

ne pourra statuer que sur la chronologie des accidents et sur l'examen des fausses membranes.

La *scarlatinoïde puerpérale* (pyémique), qui apparaît sur l'abdomen, la première semaine après l'accouchement, est aussi une source de confusion; mais elle est fugace et respecte la face et les membres.

La *blennorragie* peut, à elle seule, déterminer un érythème scarlatiniforme.

Beaucoup de *médicaments* peuvent engendrer des *érythèmes toxiques*; tels sont : la *belladone* ou l'*atropine* (fièvre modérée, pas de desquamation, gorge sèche, mydriase), l'*opium*, la *jusquiame*, le *datura*, l'*éther*, l'*acide salicylique*, le *chloral*, l'*antipyrine*, la *quinine* (éruptions fugaces, apyrétiques, sans desquamation).

Seule la forme grave de l'*érythème mercuriel* peut créer de réelles difficultés. C'est une éruption scarlatiniforme intense, avec dépouillement de la langue, desquamation large, fièvre vive, et même, angine. On statuera sur la précocité de la desquamation (5^e au 8^e jour), la coexistence fréquente d'une *stomatite*, les commémoratifs.

Les *éruptions alimentaires* scarlatiniformes (poissons, coquillages, crustacés, etc.) sont généralement très prurigineuses, urticariennes, accompagnées d'accidents gastro-intestinaux.

L'*érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant* est une affection rare, de longue durée, sans troubles généraux marqués. La première poussée dure un mois, les autres moins. La fièvre est modérée, l'angine légère ou nulle, il n'y a ni complications viscérales, ni arthropathies. La rougeur, le prurit sont intenses; la desquamation, lamelleuse et abondante, débute le 3^e jour, en pleine éruption; la maladie provoque souvent la chute des cheveux et des ongles.

La *rubéole* se traduit par un érythème à bords un peu saillants, avec léger catarrhe conjonctival et adénopathies disséminées (cou, aisselles, aines); mais, la fièvre et le malaise y sont nuls ou insignifiants.

V. — ROUGEOLE

La rougeole est une fièvre éruptive contagieuse et endémo-épidémique, caractérisée par un *exanthème* et un *élanthème* avec catarrhe et fièvre.

Très peu de sujets lui échappent. La *contagion* s'opère par contact direct ou indirect (sujets ou objets contaminés), pendant la phase catarrhale principalement, et le début de l'éruption.

Rougeole régulière. — La rougeole passe par 4 périodes : *incubation*, *invasion*, *éruption*, *desquamation*.

Incubation. — Elle va de l'infection à l'invasion et dure 8 à 10 jours, sans aucun trouble appréciable.

Invasion. — Cette phase répond au catarrhe qu'entraîne l'élanthème sur les muqueuses. Très longue, elle dure 4 à 5 jours, quelquefois 7 ou 8. La fièvre apparaît d'abord assez vive (39°, 39°,5), avec de petits frissons, de la

chaleur et des sueurs. Subissant le 2^e ou 3^e jour une rémission qui ne laisse qu'un malaise léger, elle se rallume vivement avec l'éruption. Prises dès le début, les muqueuses nasale, oculaire, laryngée, traduisent leur atteinte par des étternuements, du larmolement et de la toux.

L'*élanthème nasal* détermine la rougeur des narines et de la lèvre supérieure, un coryza, séreux d'abord, puis muco-purulent (10^e ou 12^e jour) causant du prurit nasal, des étternuements, de la douleur frontale, parfois des épistaxis.

Très hyperémie, la *conjonctive*, humectée par le larmolement, rend les yeux humides et luisants; il y a de la photophobie et du gonflement des paupières.

Le *catarrhe laryngo-bronchique*, avec sécrétion muco-purulente, entraîne : une *toux rauque*, fêrine, la raucité de la voix, quelquefois des accès de suffocation (*faux croup*). A l'auscultation, on n'entend qu'une respiration un peu rude ou quelques ronchus. En certains cas cependant, la poitrine est remplie de râles variés.

Souvent, on constate : de l'*angine*, de la *pharyngite*, la présence de mucus sur la paroi postérieure du pharynx et d'un *élanthème papuleux sur la voile et les piliers*. Très typique, cette éruption, étendue aussi au pharynx, est visible 48 heures avant l'exanthème et constitue un signe diagnostique précieux. Des bourdonnements d'oreille, de la surdité, traduisent le *catarrhe auriculaire*. Des nausées, des vomissements, de la diarrhée, peuvent être imputés à l'élanthème du tube digestif. Les *ganglions* des régions atteintes sont tuméfiés secondairement, mais pourraient l'être en certains cas d'une façon précoce. Habituellement, à part la fièvre et un peu d'agitation, l'état général demeure assez bon; l'enfant a la langue blanche, se plaint de soif; la rougeole normale ne comporte qu'exceptionnellement ou très passagèrement du délire ou des convulsions.

