de la rougeole. La rougeole dyspnéique est néanmoins une des formes plus redoutables de la rougeole maligne, et elle se termine ordinairement par la mort dans l'espace de cinq ou six jours, quelle que soit la médication employée. Parfois aussi la maladie traîne en longueur; il y a des rémissions trompeuses et l'enfant finit par succomber à une hépatisation pulmonaire. En pareil cas, complication et malignité se confondent chez le même sujet.

La *rougeole secondaire* appartient aux formes anomales graves par l'irrégularité de sa marche et la fréquence de ses complications. Plus l'enfant est cachectique et affaibli par la maladie primitive, plus l'invasion de la rougeole est insidieuse et difficile à reconnaître. L'éruption est terne dès le début ou bien se fait mal et pâlit rapidement; elle s'accompagne parfois d'hémorragies du côté de la peau et des muqueuses. La rougeole est alors souvent terminale; la fièvre ne cesse pas, et l'enfant s'éteint au bout de deux ou trois jours dans le coma ou dans une attaque de convulsions. S'il résiste, il est exposé aux complications pulmonaires plus que dans la rougeole primitive. Le pronostic n'est pas d'ailleurs nécessairement fatal et dépend autant de l'état des forces que du milieu dans lequel se trouve l'enfant.

COMPLICATIONS. — La rougeole est surtout dangereuse par ses complications. Celles-ci sont dues à une infection secondaire causée, soit par l'augmentation de virulence des microbes qui se trouvent habituellement sur les muqueuses ou qui proviennent d'une infection antérieure (grippe, impétigo, etc.), soit surtout parce que le catarrhe morbilleux ouvre une porte d'entrée à la pénétration des microbes. Cette infection secondaire, dont la manifestation la plus fréquente et une des plus redoutables est la broncho-pneumonie, est en effet le plus souvent due à la contagion (Bard) (1), soit immédiate, provenant de malades atteints de rougeole compliquée, soit médiate par l'infection des chambres ou des salles d'hôpitaux où ont été traitées antérieurement des broncho-pneumonies d'origines diverses. Le streptocoque est l'agent le plus important de ces complications (2).

Broncho-pneumonie. — La broncho-pneumonie de la rougeole s'observe beaucoup plus souvent à l'hôpital qu'en ville; elle atteint surtout les enfants au-dessous de cinq ans; sa fréquence varie suivant les épidémies. Elle se développe quelquefois dans les premiers jours de la maladie, pendant la période d'invasion ou au début de l'éruption, le plus souvent pendant la décroissance de l'exanthème, ou

(1) Bard, De la contagion de la broncho-pneumonie. *Lyon méd.*, 13 janv. 1889.

(2) Méry et Boulloche (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1891, p. 154), ayant fait l'examen bactériologique de la salive de 48 enfants atteints de rougeole et de 20 enfants exempts d'affections des voies respiratoires, ont trouvé que le pneumocoque et le streptocoque, agents habituels de la broncho-pneumonie, étaient deux fois plus fréquents dans la salive des premiers que dans celle des seconds.

plus rarement après sa disparition. Son début est signalé par un redoublement de la fièvre. Lorsque, dans le cours d'une rougeole, la température atteint 41° et se maintient à cette hauteur, lorsque surtout la fièvre reste élevée ou augmente après le troisième jour de l'éruption, on doit toujours redouter une complication pulmonaire. Un autre indice est l'accélération des mouvements respiratoires qui atteignent le chiffre de 40, 50 et même 80 par minute; l'enfant présente de la dyspnée, et l'auscultation fait entendre dans quelques points de la poitrine du souffle pneumonique mêlé aux râles muqueux fins, qui existaient déjà précédemment. Si la complication précède l'éruption, celle-ci sera retardée et irrégulière, les taches seront pâles; si l'éruption est déjà développée, elle disparaîtra quelquefois au moment de l'explosion de la phlegmasie pulmonaire. Cette rétrocession de l'exanthème est l'effet et non l'origine de la complication. La broncho-pneumonie guérit assez souvent, si l'enfant a déjà un certain âge et est d'une constitution vigoureuse; dans les conditions inverses, elle est habituellement fatale.

