

ROUGEOLE

La rougeole est la plus répandue et la plus contagieuse des fièvres éruptives; le germe, encore inconnu, de la maladie n'est pas très volatil ni très persistant, ne vit que très peu de temps en dehors de l'organisme, ne se propage par l'atmosphère qu'à faible distance, mais ne rencontre que peu d'enfants réfractaires à son action.

La rougeole est contagieuse avant l'éruption, elle l'est encore pendant l'éruption, elle cesse de l'être à la période de desquamation.

L'éruption apparaît du treizième au quinzième jour après la contamination. L'invasion, caractérisée par la fièvre, la toux, le catarrhe oculo-nasal, dure trois jours au moins, cinq jours au plus. L'éruption, apparente d'abord à la face, se présente sous forme de petites taches rouges, déchiquetées sur leurs bords, isolées ou réunies en groupes, en corymbes, ou disséminées sans ordre. Elles sont parfois un peu saillantes, mais elles laissent entre elles des intervalles de peau saine.

Dès le premier jour ou la veille de l'éruption, on constate sur le voile palatin un piqueté rouge, un énanthème qui permet parfois de faire le diagnostic avant l'apparition de l'exanthème. Au bout de quatre ou cinq jours, l'éruption s'éteint et la desquamation commence; elle se fait en écailles fines, en poussières furfuracées.

La rougeole ouvre la porte à de nombreuses complications: bronchite capillaire, broncho-pneumonie, adénopathie bronchique, tuberculose pulmonaire, gangrène de la bouche, du poumon, de la vulve, otites, ophthalmies, etc.

On distingue la rougeole de la scarlatine à la durée plus grande de l'invasion, au catarrhe oculo-nasal, à la forme de l'éruption.

La rubéole est dénuée de catarrhe; elle est souvent apyrétique, son invasion est plus courte, son éruption polymorphe.

Les formes boutonneuses de la rougeole pourraient faire penser à la variole, mais dès le lendemain l'hésitation cesse.

Ce qui est difficile et souvent impossible, c'est de reconnaître, d'affirmer la rougeole avant l'éruption, pendant ces trois

ou quatre jours de catarrhe oculo-nasal, qui sont les plus contagieux. Voilà pourquoi la prophylaxie est si souvent désarmée. Dans le doute, on considérera tout enfant présentant ces symptômes comme suspect, et on l'isolera immédiatement.

TRAITEMENT

Dans les cas réguliers et bénins, le traitement doit être peu actif; l'enfant sera maintenu au lit pendant la période fébrile, dans une chambre chaude, mais bien aérée. On n'essaiera pas de provoquer des sueurs profuses en surchargeant l'enfant de couvertures.

On ne donnera que des aliments liquides, lait, tisanes sucrées, le tout tiède ou à la température de la pièce. Aussitôt que la fièvre tombe, on augmente l'alimentation, et on fait le nécessaire pour prévenir l'adynamie.

S'il y a une toux violente, de l'oppression, un catarrhe bronchique très accusé, on fera bien de donner un vomitif (50 centigrammes à 1 gramme d'ipéca). On appliquera des ventouses sèches sur la poitrine ou un cataplasme sinapisé.

En même temps on prescrira la potion suivante :

℞ Extrait de jusquiame	0 gr. 05.
Extrait de belladone	0 gr. 01.
Sirop de tolu	30 grammes.
Eau	70 —

Une cuillerée à café d'heure en heure.

S'il y a congestion pulmonaire ou broncho-pneumonie, on donnera l'alcool à dose assez forte :

℞ Julep gommeux	80 grammes.
Cognac	30 —

Une cuillerée à café d'heure en heure pour un enfant de 3 ans et au-dessus. Au-dessous de 2 ans, on réduira la quantité de cognac à 10 ou 15 grammes par jour.

En même temps on fera des inhalations d'oxygène.

Si l'éruption sort mal et si l'on veut la favoriser, on prescrira des tisanes chaudes (bourrache) :

℞ Infusion de bourrache	950 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger	50 —
Ammoniaque	X gouttes.

et une des potions suivantes :

℞ Julep gommeux	120 grammes.
Alcoolat de cannelle	4 —
Acétate d'ammoniaque	3 —

Une cuillerée à café d'heure en heure.