Après 4 à 5 jours d'invasion, dont les 36 dernières heures sont apyrétiques, la fièvre se rallume soudain, annonçant l'éruption.

Éruption. — Débutant d'habitude la nuit, par le front, la racine des cheveux, le pourtour des oreilles et les joues, elle couvre, le lendemain, le tronc et les membres supérieurs; le surlendemain, les membres inférieurs, gagnant tout le tégument de haut en bas en 48 heures, déjà pâle à la face, quand se prennent les membres inférieurs. Elle dure 3 à 5 jours en tout. L'exanthème consiste en élevures ou *papules* roses, veloutées, d'abord petites et isolées, puis confondues en grandes plaques, surtout sur les cuisses, mais laissant toujours des intervalles de peau saine. L'éruption ne reste pleine que 24 heures sur chaque région, puis pâlit peu à peu, passant au bleu terne, puis au brun cuivré.

L'exanthème, variable d'aspect, peut être *boutonneux*, *miliaire* (vésicules à l'abdomen et aux cuisses surtout) ou *ecchymotique* (au dos et aux fesses surtout). Certaines éruptions sont très *confluentes*, d'autres très *discrètes*; il en est de très *fugaces* (quelques heures); d'autres sujettes à des *régressions* et à des *rechutes*.

Avec l'éruption, la *température* monte à 40°, 41°, qu'elle atteint chaque

soir pendant 2 ou 3 jours, fléchissant le matin à 58° ou 59°; puis, à son déclin, elle tombe à 56° ou 55°, soit en une nuit, soit lentement en 2 à 3 jours. Le *pouls* bat 130, 140 durant l'éruption, et même un peu plus tard. Pendant ce temps, persiste le catarrhe oculo-nasal et laryngo-bronchique, l'anorexie est absolue, la soif vive. La *diarrhée*, séreuse ou glaireuse, fétide, est très commune au début de l'éruption; elle n'est grave que dans le premier âge. L'*albuminurie* n'est pas rare, habituellement passagère. L'insomnie, l'agitation, la prostration, durent autant que la fièvre et l'éruption et cèdent avec elles. La toux et la bronchite leur survivent quelques jours.

Desquamation. — Elle s'opère, en lamelles furfuracées d'aspect farineux, sur la face, le cou et la ceinture, et passe facilement inaperçue; dans les cas douteux, il suffit, pour la mettre en évidence, de frotter vivement le tégument avec un fragment de drap noir.

En l'absence de complications, la convalescence se déclare brusquement. La guérison est la règle.

Rougeoles anormales. — Rougeoles malignes. — La malignité peut tenir à l'éruption (forme *hémorragique*), à l'état général (forme *ataxo-adynamique*) ou au catarrhe (forme *suffocante*).

La *rougeole hémorragique*, extrêmement grave, ne doit pas être confondue avec la *rougeole ecchymotique*, habituellement bénigne. Outre des ecchymoses et des suffusions sanguines cutanées et sous-cutanées, au niveau des papules et dans leurs intervalles, elle se traduit par des épistaxis, des melæna, des hématuries et des hématoméses. L'éruption sort mal ou pâlit, la température est très élevée, l'adynamie profonde. Rare, habituellement secondaire, cette forme, presque toujours mortelle, frappe plutôt les sujets cachectiques.

La *rougeole ataxo-adynamique* se déclare, avec l'éruption, par une fièvre intense et par des alternatives de délire et de prostration. Le *pouls* est vif, la *respiration* accélérée (80 à 90 par minute) malgré l'absence de lésions pulmonaires. Dans les cas graves, l'état typhoïde se prononce et aboutit en 3 ou 4 jours au coma mortel, mais la guérison est possible, par disparition graduelle des accidents.

La *forme suffocante*, distincte de la rougeole avec broncho-pneumonie, se caractérise par une dyspnée et une angoisse respiratoire précoces (dès l'invasion) sans autre signe d'auscultation qu'une légère diminution du murmure vésiculaire. L'éruption est pâle et incomplète, l'asphyxie amène la mort en 4 à 5 jours, à moins d'intervention (saignée). Des cas moins aigus peuvent se prolonger, avec des hauts et des bas, et aboutir finalement à la broncho-pneumonie.

Rougeoles bénignes. — La *rougeole abortive* se caractérise par la légèreté et la fugacité de ses signes. L'invasion et l'éruption évoluent en 5 à 6 jours, et la convalescence suit presque immédiatement l'éruption. Il arrive aussi qu'à la suite de prodromes lents et vagues, la fièvre, le catarrhe et

l'éruption soient presque nuls. Les rechutes et les réveils de l'éruption sont possibles.