Laryngite. — La laryngite n'est que l'exagération d'un des symptômes les plus fréquents de la rougeole; elle est assez souvent ulcéreuse, mais, même alors, elle ne présente pas en général de gravité. Habituellement, en effet, les ulcérations sont superficielles et n'intéressent que la muqueuse, et elles n'entraînent jamais à leur suite un œdème de la glotte, comme celles de la variole ou de la fièvre typhoïde. D'après Gerhardt, qui les a constatées sur le vivant à l'aide du laryngoscope, elles se trouveraient surtout à la partie postérieure du larynx, au niveau de la glotte inter-aryténoïdienne; elles peuvent exister déjà à la période d'invasion et être la cause d'accès de faux croup. La présence d'ulcérations laryngées se traduit par une toux continuelle, parfois douloureuse, toujours pénible et d'un timbre creux; souvent même la voix s'éteint complètement. Dès que l'éruption paraît, les accès de suffocation deviennent rares. L'aphonie et la toux persistent parfois plus d'une semaine après la disparition de l'exanthème.

Dans certains cas, qui sont l'exception, la laryngite simple ulcéreuse peut causer chez l'enfant de la dyspnée et faire croire à l'existence du croup; elle a même quelquefois nécessité la trachéotomie; cependant, il ne faut pas se presser d'opérer, s'il n'y a pas urgence absolue; en effet, quand l'examen bactériologique ne dénote pas la présence de la diphtérie, la laryngite morbilleuse guérit le plus souvent spontanément (1).

Diphtérie. — La diphtérie est une complication assez fréquente de la rougeole; elle se montre habituellement sous forme de croup, qui en est alors la seule manifestation, ou bien elle s'étend aux bronches,

(1) Voir : Audeoud et Jaccard, *loc. cit.*, p. 69 et suiv.

au pharynx ou au nez. L'angine diphtérique primitive est rare après la rougeole. Sanné donne la statistique suivante, empruntée au service de Barthez : sur 93 cas de diphtérie consécutive à la rougeole, 20 occupaient le larynx seul, 34 le larynx en même temps que les fosses nasales, la bouche ou les organes génitaux ; 19 seulement étaient localisés au pharynx et au larynx, et alors presque toujours le pharynx avait été pris après le larynx (croup remontant). La diphtérie est toujours une complication fâcheuse de la rougeole ; indépendamment de la gravité qui lui est inhérente, son pronostic est assombri par le mauvais état général créé par la maladie primitive.

Conjonctivite. — Le catarrhe oculaire de la rougeole est quelquefois l'origine d'une conjonctivite très tenace ; pendant plusieurs mois après la guérison de l'exanthème, l'enfant présente des paupières tuméfiées, sécrétant un muco-pus qui en agglutine les bords, la photophobie persiste. Quelquefois, la conjonctivite devient granuleuse, surtout chez les enfants scrofuleux ; elle peut se compliquer d'une kératite ulcéreuse et même d'une destruction de la cornée.

Otite. — L'otite est une complication fréquente. Pour Tobeitz (1) et pour Bezold (2) elle serait même constante dans cette maladie, la muqueuse de la caisse du tympan participant à la congestion des muqueuses voisines. Bezold, qui a exploré les oreilles d'un grand nombre d'enfants atteints de rougeole et fait seize autopsies, a trouvé toujours les lésions de l'otite moyenne caractérisées par la rougeur et la tuméfaction de la muqueuse de la caisse et par un épanchement muco-purulent ou franchement purulent s'étendant parfois jusque dans les cellules mastoïdiennes. Cette otite peut survenir de très bonne heure ; Tobeitz l'a trouvée à l'autopsie d'un enfant mort vingt-quatre heures après le début de l'éruption.

L'otite évolue le plus souvent sans provoquer de symptômes ; dans 22 cas d'otite morbilleuse constatés à l'autopsie par Tobeitz, cette complication n'avait été reconnue que 7 fois pendant la vie. Souvent elle ne se manifeste que par quelques bourdonnements d'oreilles et une légère surdité se dissipant rapidement. Si elle affecte une forme plus aiguë, elle se manifeste alors en général du troisième au huitième jour de l'éruption par une douleur très vive s'exaspérant pendant la mastication et la succion et s'accompagne de cris, d'agitation, de délire et même de convulsions. L'apparition de ces symptômes dans le cours de la rougeole chez les tout petits enfants doit toujours faire craindre l'otite (Trousseau).