℞ Acétate d'ammoniaque	4 grammes.
Sirop de punch	50 —
Eau de tilleul	100 —

Une cuillerée à dessert de 2 en 2 heures.

Dans les formes hyperthermiques et ataxiques de la maladie, on donne la quinine (25 à 50 centigrammes) et les bains froids (20° à 25°), en surveillant de très près les effets de ce moyen puissant, mais d'un maniement délicat.

Dans les formes hyperthermiques de la rougeole, j'ai obtenu des rémissions très accusées avec l'antipyrine (50 centigrammes à 1 gramme suivant l'âge, donnés en une fois).

J'ai formulé un sirop comprenant 50 centigrammes d'antipyrine et 25 centigrammes de caféine par cuillerée à bouche.

℞ Antipyrine	5 grammes.
Caféine	2 gr. 50.
Extrait de réglisse	10 grammes.
Sirop	q. s. pour 300 gr.

Dans ce sirop, l'antipyrine assure la solubilité de la caféine.

Si l'enfant continue à tousser après la maladie, s'il a de la bronchite chronique ou de l'adénopathie bronchique, on fera le traitement de ces complications (voyez ces mots), et on enverra les enfants à Challes, au Mont-Dore ou à la Bourboule.

PROPHYLAXIE

Les enfants bien portants qui n'ont pas encore eu la rougeole seront séparés de ceux qui en sont atteints. L'isolement, pour être efficace, devrait s'appliquer aux enfants suspects, soit qu'ils présentent déjà le catarrhe prémonitoire, soient qu'ils aient été seulement en contact avec un rougeoleux.

Un enfant atteint de rougeole cesse d'être dangereux pour l'entourage après la période d'éruption, et une quarantaine de 15 jours doit suffire. Quelques médecins ont voulu interdire l'école, non seulement aux enfants malades, mais à leurs frères ou sœurs. Un cas de rougeole s'étant déclaré dans une famille,

il est certain que tous les enfants de cette famille, s'ils n'ont pas eu la maladie, doivent être écartés pendant toute la durée de l'incubation, c'est-à-dire 14 ou 15 jours à partir du contact avec l'enfant malade.

La désinfection des objets et locaux contaminés est très facile, et ne doit pas être aussi complète ni aussi rigoureuse que pour le choléra, la scarlatine, la diphtérie.

L'agent pathogène de la rougeole n'a pas de vitalité, il meurt vite en dehors de l'organisme. Cependant, à l'hôpital, dans les pavillons d'isolement, dans les chambres réservées aux rougeoleux, si souvent visitées par la broncho-pneumonie, la désinfection devra être complète. De même en ville, s'il y a eu décès.

Le transport de la rougeole par des tiers, médecins, élèves, infirmiers, est douteux; cependant on agira comme s'il ne l'était pas, et on sera aussi propre que possible.

Chez tout enfant atteint de rougeole, il y a lieu d'instituer un traitement prophylactique des complications et des suites fâcheuses de la maladie : on lavera tous les jours, au moins une ou deux fois, les yeux, la bouche, la gorge, les narines, la vulve, avec une solution boriquée à 3 ou 4 p. 100, avec le même soin que dans la scarlatine (voyez ce mot). Les pulvérisations répétées toutes les deux ou trois heures peuvent remplacer les irrigations des cavités naso-bucco-pharyngées. Elles ont l'avantage, sur ces dernières, de pénétrer dans le larynx et dans les bronches. Les unes, d'ailleurs, n'excluent pas les autres. On les associera pour le grand bien des petits malades. En agissant ainsi, on prévient les ophthalmies, les otites, les gangrènes de la bouche et de la vulve, les broncho-pneumonies si meurtrières dans la rougeole.

RUBÉOLE

La rubéole ou roséole épidémique est une petite fièvre éruptive, distincte de la rougeole et de la scarlatine, dont elle figure parfois exactement l'exanthème, par le polymorphisme de ses éléments, l'absence ou l'insuffisance des manifestations oculaires, nasales, pharyngées, la présence de chaînes ganglionnaires notables, la bénignité constante de son évolution.