La *rougeole fruste* sans catarrhe ou avec catarrhe insignifiant, difficile à distinguer de la rubéole, serait plus commune chez les jeunes enfants.

La *rougeole sans éruption*, admise par certains auteurs, est contestée par beaucoup d'autres. Il est possible que, sans faire défaut, l'éruption soit assez fugace pour passer inaperçue.

Rougeoles secondaires. — La rougeole revêt une gravité spéciale, quand elle complique : les états cachectiques; une infection aiguë en cours ou à son déclin; une grossesse ou l'état puerpéral.

1° **Rougeole chez les cachectiques.** — Insidieux, le début peut passer inaperçu; la marche est irrégulière ainsi que le cycle thermique. L'éruption sort mal et pâlit rapidement. La mort n'est pas constante, mais peut survenir inopinément dans l'adynamie.

2° **Rougeole secondaire aux pyrexies aiguës.** — La rougeole peut compliquer : la *fièvre typhoïde*, la *diphthérie*, la *pneumonie*, la *tuberculose*. Très souvent alors, le catarrhe manque et l'éruption est fruste; il est aussi fort difficile de décider s'il s'agit de rougeole ou d'*érythème morbilliforme* secondaire à l'infection primitive. Le diagnostic de ce dernier repose sur les particularités suivantes : *siège* habituel sur les mains, les avant-bras, les coudes et les jambes, symétriquement; absence complète de catarrhe des muqueuses; éruption formée de papules souvent ecchymotiques, entourées d'une aréole rosée, non groupées en croissant; exanthème souvent complet en quelques heures, persistant quelques jours, parfois accompagné d'autres signes de septicémie.

Secondaire aux infections aiguës, la rougeole est sensiblement plus grave que la rougeole primitive. Elle aggrave la pneumonie et la tuberculose, en favorisant la diffusion des lésions pulmonaires. D'autre part, la rougeole réveille la tuberculose latente. Au déclin de la diphthérie, elle favorise l'écllosion de la broncho-pneumonie. Au décours de la fièvre typhoïde, elle revêt volontiers la forme adynamique.

La rougeole peut encore coïncider avec une autre *fièvre éruptive* (scarlatine, variole, varicelle), la *vaccine*, les *oreillons*. La rougeole serait moins sévère quand elle précède que quand elle suit la scarlatine (Bez). Associée à la variole, la rougeole est bénigne quand les deux infections sont simultanées, plus grave quand la variole succède à la rougeole (Bez). La varicelle, les oreillons, modifient peu la rougeole, mais en ralentissent quelquefois la marche. Ces règles n'ont du reste rien d'absolu.

3° **Rougeole chez les femmes enceintes et les accouchées.** — La rougeole compromet la grossesse surtout à son début (mort fréquente du fœtus dans les premiers mois). L'accouchement est régulier (quelquefois prématuré), quand la rougeole intervient près du terme de la grossesse; il arrive souvent que l'enfant porte une éruption morbillieuse.

Complications. — Les complications frappent surtout les enfants,

avant trois ans, et à l'hôpital qui en favorise la diffusion, la contagion étant, avec la malpropreté des cavités où pullulent le streptocoque, le pneumocoque, etc. (bouche, nez, pharynx), la principale cause de la broncho-pneumonie. Les complications éclatent presque toutes durant l'éruption et la desquamation.

Laryngites — La *laryngite simple*, fugace et bénigne, est une cause fréquente de *faux croup*, au début de la rougeole.

La *laryngite ulcéreuse* (éruption ou desquamation), bien plus grave, peut déterminer insidieusement la *nécrose laryngée* et l'*œdème de la glotte* mortel. Elle se traduit par : une voix rauque ou éteinte, une toux pénible, avec expectoration sanguinolente, une vive sensibilité du larynx au toucher; de la dyspnée, parfois des accès de suffocation. La guérison est pourtant la règle, en l'absence de nécrose ou d'œdème glottique. Le diagnostic peut être délicat avec le *croup diphtérique*, ou laryngite pseudo-membraneuse secondaire à la rougeole dont les signes sont bien plus effacés et insidieux que dans la diphtérie primitive (voix et toux moins rauques, éraillées; dyspnée et crises de suffocation moins intenses, respiration moins sifflante, expulsion de fausses membranes exceptionnelle). Pour Grancher, l'auscultation attentive du murmure vésiculaire permettrait de distinguer la laryngite ulcéreuse de la laryngite pseudo-membraneuse. Le murmure vésiculaire, partout bien perceptible dans le premier cas, serait partout assourdi dans le second. L'*examen bactériologique* n'est concluant que s'il décèle le bacille de Löffler dans le pharynx ou sur les amygdales. Donc si les signes laryngés et pulmonaires plaident en faveur de la diphtérie, la séro-thérapie s'impose.