Au bout de quelques jours survient un soulagement soudain amené par la perforation du tympan, et le pus s'écoule par le conduit externe ; parfois il s'évacue par la trompe d'Eustache (Cordier) (3). La guérison

(1) Tobeitz, *Arch. f. Kinderheilk.*, VIII, 1887, p. 321.
(2) Bezold, *Münch. med. Wochenschr.*, 1896, p. 217 et 248.
(3) Cordier, Thèse de Paris, 1875.

est en général complète, mais si l'écoulement persiste, la maladie prend une forme chronique et peut devenir l'origine d'une carie du rocher avec surdité persistante et exposer le petit malade aux complications cérébrales. Il importe donc de surveiller toujours avec soin les oreilles chez les enfants atteints de rougeole, afin de pouvoir agir rapidement en cas de complication.

Stomatite et angine. — La *stomatite ulcéreuse des lèvres* s'observe assez souvent pendant l'éruption de la rougeole, surtout à l'hôpital ; elle est caractérisée par la production de crevasses qui se recouvrent d'un exsudat grisâtre, pultacé, saignant facilement. Cette stomatite ne reste pas toujours limitée aux lèvres ; des ulcérations analogues, recouvertes d'un dépôt blanc, se montrent sur la langue et la face interne des joues (*stomatite diphtéroïde*). Elle est due à une infection streptococcique qui précède ou accompagne souvent la broncho-pneumonie ; aussi, sans être grave par elle-même, cette complication peut-elle être d'un fâcheux pronostic (Hutinel) (1).

L'*angine catarrhale*, bien que beaucoup plus rare qu'au début de la scarlatine, peut se montrer pendant les prodromes de la rougeole. Nous en avons observé quelques exemples.

Entérite. — Les complications intestinales sont les plus fréquentes après les complications pulmonaires ; on les observe avec un degré d'intensité très variable sur le quart environ des enfants atteints de rougeole, surtout chez ceux qui ont déjà souffert antérieurement de troubles intestinaux. L'entéro-côlite se développe en général pendant le cours ou vers la fin de l'éruption ; néanmoins, Trousseau l'a signalée aussi dans les premiers jours de l'invasion chez les enfants en bas âge. Elle se caractérise tantôt par une diarrhée bilieuse et abondante, tantôt par une diarrhée cholériforme, tantôt enfin par des coliques, du ténesme et des selles glaireuses teintées de sang. Worthington (2) cite un cas où ces symptômes dysentériformes furent suivis d'une perforation de l'intestin par ulcération. Meslay et Jolly (3) ont trouvé, à l'autopsie d'enfants ayant présenté cette même forme d'entérite morbilleuse, des lésions inflammatoires de l'intestin accompagnées parfois d'ulcérations en tout semblables, même à l'examen microscopique, à celles de la dysenterie.

L'entérite morbilleuse n'est dangereuse par elle-même que chez les enfants en bas âge, surtout pendant les chaleurs de l'été, ou bien dans le cas où elle détermine, par la fréquence et l'abondance des selles, une algidité cholérique. Si elle survient en même temps que la broncho-pneumonie, elle en aggrave le pronostic. Enfin elle peut passer à l'état chronique et devenir le point de départ d'une caséifica-

(1) Voir : B. Frenkel, Thèse de Paris, 1898.
(2) Worthington, *Brit. med. Journ.*, 30 nov. 1889.
(3) Meslay et Jolly, *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1895, p. 370.

tion des ganglions mésentériques, chez les enfants prédisposés à la tuberculose.

Gangrène. — La gangrène, surtout celle de la bouche, plus rarement celle des poumons, de la vulve ou de la peau, où elle se présente sous forme diffuse, est une des complications les plus graves de la rougeole; elle n'apparaît en général qu'après la disparition de l'éruption. La gangrène ne s'observe que dans les hôpitaux ou chez les enfants cachectiques; elle est devenue exceptionnelle grâce aux progrès de l'hygiène infantile.

