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.

prodromes consistent dans un malaise accompagné d'une fièvre légère, de céphalalgie et de perte d'appétit; dans quelques cas on a observé du vertige et des défaillances, parfois des vomissements, et chez les petits enfants des convulsions; les malades ressentent un peu de chaleur dans les yeux, une légère douleur dans la gorge ; ils sont pris d'éternuements, d'enrouement, phénomènes qui rappellent le début de la rougeole.

Il est fréquent d'observer à cette période de la maladie ou même deux ou trois jours avant l'apparition de l'éruption, et pendant les premiers jours de celle-ci, une *tuméfaction des ganglions lymphatiques cervicaux*; cet engorgement peut même se limiter à un seul ganglion situé dans la région latérale du cou, sur le bord postérieur de l'un ou l'autre des sterno-mastoïdiens (Glover) (1). Dans quelques cas exceptionnels l'adénopathie était généralisée à tout le corps (Dupré) (2).

L'exanthème se montre d'abord à la face et au cou et s'étend de là au reste du corps; il apparaît sous la forme de petites taches rosées, de dimensions assez variables, tantôt grosses comme une tête d'épingle, tantôt plus considérables, arrondies, à bords irréguliers, légèrement saillantes et ressemblant à s'y méprendre aux taches de la rougeole ; elles sont rarement le siège d'un prurit de quelque intensité ; elles disparaissent sous la pression du doigt et deviennent d'une couleur plus vive sous l'influence de la chaleur du lit ; elles ne sont généralement pas confluentes et laissent entre elles des intervalles de peau saine ; elles s'accompagnent souvent à la face d'un peu de turgescence de la peau.

La forme de l'éruption peut être du reste assez variable d'une épidémie à l'autre et, dans une même épidémie, tous les cas ne se ressemblent pas. Ce fait signalé par la plupart des auteurs s'est encore montré dans les cas que nous avons pu observer. Il arrive même souvent que, sur le même enfant, l'apparence des taches varie suivant les régions du corps : c'est ainsi qu'au visage on peut observer une éruption morbilliforme bien caractérisée, tandis que, sur les membres, la rougeur est plus diffuse et rappelle l'exanthème de la scarlatine.

L'éruption ne reste pas toujours limitée à la surface cutanée et peut atteindre les muqueuses, particulièrement celle de la gorge ; le fait a été souvent nié et on a longtemps affirmé que ce qui distinguait la rubéole de la rougeole, c'était l'absence absolue de phénomènes du côté des muqueuses ; mais des observations nombreuses établissent que l'exanthème de la peau peut s'accompagner d'une éruption ponctuée du voile du palais analogue à celle de la rougeole. D'après von Nymann, cette éruption ne manquerait même presque jamais ; nous l'avons observée dans un cas où la rubéole était évidente,

(1) Glover, *Lancet*, 1886, I, p. 783.
(2) Dupré, *Bull. de la Soc. clin. de Paris*, 1886.

mais nous en avons constaté l'absence dans d'autres cas. Quelquefois il survient en même temps un peu d'angine ; il est rare d'observer un catarrhe bronchique ou laryngé, et ces phénomènes n'atteignent jamais la même intensité que dans la rougeole.

La durée moyenne de l'éruption est de trois ou quatre jours ; elle peut même n'être que d'un seul jour. Sa marche est généralement plus rapide et son extension moins régulière que celles de la rougeole. Dans quelques cas, elle a déjà disparu à la face quand elle apparaît sur le reste du corps. Le plus souvent elle atteint son maximum le second jour et commence à pâlir le troisième jour pour disparaître les jours suivants.

Dans un grand nombre de cas, l'évolution de la rubéole est tout à fait *apyrétique* ; le thermomètre ne permet de constater aucune élévation de la température, l'enfant ne ressent presque aucun malaise et peut vaquer à ses occupations habituelles. La fièvre a manqué dans près de la moitié des cas observés par von Nymann. D'autres fois la maladie s'accompagne d'un mouvement fébrile très léger. Exceptionnellement cependant on a vu la température s'élever à 40 degrés, mais cette exacerbation est tout à fait passagère.

La durée totale de la maladie dépasse rarement quatre à cinq jours, elle peut atteindre au plus une semaine ; quelquefois elle est tout à fait éphémère. Elle disparaît le plus souvent sans laisser de traces, parfois cependant elle est suivie d'une légère desquamation de l'épiderme.

La rubéole ne présente guère de complications; signalons néanmoins l'*urticaire*, mentionnée par Seitz et par d'autres. L'un de nous (1) a eu l'occasion d'observer chez un petit garçon de quatre ans, qui venait d'avoir la rubéole, des plaques d'urticaire, puis une tuméfaction rouge et dure, d'abord de la cuisse, puis du mollet (urticaire géante), qui s'accompagna de la production de quelques phlyctènes. Ces accidents se dissipèrent rapidement par le repos au lit.

DIAGNOSTIC. — Lorsque la rubéole est apyrétique et ne présente pas de phénomènes du côté des muqueuses, elle est facile à distinguer de la *rougeole*; mais, lorsqu'elle s'accompagne de fièvre, de coryza, de rougeur des conjonctives et surtout d'une éruption ponctuée dans le fond de la gorge, le diagnostic est presque impossible, et on ne sera fondé à admettre la rubéole que si cette maladie règne épidémiquement ou si elle survient chez un individu précédemment atteint de la rougeole. L'adénopathie cervicale est cependant un signe de présomption en faveur de la rubéole et nous connaissons des cas où l'apparition de ce symptôme a permis d'annoncer d'avance l'éruption rubéolique.