Diphtérie. — C'est une complication fréquente de la rougeole, à l'hôpital surtout. Elle comporte, aggravés, les signes de la diphtérie primitive. L'angine est plus rare que le croup. Les fausses membranes envahissent souvent les fosses nasales, la bouche, la vulve, les conjonctives et les excoriations cutanées.

Broncho-pneumonie. — Les complications pulmonaires : *congestion*, *bronchite capillaire*, *bronchopneumonie*, isolées ou associées, peuvent surgir à toutes les phases de la rougeole, d'autant plus graves qu'elles sont plus précoces. Les principaux agents en sont le *streptocoque* et le *pneumocoque* de la bouche.

Pendant l'*invasion*, les signes du catarrhe broncho-pulmonaire s'aggravent brusquement, la *température* monte à 40°, 41°; la *dyspnée* devient extrême (60 à 80 respirations, par minute), des râles muqueux et fins emplissent la poitrine; le malade, cyanosé, asphyxié souvent rapidement avant l'éruption. C'est le *catarrhe suffocant* qui sévit sur les jeunes enfants, les tuant presque constamment, et aussi chez l'adulte (jeunes soldats), qui y succombe une fois sur deux. Quand la survie se prolonge jusqu'à l'éruption, celle-ci reste incomplète ou manque. Quoique lié à la période d'invasion, le *catarrhe suffocant* (sorte d'énanthème) peut également éclater au cours et au déclin de l'éruption.

La *broncho-pneumonie* proprement dite éclate vers le 2° ou 3° jour de l'éruption. Dans la rougeole régulière, la *fièvre* tombe, brusquement ou lentement, le 5° ou 4° jour de l'éruption. Si la défervescence manque, ou si la fièvre, après une rémission d'un ou deux jours, reparait, une complication est probable. Avant cette recrudescence souvent (7° jour de la maladie) l'éruption pâlit et la *dyspnée* ne tarde pas à dénoncer une localisation pulmonaire. L'auscultation fait entendre en un point de l'un ou des deux poumons des *râles fins abondants et fixes*. Ils occupent habituellement la partie moyenne du poumon, sur le bord postérieur de l'omoplate, un peu plus près du sommet que de la base. Au même point se constatent, 2 ou 3 jours après le début de la fièvre, de la submatité et du souffle, signes positifs mais tardifs de broncho-pneumonie. L'une et l'autre gagnent, par foyers disséminés, tandis que la dyspnée s'accuse jusqu'à la cyanose et l'asphyxie, et que la température atteint 41°, 42°. La mort arrive en 5 ou 6 jours. Chez les enfants vigoureux, les adultes, la prolongation de la lutte (2 à 3 semaines) accroît les chances de salut. Une *forme chronique* simule la tuberculose pulmonaire et met 30 à 40 jours à guérir.

Stomatite. — Elle n'est pas rare; c'est tantôt la *stomatite simple* ou *exsudative* (Henoeh); tantôt, et plus souvent, la *stomatite ulcéreuse* ou *diphtéroïde impétigineuse* (Sévestre). Elle détermine sur la face interne et les commissures des lèvres (souvent fissurées) des *ulcérations* arrondies ou ovalaires, douloureuses, recouvertes, dans les régions exposées à l'air, de croûtes sanguinolentes, offrant ailleurs une surface lisse grise, opaline, et susceptibles d'entraver sérieusement l'alimentation. La *gangrène de la bouche* (noma), favorisée par la contagion, l'encombrement et la malpropreté, devient de plus en plus rare. Elle commence, à la face interne de la joue, par une *érosion* qui gonfle, rougit et s'ulcère profondément. La survie est rare. La gangrène peut encore frapper : le larynx, la vulve, les oreilles, l'amygdale ou le poumon.

Entérite. — Fréquente et grave, surtout dans le premier âge, elle survient pendant ou à la fin de l'éruption, quelquefois avant, revêtant diverses formes : bilieuse, cholériforme, dysentérioriforme. Dans quelques cas rares, elle passe à l'état chronique et peut entraîner la caséification des ganglions mésentériques.

Otite. — Elle est commune, parfois grave. Du 5° au 8° jour, la température remonte brusquement à 39° ou 40°, tandis que surviennent de l'agitation, du délire, parfois même des convulsions et un demi-coma; en même temps l'enfant se plaint de la tête et crie. Très rapidement, les accidents cèdent à l'écoulement d'un pus grisâtre ou sanguinolent par l'une ou les deux oreilles. Souvent l'écoulement persiste, impliquant la *destruction du tympan et des osselets* cause de *surdité* plus ou moins complète (évitée par la ponction du tympan en temps utile). Légère, l'otite guérit spontanément; plus grave, elle peut se compliquer de *mastoïdite* ou de *carie du rocher*.