Autres complications. — La *néphrite* avec albuminurie, s'observe parfois chez les convalescents de rougeole, mais beaucoup plus rarement qu'après la scarlatine.

Quelques affections cutanées, telles que l'*urticaire*, l'*impétigo*, les *abcès multiples* de la peau, ne sont pas rares après la rougeole.

Des *paralysies* diverses ont été aussi signalées chez les enfants convalescents de rougeole, bien qu'à titre exceptionnel; citons en particulier la *paraplégie*, s'accompagnant parfois de troubles de la miction (1), la *névrite optique* (2), l'*atrophie musculaire progressive* (3) et des troubles passagers de l'état mental (4).

Tuberculose. — La rougeole favorise la diffusion de l'infection tuberculeuse; elle joue un rôle important dans l'étiologie de la phtisie pulmonaire, dont elle paraît provoquer l'explosion chez les sujets prédisposés et dont elle hâte la marche, lorsqu'elle vient la compliquer. Elle est souvent le point de départ de la méningite tuberculeuse, ainsi que de manifestations scrofuleuses, telles que la kérato-conjonctivite, l'otorrhée, les adénites, les caries osseuses multiples, les tumeurs blanches, etc.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la rougeole avant l'éruption est souvent difficile. Les symptômes observés peuvent être attribués à un simple *coryza*, à la *grippe*, quelquefois à la *laryngite striduleuse* ou encore à la *fièvre typhoïde*, à la *méningite*, s'ils s'accompagnent de diarrhée, de vomissements ou d'accidents nerveux. Les commémoratifs et l'ensemble des symptômes permettent, dans la plupart des cas, de reconnaître la véritable nature de la maladie; mais, s'il y a coïncidence d'une épidémie de grippe avec une épidémie de rougeole, si la rougeole est compliquée dès le début ou si elle survient dans le cours d'une autre affection, on sera quelquefois embarrassé dans le diagnostic. Les seuls signes qui permettront d'affirmer l'existence de la rougeole avant l'apparition de l'exanthème cutané sont le piqueté rubéolique sur le fond de la gorge, qui précède de douze à

(1) Bayle, Thèse de Paris, 1887.
(2) Wood, *Arch. of ophtalm.*, 1892, vol. I.
(3) Ormerod, *Brain*, oct. 1884.
(4) Casson, *Lancet*, 27 nov. 1886.

vingt-quatre heures l'éruption de la face et les taches de la muqueuse buccale signalées par Koplik.

Une fois l'éruption sortie, la rougeole se reconnaît facilement. Le diagnostic avec la *scarlatine* a été indiqué plus haut. La rougeole boutonneuse a été souvent prise pour une *variole* au début; on évitera cette erreur en se fondant sur les prodromes et en constatant l'absence de toute vésico-pustule déjà formée parmi les papules. Le diagnostic avec la *rubéole* sera indiqué plus loin. Certains *érythèmes sérothérapiques* simulent parfois l'exanthème de la rougeole, mais l'erreur ne sera possible qu'en l'absence de renseignements sur les antécédents du malade.

PRONOSTIC. — Le pronostic de la rougeole est, en général, sans gravité; l'immense majorité des enfants atteints de cette maladie se rétablissent complètement; il faut cependant faire une exception pour les enfants chétifs, affaiblis par une maladie antérieure, prédisposés à la tuberculose ou à la scrofule, et pour ceux qui sont traités dans les salles d'hôpitaux où l'on observe si souvent des rougeoles compliquées ou secondaires. L'*encombrement* et le *confinement* sont toujours d'un fâcheux pronostic; de là la plus grande mortalité morbilleuse dans les villes qu'à la campagne, et à l'hôpital que dans la pratique privée. C'est ce que démontre en particulier l'amélioration considérable survenue dans la mortalité par la rougeole à l'hôpital des Enfants-Assistés de Paris, grâce aux mesures hygiéniques prises par Sevestre et par Hutinel; la mortalité morbilleuse, qui était autrefois dans cet établissement de 42 à 45 pour 100 et qui avait même atteint, en 1884, 47 pour 100, a considérablement diminué depuis lors; elle n'était plus, en 1895, que de 28 pour 100 (1).

