONG, *Practical illustrations of the scarlet fever*. London, 1818. — WENDT, *Das Wesen, die Bedeutung, etc., des Scharlachs*. Berlin, 1819. — PFEUFFER, *Der Scharlach, sein Wesen und Behandlung*. Erlangen, 1819. — SIMON, *Horn's Archiv*, 1824. — FISCHER, *Hufeland's Journal*, 1824. — STIEBEL, *Rust's Magazin*, XXIV. — JAHN, *Hufeland's Journal*, LXIX. — EISENMANN, *Eodem loco*, XC. — HAMILTON, *Edinburgh med. and surg. Journal*, 1833. — HEYFELDER, *Studien*, II. Berlin, 1839. — LÖSCHNER, *Prager Vierteljahrs.*, XI. — RÖSER, *Esterlen's Zeits.*, 1845. — NOIROT, *Histoire de la scarlatine*. Paris, 1847. — MONNERET et FLEURY, *Compendium de méd.* — GRAVES, *loc. cit.* et *Notes du traducteur*. — SHNIZSEIN, *Das Scharlachfieber, seine Geschichte, Erkenntniss und Heilung*. Leipzig, 1851. — WUNDERLICH, *Pathologie und Therapie*, IV. Stuttgart, 1856.

JACCOUD, *Des conditions pathogéniques de l'albuminurie*. Thèse de Paris, 1860. — TROUSSEAU, *loc. cit.* — MAYR, In *Hebra's Hautkrankheiten*. Erlangen, 1860. — FRANCIS, *On the relations of Diphtheria to scarlatinous Sorethroat* (*Indian Annals of med. Sc.*, 1860). — W. TURNER, *On Scarlatina and some of its Sequelæ* (*Med. Times and Gaz.*, 1860). — RÖBBELEN, *Zweimal überstandener Scharlach* (*Deutsche Klinik*, 1861). — HAMBURGER, *Ueber den Bright'schen Scharlach-Hydrops* (*Prager Viertelj.*, 1861). — RICHARDSON, *Clinical Essays*. London, 1862. — FENWICK, *Desquamative Gastritis in Scarlatina* (*British med. Journ.*, 1862). — HILLIER, *Lectures on Scarlatina and its Sequelæ* (*Med. Times and Gaz.*, 1862). — SYDNEY RINGER, *On the Temperature, Urea, Chlorid of Sodium and Urinary-Water in Scarlet fever* (*Brit. med. Journ.*, 1862). — WOCHANSKY, *Zur Diagnose des Scharlachs* (*Ester. Zeits. f. pract. Heilk.*, 1862). — LENEY, *Med. Times and Gaz.*, 1862. — HUTCHINSON and JACKSON, *Eodem loco*, 1862. — HAMILTON, *On the Throat-affection in Scarlatina* (*Edinb. med. Journ.*, 1863). — KENNEDY, *Cursory Remarks on Scarlatina* (*Dublin quarterly Journ.*, 1863). — ROGER, *Union méd.*, 1863. — FENWICK, *On the condition of the Stomach and Intestines in Scarlatina* (*The Lancet*, 1864). — MURCHISON, *The Lancet*, 1864. — HORN, *Wiener allg. med. Zeit.*, 1864. — LEE, *Statistical Tabl. of Scarlet-fever*. London, 1864. — STEINBACHER, *Das Scharlachfieber und die Masern*.