Complications rares. — Il est rare que la conjonctivite morbillieuse se complique de *kératite* ou de perforation de la cornée.

La plèvre, le péricarde, l'endocardie, les veines (*phlébite*), les reins (*néphrite*), les centres nerveux (*rachialgie, paraplégie, paralysies diverses*), les nerfs périphériques (*névralgies, polymévriles*) ne sont qu'exceptionnellement atteints au cours de la rougeole.

Diagnostic. — Suivant les cas, très facile ou très difficile. Il repose sur : 1° le catarrhe et la fièvre les 4 ou 5 premiers jours; 2° la notion ou non d'une rougeole antérieure; 3° l'existence, ou non, d'une épidémie de rougeole; 4° le contact, constaté ou non, avec un rougeoleux.

Invasion. — Chez un enfant offrant du catarrhe nasal et laryngo-bronchique, de la courbature et de la fièvre, il est toujours sage de faire des réserves, s'il a été exposé à la contagion. Le temps seul permet la distinction avec la grippe; à moins que celle-ci règne épidémiquement et que l'enfant ait déjà eu la rougeole.

La *laryngite striduleuse simple* diffère de celle de la rougeole par une fièvre moins continue, par la franchise des rémissions diurnes et la moindre atteinte des conjonctives.

La *scarlatine* se différencie nettement par l'intensité de la fièvre initiale, l'angine et l'absence de catarrhe.

Éruption. — Quoique typique en elle-même, l'éruption est encore mieux classée par son apparition à la suite d'une phase catarrhale et fébrile, sa coexistence avec un reste de catarrhe. La rougeole très boutonneuse peut, à la face, ressembler à la *varirole*; mais dans celle-ci il y a de la rachialgie et pas de catarrhe.

Le *rash morbilliforme* de la varirole peut simuler très fidèlement l'éruption de la rougeole, mais il est précoce, non précédé de catarrhe, respecte la face et prédomine au tronc. On se gardera aussi de prendre pour une varirole une *rougeole compliquée de varicelle*; il est rare qu'on ne trouve pas une vésicule typique.

Certains éléments isolés de l'*exanthème scarlatineux* peuvent rappeler la rougeole; mais la papule de la scarlatine est sèche et dure; celle de la rougeole est douce et veloutée.

La *rubéole*, sans fièvre ni catarrhe, n'en impose pas pour une rougeole; la distinction devient difficile quand, à la rubéole, s'associent du coryza, du larmoiement et un énanthème. Le *catarrhe* serait ici (pour Talamon) postérieur et non antérieur à l'éruption (inconstant); les ganglions du cou sont plus gonflés, plus douloureux; l'éruption, plus durable, est souvent polymorphe.

La *roséole estivale* est très fugace (36 à 48 heures), sans catarrhe, peu ou pas fébrile.

Les *roséoles médicamenteuses*, souvent polymorphes, toujours sans catarrhe, rarement fébriles, occupent : les avant-bras, le tronc, le dos, les membres et respectent la face.

Les *roséoles vaccinale, syphilitique*, coexistent habituellement avec des

lésions qui en dénoncent l'origine. Il en est de même des *érythèmes secondaires* aux infections, au coup de chaleur, aux intoxications alimentaires.

La *suette miliaire* (forme rubéolique) est confondue plus aisément avec la rougeole; mais le catarrhe y est léger ou nul, les vésicules sont précoces, les sueurs profuses; la dyspnée, les troubles cardiaques, sont très particuliers. La *rougeole compliquée de miliaire* diffère de la suette par la lenteur des prodromes, le catarrhe, l'apparition plus tardive des vésicules.

VI. — RUBÉOLE

Signes étiologiques. — La rubéole (*rötheln* des Allemands) frappe surtout les enfants (64 pour 100); elle est plus fréquente en Allemagne et en Angleterre qu'en France, au printemps et en hiver qu'en été ou en automne. La contagion, seul mode de transmission, s'opère pendant l'éruption, et même dès l'incubation.

Signes cliniques. — La maladie se caractérise par un *exanthème* et un léger *énanthème* (conjonctives, pituitaire, muqueuses pharyngée et laryngo-bronchique) associés à des *adénopathies* plus ou moins multiples et à de légers troubles généraux.