L'âge est aussi un élément important à considérer pour le pronostic; les statistiques prouvent que la plupart des enfants qui meurent de la rougeole, sont encore dans les premières années de la vie; la proportion des décès au nombre des enfants atteints décroît déjà rapidement de un à cinq ans et devient très faible à partir de dix ans; d'après Ollivier (2), la mortalité de la rougeole à l'hôpital des Enfants-Malades de Paris a été en 1886 et 1887 de 54 pour 100 pour les enfants au-dessous de trois ans, de 38 pour 100 pour les enfants de trois à cinq ans, et de 10 pour 100 pour ceux de cinq à quinze ans.

Parmi les complications, celle qui enlève de beaucoup le plus d'enfants est la broncho-pneumonie, qui est presque toujours fatale dans la première année; dans l'épidémie de rougeole observée à Kiel en 1860, par Bartels, les complications pulmonaires ont donné une mor-

(1) Voy. Sevestre, *Études de clinique infantile*. Paris, 1890, p. 281, et Grez, *Thèse de Paris*, 1895.
(2) Ollivier, *Leçons clin. sur les mal. des enfants*. Paris, 1889, p. 348.

talité de 100 pour 100 pour la première année, de 39 pour 100 de un à cinq ans et 37, 5 pour 100 de cinq à dix ans.

La violence inusitée des prodromes, l'apparition d'accidents nerveux au début de la maladie sont peu inquiétants, si l'on a affaire à un sujet vigoureux et bien portant auparavant; presque toujours ces symptômes disparaissent dès que l'éruption est sortie. Chez de très jeunes enfants cependant, les convulsions de la période d'invasion peuvent entraîner la mort.

Quant aux formes malignes, heureusement fort rares, leur terminaison est presque toujours mortelle.

TRAITEMENT. — **Prophylaxie.** — Les mesures prophylactiques contre la rougeole consisteront dans l'isolement et la désinfection; mais, comme tous les individus sont presque fatalement destinés tôt ou tard à subir cette maladie, il est inutile de chercher à en préserver les enfants, lorsqu'ils sont doués d'une bonne constitution et que l'épidémie est bénigne. La séquestration se fait, d'ailleurs, presque toujours trop tard, c'est-à-dire après la période prodromique, dans laquelle la maladie est déjà contagieuse. On devra cependant chercher à éviter la contagion pour les très petits enfants, car à leur âge les complications pulmonaires sont plus à craindre, et pratiquer l'isolement dans les hôpitaux où la rougeole est plus grave, en isolant aussi les enfants qui ont été en contact avec un morbilleux (Sevestre).

La prophylaxie sera surtout indiquée contre les complications de la rougeole, particulièrement contre la broncho-pneumonie, qui, comme nous l'avons dit, est presque toujours d'origine infectieuse. Lorsqu'un enfant atteint de rougeole dans une salle d'hôpital paraît menacé de cette complication, il devra être rigoureusement isolé.

A l'hospice des Enfants-Assistés de Paris, tout enfant qui entre dans le pavillon des morbilleux reçoit un bain de sublimé à 1/15 000; s'il présente une plaie ou une inflammation suppurante de la peau, celle-ci est soigneusement désinfectée et recouverte d'un pansement occlusif; les cheveux sont tenus propres, les yeux lavés à l'eau boriquée et la bouche à l'eau bouillie, les oreilles sont soigneusement surveillées; le personnel est soumis à des mesures de désinfection et les salles sont fréquemment épurées. C'est grâce à ces précautions que la mortalité par la rougeole a été considérablement réduite dans cet établissement (1).