L'invasion est courte et souvent inappréciable; la fièvre est peu accusée ou nulle, l'éruption ne dure pas: elle se termine par une desquamation furfuracée très inconstante. La rubéole ne confère pas l'immunité pour la rougeole, et *vice versa*. La récurrence est possible.

Faut-il distinguer de la rubéole les érythèmes saisonniers, les roséoles estivales ou printanières observées parfois? Cela est légitime et peut se faire en tenant compte de l'évolution de ces exanthèmes, qui paraissent n'avoir rien de spécifique. La rubéole, au contraire, est très certainement contagieuse et se communique aisément d'un enfant à tous les membres de la famille ou aux personnes en rapport avec lui.

TRAITEMENT

C'est par l'hygiène surtout qu'il faut traiter la rubéole; aucun symptôme marquant n'appelle une intervention active.

On gardera l'enfant à la chambre, on le mettra à la diète relative (lait, bouillon), et, si la fièvre est forte, on lui fera prendre quelques doses de quinine (25 à 50 centigrammes).

Le purgatif est indiqué dans la plupart des cas.

A la fin de la maladie, on donnera des bains tièdes savonneux avant de remettre le convalescent en circulation.

Pour éviter la propagation de la rubéole dans les écoles et pensions, on isolera les enfants atteints pendant une quinzaine de jours.

S

SARCOMES DE L'INTESTIN

Les tumeurs malignes de l'intestin sont rares chez l'enfant; cependant le D^r Ablon (*Des fibromes embryonnaires. — Sarcomes de l'intestin chez les enfants. — Thèse de Paris, 23 juin 1898*) en a réuni une dizaine de cas avec une observation personnelle, chez une fille de 11 ans, amaigrie, ictérique, cachectique (gros foie, grosse rate). Cette enfant meurt d'urémie après dix mois de maladie. On crut d'abord à l'ictère catarrhal, puis à la cirrhose paludéenne. A l'autopsie, tumeur de la seconde portion du duodénum. Au microscope fibrome embryonnaire glo-

cellulaire, sarcome primitif, sans noyaux secondaires. Voici les caractères cliniques de la maladie.

Douleurs de ventre continues, paroxystiques; les crises peuvent se répéter plusieurs fois par jour, à l'occasion des repas, ou sans provocation. Puis tuméfaction de l'abdomen, parfois énorme, contrastant avec l'amaigrissement du reste du corps. Omphalocèle dépliée ou saillante. Dilatation des veines superficielles, œdème des membres inférieurs dans la moitié des cas. Pas d'ascite appréciable.

Tumeur reconnaissable à la palpation dans l'hypogastre, la fosse iliaque, l'hypocondre, etc., suivant la portion d'intestin envahie. Parfois ramifications dans le mésentère, lobulation. Surface du néoplasme unie ou irrégulière, consistance ferme, ou inégale, rarement molle; matité nette dans quelques cas, mobilité dans la moitié des cas, rotation exceptionnelle; la tumeur suit les mouvements du diaphragme une fois sur quatre. Elle peut être associée aux mouvements péristaltiques. Forme irrégulière. Volume petit au début, allant à la fin jusqu'à la grosseur d'une noix de coco. Le toucher rectal a pu, une fois sur trois, faire reconnaître des masses immobilisées dans le bassin.

Le foie est normal quand la tumeur siège au-dessous de la deuxième portion du duodénum. On a noté de la pleurésie, le refoulement d'un ou des deux poumons, la dyspnée. Troubles de la défécation, constipation ou alternatives de diarrhée et de constipation, plus tard selles très fréquentes, infectes, mêlées de globules purulents et sanguins, de lambeaux muqueux; phénomènes dysentériques; matières rubanées quand le néoplasme affecte le gros intestin; vomissements alimentaires ou bilieux dans la moitié des cas, anorexie. Adénopathies superficielles. Amaigrissement constant et très accusé, anémie profonde, ictère exceptionnel (il faut que l'ampoule de Vater soit envahie). Prostration, adynamie. Fièvre absente ou inconstante, pouls accéléré.

Marche rapide du néoplasme, à la fin signes de péritonite, mort. Le plus souvent c'est deux mois après le début que la mort arrive. Deux fois seulement elle a été retardée quatre mois et dix mois. Dans un cas de fibrome embryonnaire congénital, la survie n'a été que de dix-sept jours.