Polymorphe, l'exanthème rappelle ici la scarlatine, et là, la rougeole, suivant que les éléments primitifs (maculo-papules) restent indépendants ou se confondent; ceux-ci, d'abord roses, puis rouges, sont gros comme une tête d'épingle ou une lentille et s'effacent sous la pression du doigt; la diversité de leurs teintes montre qu'ils apparaissent par poussées successives; légèrement prurigineux parfois, ils ne se groupent pas en croissants comme ceux de la rougeole. L'éruption occupe la face, le cuir chevelu, le cou, le tronc, les membres, et respecte plus ou moins la plante des pieds. L'aspect scarlatiforme s'observe aux parties déclives ou exposées plus particulièrement aux pressions et à la chaleur : lombes, fesses, face postérieure des cuisses, organes génitaux. L'éruption est du reste plus morbilliforme, ou plus scarlatiforme, suivant les sujets, les cas et les épidémies.

Quand l'éruption débute par la face (non constant), ce n'est pas, comme dans la rougeole, autour des oreilles et sur le menton, mais autour des ailes du nez, sur les joues. Fréquemment, la face, le cou, le cuir chevelu, sont pris d'emblée. Ailleurs, le début se fait par la poitrine et le dos. L'exanthème se complète en quelques heures, 24 heures, ou par poussées successives, caractéristiques pour quelques auteurs. Ces différences d'évolution font varier la durée de l'éruption de 2 ou 3 jours à 6 ou 7; elle est sujette, à des retours pendant la convalescence. La *desquamation* est furfuracée et insignifiante; c'est dans les fosses sous-claviculaires qu'il faut la rechercher.

Inconstant, l'*énanthème* est toujours moins intense et plus fugace que celui de la rougeole. Les *conjonctives* sont rouges et un peu larmoyantes. La *pharyngite* est généralement limitée aux *amygdales* et aux *piliers* du voile du palais; on ne constate ni le piqueté de la rougeole, ni la rougeur diffuse

de la scarlatine. La dysphagie est insignifiante; le coryza et la laryngite peuvent manquer; la trachéo-bronchite est exceptionnelle. L'énanthème diffère surtout de celui de la rougeole, en ce qu'il accompagne ou suit l'éruption au lieu de la précéder.

Les complications, par infection secondaire, sont tout à fait exceptionnelles.

L'engorgement ganglionnaire, en rapport, soit avec l'énanthème, soit avec l'infection générale, est un autre signe propre à la rubéole. Il précède ou accompagne l'éruption, affectant surtout les ganglions rétro- et sous-maxillaires; quelquefois ceux de la nuque, des aisselles et des aines. Gros comme un pois ou une noisette, ils sont très sensibles à la pression, mais sans péri-adénite. Généralement fugace, quelquefois prolongée (plusieurs semaines), cette adénopathie se termine toujours par résolution.

L'état général est fort peu altéré. La fièvre, qui atteint à peine 38°,5 ou 39°, rarement 40°, accompagne l'exanthème et l'énanthème durant 2 ou 3 jours, 4 au plus; elle comporte un peu de mal de tête, de courbature, de malaise général, toujours modérés.

Évolution. — L'éruption, avec son cortège de troubles généraux, peut se montrer d'emblée; quand ceux-ci devancent l'exanthème, ce n'est que d'une demi-journée ou d'un jour. Quant l'énanthème est en avance sur l'éruption, il ne reste isolé que quelques heures.

La rubéole dure, en tout, 5, 6 ou 8 jours, et guérit toujours sans laisser de traces.

Diagnostic. — Les différences entre la rubéole et la rougeole ont déjà été signalées. Le catarrhe prodromique, franc et prolongé, caractérise la rougeole dont l'éruption n'offre ni le polymorphisme, ni les poussées successives de la rubéole.

La scarlatine est d'habitude suffisamment individualisée par son angine intense, son éruption typique et l'absence de catarrhe oculo-nasal.

Les érythèmes divers prêtent souvent à confusion avec la rubéole; l'absence d'énanthème et d'adénopathies en facilite le diagnostic; tels sont: l'érythème polymorphe érythémato-papuleux, les érythèmes rubéoliformes (roséoles); les roséoles infectieuses, les rash varioliques et vaccinaux, les roséoles médicamenteuses ou toxiques, la roséole syphilitique.

VII. — SUETTE MILIAIRE

Signes étiologiques. — La suette est une infection endémo-épidémique caractérisée par des accidents nerveux associés à des sueurs profuses et par un exanthème polymorphe avec miliaire. La France en possède plusieurs foyers endémiques, circonscrits et disséminés, sujets à des réveils épidémiques passagers. Frappant plutôt les sujets vigoureux, la suette est plus commune de mai à août et se transmet sans doute par contagion, quoique le contagement en soit encore inconnu.