Thérapeutique. — Le traitement de la rougeole non compliquée doit consister avant tout dans une *hygiène* bien entendue. On pourvoira à une aération convenable en plaçant le petit malade dans une pièce spacieuse, à l'abri toutefois d'une lumière trop vive; on évitera l'encombrement en reléguant, si faire se peut, dans une autre chambre

(1) Grez, *loc. cit.*, p. 31.

les autres enfants; on ne craindra pas d'ouvrir les fenêtres plusieurs fois par jour. L'hygiène de la peau ne devra pas être oubliée; des lavages fréquents, du linge de corps propre, sont toujours bienfaisants, même pendant la période fébrile qui précède l'éruption. Les yeux, en particulier, doivent être lavés souvent à l'eau tiède pour les débarrasser des sécrétions glandulaires et pour diminuer la congestion de la conjonctive. Chez les petits enfants et chez ceux qui sont affaiblis, il est important de combattre l'hypostase pulmonaire par le décubitus latéral et le changement fréquent de l'attitude au lit. On continuera l'alimentation en l'adaptant au pouvoir digestif du petit malade pendant la fièvre.

Quant au traitement *médical* proprement dit, nous nous bornons en général à prescrire des boissons diaphorétiques chaudes, quelquefois additionnées d'un peu de cognac quand l'éruption tarde à se faire, et à ordonner des inhalations de vapeur contre la laryngite, quand elle est très prononcée; une cravate mouillée entourée de flanelle autour du cou est également utile dans ce dernier cas. La bronchite simple ne réclame une intervention spéciale que chez les petits enfants, parce qu'elle peut facilement déterminer de l'atélectasie du poumon, accident qui favorise singulièrement le développement de la broncho-pneumonie. Nous prescrivons alors l'ipécacuanha à dose vomitive et des badigeonnages de teinture d'iode sur la partie postérieure du thorax.

La fièvre ne nécessite une médication active que lorsqu'elle dépasse les limites normales ou détermine des accidents du côté du système nerveux, délire, convulsions ou stupeur. Les bains tièdes doivent ici avoir le pas sur tout autre antipyrétique. Si le malade tombe dans le coma, il ne faudra pas hésiter à ordonner des affusions froides, comme dans la scarlatine. Le bain froid a donné des succès remarquables dans certains cas de rougeole maligne (Dieulafoy, Juhel-Renoy) (1). Le meilleur traitement des convulsions fébriles consiste dans un bain tiède prolongé, accompagné d'affusions froides sur la tête.

On prescrira dans la rougeole hémorragique les préparations de quinquina, un vin généreux, la limonade citrique ou sulfurique et le perchlorure de fer liquide à la dose de quatre à cinq gouttes à donner toutes les deux heures dans un quart de verre d'eau sucrée.

Dans le cas de rougeole anomale à forme dyspnéique, dans laquelle l'éruption tarde à se faire ou sort mal, on appliquera des ventouses sèches ou scarifiées sur la poitrine. Parfois même, si l'enfant est vigoureux, on pratiquera une petite saignée. Un autre remède très utile en pareil cas est la *poudre de Dower* donnée à doses réfractées (de 0,05 à 0,20 suivant l'âge). On pourra joindre avec avantage à

(1) Juhel-Renoy, *Soc. méd. des hôp.*, 9 mai et 20 juin 189 0.

cette médication l'administration des stimulants diffusibles, l'acétate d'ammoniaque, le musc et l'alcool.

Le traitement des complications sera indiqué à propos de chacune d'elles.

Disons seulement à propos de l'otite que, quand il y aura suppuration du conduit auditif, on ne gênera l'écoulement par aucun pansement occlusif ; le conduit sera nettoyé plusieurs fois par jour avec un tampon imbibé d'une solution boriquée et séché avec l'ouate stérilisée ; dans l'intervalle des pansements un petit morceau de ouate imbibée de glycérine résorcinée à 2 pour 100 sera placé dans le conduit auditif.

Pendant la convalescence de la rougeole, on prendra soin de garantir l'enfant contre le froid, et, s'il est d'un tempérament débile ou paraît prédisposé à la phtisie, on cherchera à fortifier sa constitution et à prévenir autant que possible le développement de la tuberculose par un traitement tonique, l'usage de l'huile de foie de morue, une bonne alimentation et le séjour à la montagne ou au bord de la mer.

CHAPITRE III

RUBÉOLE.

La nature de la rubéole (*Rœtheln*) a été beaucoup discutée; quelques auteurs niaient la spécifité de cette affection et la considéraient comme une forme très légère de la rougeole. Actuellement la question n'est plus douteuse; nous avons eu nous-mêmes en 1881, en 1889 et en 1898, l'occasion d'observer trois épidémies de rubéole à Genève, et les cas que nous avons vus nous ont confirmés dans l'opinion qu'il s'agit d'une affection spécifique différente des autres fièvres éruptives.