Peuvent prêter à confusion : les fibromes embryonnaires du grand épiploon, qui se développent surtout à gauche, sans troubles fonctionnels; les tumeurs du mésentère qui sont médianes, mobiles dans tous les sens, entourées de sonorité en avant et au-dessous; les fibromes rétro-péritonéaux qui sont profonds, mous, presque fluctuants; les sarcomes du rein; le carreau, les tumeurs utéro-ovariennes, les lymphadénomes intestinaux.

Le siège de prédilection du sarcome de l'intestin est la seconde portion de l'intestin grêle. Il affecte la forme d'un mamelon circulaire, l'intestin est dilaté en ampoule, ses parois sont très épaissies et comme encéphaloïdes. Ganglions mésentériques envahis. Une fois l'épiploon a été trouvé farci de tumeurs blanches. La muqueuse intestinale non contiguë à la tumeur peut être ulcérée. Le foie a été trouvé semé de noyaux métastatiques, de même que le rein et les autres viscères, les ganglions, etc.

L'histologie montre toujours des cellules petites, globuleuses, à noyaux volumineux, analogues aux cellules lymphatiques. C'est dans la sous-muqueuse que la lésion est le plus accentuée; elle est remplacée par une masse compacte de cellules embryonnaires. L'hérédité n'est pas notée dans les observations.

TRAITEMENT

Le traitement ne saurait être que chirurgical, mais il suppose un diagnostic précoce, bien difficile et aléatoire. L'extirpation est la seule opération rationnelle.

SCARLATINE

Quoique la scarlatine soit une maladie infectieuse, spécifique, transmissible par contagion directe ou indirecte, nous ne connaissons pas encore l'agent pathogène dont elle relève.

On a bien signalé, dans cette fièvre éruptive, la présence d'un streptocoque, identique au streptocoque de Fehleisen pour les uns, différent pour les autres. Mais si ce micro-orga-

nisme joue un rôle manifeste dans la plupart des complications, des infections secondaires de la scarlatine, rien ne prouve qu'il soit le microbe spécifique de la maladie.

Le microbe de la scarlatine n'ayant pu être décelé, isolé, cultivé, inoculé expérimentalement, on ne s'étonnera pas de l'insuffisance et de l'incertitude de notre thérapeutique. Nous ne connaissons pas de traitement spécifique attaquant directement la cause ignorée du mal et capable d'en triompher.

Nous disposons de moyens thérapeutiques ou prophylactiques plus ou moins rationnels, nous ne sommes pas encore en possession du *traitement* de la scarlatine.

Cependant nous savons assez bien comment la maladie se transmet; sa contagiosité est certaine; la vitalité du contagé ne l'est pas moins. Des faits indéniables nous ont appris que le germe virulent de la scarlatine peut persister dans les locaux habités, dans les meubles, dans les tapis, dans les objets contaminés pendant des semaines, des mois, des années. Ces notions sont précieuses pour la prophylaxie.

Nous aurons donc deux points principaux à envisager dans cette étude : 1° *le traitement*; 2° *la prophylaxie*. Le traitement varie suivant les cas, suivant les formes, suivant les périodes, suivant les complications. Nous diviserons ce traitement en deux parties : A. *Traitement de la scarlatine*; B. *Traitement des complications*.

TRAITEMENT DE LA SCARLATINE EXEMPTÉ DE COMPLICATIONS

Tant que la scarlatine évolue sans complications, elle comporte un traitement simple et qui emprunte souvent plus à l'hygiène qu'à la thérapeutique. Et d'ailleurs, qu'il y ait des complications ou qu'il n'y en ait pas, que la maladie soit légère ou grave, bénigne ou maligne, la partie du traitement qu'on peut appeler *hygiène thérapeutique* et qui comprend les conditions de local, d'aération, de chauffage, d'alimentation, etc., ne varie pas.

A. *Hygiène thérapeutique des scarlatineux*. — Cette hygiène thérapeutique des malades atteints de scarlatine doit figurer en première ligne, parce qu'elle s'applique à tous les cas et que