Signes cliniques. — Tableau schématique. — La maladie commence dans la journée par un affaiblissement et un vague malaise, puis, la nuit suivante, se montrent: une constriction épigastrique angoissante et des accès de suffocation et de palpitations avec sueurs profuses. Ces accidents, accompagnés de fièvre et d'embarras gastrique, durent 3 à 4 jours, modérés dans la journée, exaspérés chaque nuit; puis, avec une exacerbation thermique, apparaît l'éruption, tantôt d'emblée généralisée, tantôt par poussées successives dont chacune est suivie de desquamation. L'éruption dure une semaine. La convalescence est lente et pénible.

Incubation. — Sa durée, mal précisée, peut ne pas dépasser 24 heures.

Les prodromes, malaise, courbature, arthralgies, sont généralement peu marqués ou font défaut.

Invasion. — Elle dure 3 à 4 jours en moyenne, parfois 6 ou 7. Le sujet est pris, d'habitude au milieu de la nuit, de frissons, de palpitations violentes et de mal de tête; il est en même temps inondé de sueur. Après quelques heures, une accalmie survient, qui se prononce dans la journée, mais les accidents reparaisent la nuit suivante, pour s'apaiser de nouveau, et ainsi de suite, pendant toute cette période.

Malgré les étouffements et l'angoisse, qui peuvent donner au malade l'impression d'une mort prochaine, l'auscultation ne révèle rien. Les accidents pénibles s'exaspèrent à l'approche de l'éruption et à chaque poussée exanthématique, pour ne s'apaiser que lorsqu'elle est sortie. Constantes et continues, les sueurs redoublent pendant les paroxysmes nocturnes; leur abondance peut être telle que le malade doit être à chaque instant changé de linge. Chez les sujets mal tenus, elles prennent une odeur de paille moisie; l'éruption les modère sans les supprimer; la convalescence seule y met fin.

L'insomnie, le délire (doux ou bruyant), le coma (cas très graves), la tétanie, les crampes, les spasmes toniques, limités ou généralisés (dans les cas mortels), la céphalée, très intense parfois, les épistaxis répétées, le coryza avec ou sans toux sèche (dans l'enfance), l'embarras gastrique (constipation, anorexie, nausées), l'oligurie (1/2 litre en 24 heures), l'hypoazoturie (4 à 5 grammes d'urée par jour) représentent autant de troubles accessoires de la période d'invasion, dont chacun prend, selon les cas et les sujets, une importance variable.

Dans les cas bénins, la fièvre est presque nulle, sauf pendant l'éruption. Elle oscille, dans les cas moyens, entre 38° et 39°; dans les formes sévères, entre 39° et 40°, toujours plus élevée la nuit. La mort, quand elle survient, est souvent précédée d'une forte ascension thermique (42° à 43°). L'auscultation du cœur ne révèle guère que des battements désordonnés pendant les crises de palpitations. Le pouls est relativement peu accéléré.

Éruption et desquamation. — Vers le 3^e ou 4^e jour de la maladie, parfois vers le 7^e, tous les accidents d'invasion s'aggravent subitement: la température monte encore de 0°,5 à 1°; c'est le paroxysme pré-éruptif, phase la plus critique, particulièrement pour les femmes enceintes, exposées alors à

l'avortement ou à l'accouchement prématuré, souvent mortels. En même temps surviennent, sur le dos d'abord, puis sur le tronc et les membres, des démangeaisons parfois intolérables. Puis, à la suite d'accidents divers se déroulant en une soirée et une nuit, la fièvre tombe le matin, une détente se produit, tandis que paraît l'éruption sur le cou et le tronc. Les cas où elle passe inaperçue sont l'exception. Du cou et du tronc, elle gagne les membres supérieurs (les surfaces de flexion surtout), habituellement très confluyente aux poignets. Les mains et les pieds, sauf la paume et la plante, sont envahis 2 ou 3 jours plus tard, et subissent, du fait de l'exanthème, une légère tuméfaction. La face (surtout les joues) et les membres inférieurs sont atteints encore plus tard et plus légèrement; ou même restent indemnes.

L'éruption se décompose en *exanthème* et en *miliaire*.

Exanthème. — Essentiellement variable suivant les sujets, les régions et les moments, il est *morbilliforme*, *scarlatiniforme* ou *purpurique*. D'abord morbilliformes, les macules peuvent coalescer en placards scarlatiniformes sur lesquels on peut voir apparaître des pétéchies. Ailleurs, l'éruption, scarlatiniforme sur le tronc, est morbilliforme sur les membres, etc.

Souvent se voit sur le voile du palais, la face interne des joues, un pointillé rouge ou une teinte pourprée unie (*éranthème*).

Miliaire. — Sur l'exanthème, la *miliaire* forme un semis de petites *papules* bientôt muées en *vésicules* pouvant se congolmer en *bulles* à contenu quelquefois louche. Quand la miliaire est confluyente, elle peut masquer l'exanthème, qui est, au contraire, au premier plan si la miliaire est clairsemée.