Le principal argument en faveur de cette thèse, c'est le fait que la rubéole n'épargne pas les personnes préalablement atteintes de rougeole ou de scarlatine ; Rilliet, Rayer, Thore, l'ont observée chez des enfants qui avaient eu la rougeole, et, d'après les chiffres recueillis par Emminghaus (1), sur 145 individus atteints de rubéole, 58 avaient eu la rougeole et 10 au moins la scarlatine. D'autre part, la rubéole ne préserve ni de la rougeole, ni de la scarlatine.

ÉTIOLOGIE. — La *contagiosité* de la rubéole a été longtemps mise en doute ; niée par Guersant et Blache et par Bazin, elle est admise par Trousseau et Rilliet ; ce dernier a observé des cas où elle lui a paru évidente ; Roger et Damaschino (2) en ont constaté un exemple

(1) Emminghaus, *in* Gerhardt, *Handb. der Kinderkrankh.*, 1887, II, p. 334.
(2) Roger et Damaschino, Art. Roséole du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1877.

incontestable; Balfour cite un cas où la rubéole fut apportée d'Édimbourg par une femme et transmise à sa famille qui habitait hors de cette ville; Emminghaus rapporte plusieurs cas analogues. Des faits évidents de contagion se sont aussi montrés dans les épidémies que nous avons observées à Genève; cependant la contagiosité de la rubéole nous a paru inférieure à celle de la rougeole.

La rubéole s'observe souvent sous forme d'*épidémies*, tantôt circonscrites à un établissement, à une maison, comme dans les cas observés par von Nymann (1) dans le pensionnat des demoiselles nobles de Saint-Pétersbourg, tantôt étendues à une ville tout entière, comme dans les épidémies de Pavie et de Milan signalées par Frank, celle de Paris observée par Biett, celle d'Édimbourg étudiée par Balfour, celles de Genève (Rilliet), de Leipsig (Thomas), de Chicago (Rosswell Park), etc.; parfois même la rubéole peut envahir un pays tout entier. La durée de ces épidémies est très variable, et dans les grandes villes on a observé des cas sporadiques entre les épidémies.

La rubéole atteint surtout les enfants, de là son nom de *roséole infantile*; ce fait a été observé dans la plupart des épidémies : c'est ainsi que dans celle du pensionnat de Saint-Pétersbourg, qui renfermait 600 à 700 jeunes filles de neuf à vingt ans, la maladie atteignit 119 élèves, dont 109 étaient âgées de quinze ans ou moins (von Nymann). Sur 138 cas de rubéole recueillis par Emminghaus, 6 seulement sont relatifs à des adultes. Il en est de même pour les cas cités par Seitz (2). La rubéole est rare avant la première dentition, ce qu'on peut expliquer par le fait que les très petits enfants sont peu exposés par leur genre de vie aux affections contagieuses. Le sexe ne paraît jouer aucun rôle comme cause prédisposante.

Il est douteux qu'une première atteinte de rubéole protège contre les récidives.

DESCRIPTION. — L'apparition de la rubéole est précédée d'une période d'incubation qui serait comprise généralement entre 14 et 21 jours, mais qui est quelquefois un peu plus courte; elle n'a jamais dépassé 14 jours chez les malades de Balfour; elle a été en général de 14 jours dans les cas que nous avons observés à Genève ; dans ceux de Seitz, elle a été le plus souvent de 17 à 21 jours.

L'invasion est habituellement caractérisée par l'apparition de l'éruption qui survient d'emblée au milieu des apparences d'une bonne santé ; dans la plupart des cas, les prodromes sont nuls ou très légers ; quelquefois néanmoins l'exanthème est précédé de phénomènes qui durent de quelques heures à un ou deux jours et peuvent même exceptionnellement s'étendre à quatre jours (Lindwurm). Ces

(1) Nymann, *Oest. Jahrb. f. Pædiatrik*, 1873, p. 122.
(2) Seitz, *Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte*, 1890, p. 369.