(1) Picot, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1889, p. 438.

Le diagnostic avec la *scarlatine* est plus facile ; il sera fondé sur l'absence de rougeur de la langue, le peu d'intensité de l'angine et du mouvement fébrile lorsqu'ils existent, et l'absence ou le peu d'étendue de la desquamation ; la forme de l'éruption est aussi assez différente dans les deux maladies ; cependant, sur quelques points de la peau et dans quelques cas isolés, l'éruption rubéolique se rapproche plus de celle de la scarlatine que de celle de la rougeole.

La rubéole se distingue des diverses variétés d'*érythème* par la petitesse et l'absence de saillie des plaques. Quant au diagnostic entre la rubéole et les *roséoles secondaires* ou *artificielles*, il se fondera principalement sur les commémoratifs.

PRONOSTIC. — Le pronostic de la rubéole est toujours des plus bénins ; la maladie est de courte durée, ne cause souvent aucun malaise et guérit toujours sans laisser de suite fâcheuse (1).

TRAITEMENT. — Dans la plupart des cas, la rubéole ne réclame aucune intervention thérapeutique ; si elle s'accompagne de fièvre, on prescrira une boisson diaphorétique et le repos au lit.

CHAPITRE IV

VARIOLE.

La variole, autrefois très fréquente et très redoutée dans le jeune âge, s'y observe moins souvent depuis que la pratique de la vaccine s'est généralisée, et elle ne s'y montre habituellement que sous la forme atténuée connue sous le nom de *varioloïde* ; comme elle ne présente chez l'enfant, dans l'ensemble de son histoire, rien qui la distingue de ce qu'elle est chez l'adulte, nous n'en donnerons qu'une description succincte.

ÉTIOLOGIE. — La variole n'a qu'une cause connue, la *contagion*, qui peut être immédiate ou médiate, et paraît surtout s'exercer pendant la période de la suppuration et celle de la décrustation. La variole est inoculable ; elle sévit surtout par épidémies. Elle atteint les enfants de tout âge, même le nourrisson et le fœtus pendant la vie intra-utérine. Lorsqu'un enfant naît d'une mère varioleuse, il peut

(1) Nous savons qu'une forme grave de la rubéole pouvant se compliquer de pneumonie et d'accidents de croup a été décrite principalement par les auteurs anglais (voy. : Balfour, *Edinb. med. Journ.*, fév. 1857, et la discussion du Congrès internat. de méd. de Londres en 1881, vol. IV, p. 434) ; nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer de cas de cette nature, et nous doutons qu'il s'agisse de la même maladie.

arriver au monde déjà couvert de pustules, mais le plus souvent la maladie n'éclate que du sixième au neuvième jour après la naissance (Bednar). Les récidives de la variole sont exceptionnelles.

DESCRIPTION. — **Incubation.** — La période d'incubation de la variole spontanée est de douze à quinze jours (Laboulbène) ; celle de la variole inoculée n'est que de sept à onze jours.

Invasion. — La maladie s'annonce par des frissons, des nausées, des vomissements, par une fièvre vive qui peut atteindre et même dépasser 40°, par de la courbature et de la rachialgie lombaire. Ce dernier symptôme manque très rarement, mais son intensité est assez variable ; il s'accompagne parfois d'une douleur à l'épigastre. En même temps, on observe de la céphalalgie, de l'agitation, quelquefois de la somnolence, du délire, plus rarement des convulsions, qui chez les très jeunes enfants peuvent revêtir une grande intensité et causer la mort dès le début de la maladie. La constipation est la règle, moins cependant chez les enfants que chez les adultes. Chez les nourrissons, le refus de teter est souvent le premier indice de la variole.

Éruption. — L'éruption se montre le troisième jour, quelquefois le second jour ; quand elle est retardée jusqu'au 4e, 5e, 6e, ou même jusqu'au 7e jour, ce qui est rare, elle n'est jamais confluente. Elle peut être précédée d'une poussée exanthématique simulant celle de la scarlatine, plus rarement celle de la rougeole et exceptionnellement celle de l'herpès ou de l'urticaire. Cette éruption prodromale, connue sous le nom de *rash*, apparaît en général dans le cours du second jour ; tantôt elle est générale, tantôt elle est limitée à une certaine région telle que le bas-ventre, les cuisses, le dos des mains et l'avant-bras, le cou-de-pied. Le rash variolique s'observe plus souvent dans la varioloïde que dans la variole légitime ; il n'est donc pas habituellement d'un pronostic fâcheux (Trousseau, Curschmann) ; néanmoins, s'il prend sur une large surface une teinte purpurique, on doit redouter l'apparition d'une variole hémorragique.

L'éruption variolique proprement dite débute par la face, puis s'étend au tronc et aux membres ; chez les très jeunes enfants, elle peut se montrer en premier lieu aux fesses et au pli de l'aine. Elle apparaît sous forme de petites taches rouges, arrondies, qui deviennent rapidement papuleuses, puis au bout d'un à deux jours, se transforment en vésicules d'un blanc mat, entourées d'une auréole rouge ; ces vésicules s'ombiliquent du second au quatrième jour de l'éruption, deviennent pustuleuses et commencent à se dessécher du sixième au neuvième jour.

Le nombre des pustules est très variable ; suivant leur abondance, l'éruption est dite *discrète*, en *corymbes*, *cohérente*, ou *confluente*. Dans les varioles discrètes, les pustules sont disséminées et parfois