Évolution. — **Desquamation.** — L'éruption met 24 heures, 2 ou 3 jours à se compléter, persiste quelques jours et pâlit pour ne laisser que des taches purpuriques. Le 8^e ou 10^e jour, quelquefois le 15^e, tout a disparu. Quand l'éruption procède par poussées successives, les accidents généraux et nerveux reparissent à chacune. La desquamation suit de peu l'éruption, encore très visible alors. Elle peut être furfuracée, former des collerettes au niveau des vésicules desséchées, ou se faire par larges lambeaux, comme dans la scarlatine, principalement sur la face, les membres et les mains. Elle est souvent encore reconnaissable après 3 ou 4 semaines.

Habituellement, l'éruption est le signal d'un mieux sensible dans l'état général; les crises d'oppression s'espacent, les sueurs font place à une simple moiteur; la *fièvre*, seulement nocturne, ne passe guère 38°; le *pouls* se ralentit. A cette phase peuvent se déclarer des *syncopes* ou des *intermittences cardiaques* assez graves, des *hémorragies* (bénignes) telles que : épistaxis, hémoptysies, méléna, métrorragies, et des *signes d'anémie* (hypo-hémoglobulinémie, hypoglobulie). La *constipation* est opiniâtre; la *langue* se dépouille parfois comme dans la scarlatine; les *urines* conservent leur volume normal et ne contiennent pas d'albumine, mais sont très acides.

Quand pâlit l'éruption, la fièvre tombe, l'appétit se réveille, et une polyurie critique (2 à 4 litres) s'établit peu à peu ou brusquement.

Convalescence. — Commencée le 8^e, 10^e ou 15^e jour, elle se prolonge toujours, comme celle de la grippe, caractérisée par de l'asthénie, de la

fatigue, une grande anémie; souvent par de l'œdème des membres inférieurs, un tremblement fibrillaire de la face et de la langue, de l'anorexie, de la constipation, de l'insomnie; quelquefois par des troubles nerveux intenses : névralgies, état neurasthénique, accès maniaques; par des souffles anémiques et de l'arythmie cardiaque. Le retour à la santé n'est complet qu'au bout de 3 à 4 semaines, quelquefois plusieurs mois.

Terminaisons. — La *guérison* est la règle; une *rechute*, bénigne et courte d'habitude, n'est pas rare. La mort, quand elle survient, résulte de l'aggravation des symptômes normaux, mais jamais d'une complication. Elle est tantôt *foudroyante* (quelques heures), tantôt *rapide* (un jour ou deux), due à l'intensité des sueurs, de la fièvre, de l'angoisse épigastrique; souvent différée jusqu'à l'approche de l'éruption ou d'une poussée éruptive.

Formes cliniques. — Telle est la *forme commune*; les sueurs ou l'éruption peuvent manquer dans les *formes frustes*. D'autres formes sont plus spéciales.

Forme bénigne. — Dans la *forme bénigne*, le malade reste levé, seulement affaibli par la transpiration; presque uniquement miliaire, l'éruption est discrète, par poussées légères, avec recrudescence des sueurs. Vers le 5^e jour, la guérison survient, sans convalescence. D'autres cas présentent tous les signes classiques, mais très atténués; on observe des palpitations et un peu d'agitation; la guérison survient après une semaine, mais la convalescence peut être laborieuse.

Forme maligne. — La *forme maligne* tue constamment en quelques heures, un jour ou deux, soit dès l'invasion, soit pendant l'éruption ou une nouvelle poussée éruptive.

Forme rubéolique (Hontang et Thoinot). — Surtout propre à l'enfance, cette forme commence par du coryza, de l'hyperémie conjonctivale, du larmolement et une toux rauque; puis paraît l'éruption, en tout semblable à celle de la rougeole, au début du moins. Le diagnostic repose sur la notion d'épidémicité, les commémoratifs (rougeole antérieure), l'élévation brusque de la température (39° à 40°), l'abondance des sueurs, le polymorphisme de l'éruption et l'apparition des vésicules miliaires. Les troubles nerveux sont légers; l'éruption est sujette à des poussées successives, à des rechutes. La guérison est la règle.

Diagnostic. — En général, la miliaire, extrêmement nette, contemporaine de l'exanthème, ne laisse pas place au doute. L'éruption scarlatineuse, plus précoce, est précédée d'une angine intense. La rougeole offre une longue incubation (12 à 14 jours), un catarrhe oculo-nasal et bronchique qui n'existe que dans la suette rubéolique des enfants; celle-ci se distingue d'ailleurs par les sueurs, les troubles nerveux et le polymorphisme de l'éruption.