

de la *laryngite striduleuse* qui constitue parfois le premier accident de la maladie.

Dès le deuxième jour, l'ensemble de ces signes, le gonflement et la rougeur des yeux, le suintement du nez, le boursofflement de la face et des lèvres, la rougeur des joues, sont caractéristiques.

La langue n'a rien de spécial : elle est blanche et saburrale, allongée, rouge sur les bords, où les papilles sont gonflées et saillantes; la muqueuse buccale et les gencives sont rouges, quelquefois recouvertes d'un enduit épithélial opalin, constituant d'après Comby, une véritable *stomatite érythémato-pultacée*; la rougeur est plus forte en arrière; elle forme sur le voile et la partie postérieure de la voûte un piqueté fin; le pharynx est uniformément rouge dans ses parties antérieures. Tel est l'*évanthème*, qu'il ne faut pas confondre avec l'angine; il précède presque toujours de quelques heures, parfois de 2 ou 3 jours, l'éruption cutanée, et permet alors de porter un diagnostic précoce; mais il n'est pas constant, il manque souvent dans les rougeoles à éruption discrète et chez les cachectiques.

A ces signes Koplik a dernièrement (1896) ajouté un autre; il est caractérisé par l'apparition sur la muqueuse des joues, des lèvres ou de la langue, de petites taches blanches ou blanc bleuâtres, légèrement surélevées, entourées d'une zone rouge; elles sont au nombre de 6 à 20, ont un diamètre de 2 à 6 millimètres, résistent au frottement, mais se laissent enlever par la pince; elles sont formées de cellules épithéliales graisseuses. Elles apparaissent du 1<sup>er</sup> au 2<sup>e</sup> jour des prodromes, augmentent les premiers jours et disparaissent avec l'éruption cutanée. Cet aspect est, à coup sûr, plus caractéristique que la stomatite de Comby.

Quelquefois il existe une véritable *angine*; une sécrétion visqueuse couvre le pharynx et se mêle au pus qui coule des narines postérieures dans le pharynx; il existe un peu d'engorgement ganglionnaire; mais la dysphagie est très modérée; c'est plutôt une sensation d'ardeur qu'une douleur et jamais elle n'atteint l'intensité de celle de la scarlatine. MM. Dieulafoy, Carjaval ont signalé l'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire dès les premiers jours, et même avant l'invasion.

Malgré la toux, l'*auscultation pulmonaire* ne révèle rien ou à peine quelques râles sibilants et un peu de rudesse au niveau des grosses bronches.

La soif est toujours vive; rarement on observe des *vomissements*, ils sont seulement alimentaires et ne reparissent pas après le deuxième jour. La *diarrhée* coïncide parfois avec une fièvre intense, mais elle ne dure pas, et c'est un phénomène anormal.

L'enfant, tourmenté par la soif et la toux, dort mal; il est agité et se plaint souvent; les *troubles nerveux* atteignent rarement une grande intensité, le délire est rare; les *convulsions* n'apparaissent que chez de tout jeunes enfants ou chez des sujets nerveux héréditaires, elles sont éphémères et n'ont généralement pas de gravité (Trousseau).

Bolognini décrit à cette période un *froissement péritonéal* particulier que l'on perçoit par palpation de l'abdomen et qu'il attribue au développement de l'*évanthème* sur la séreuse. Il s'agit plutôt de crépitations fines produites dans l'intestin; car il existe presque toujours dans ce cas de la diarrhée spumeuse.

On a signalé aussi, comme pour la variole et la varicelle, l'apparition de *rash*

d'aspect variable, scarlatiniformes, ortiés, morbilliformes, miliaires, survenant au 2<sup>e</sup> jour et disparaissant avant l'éruption.

L'invasion de la rougeole est la plus longue de toutes les fièvres éruptives; elle dure en effet de 3 à 5 jours. Trousseau signale même une durée plus longue (6 à 8 jours), en dehors de toute complication appréciable.

Il importe d'ajouter que cette période est parfois silencieuse et que l'éruption apparaît alors sans aucun phénomène objectif prémonitoire.

La fièvre présente pendant ce temps une marche assez irrégulière, sur laquelle nous reviendrons plus loin.

2<sup>e</sup> PÉRIODE D'ÉRUPTION. — L'exanthème apparaît généralement la nuit; il s'accompagne d'une élévation nouvelle de la température et d'un plus grand malaise; il commence sur le front, à la racine des cheveux, surtout en arrière des oreilles, au cou, et presque en même temps sur les joues et la partie inférieure de la face. Il se présente d'abord sous l'aspect d'un piqueté fin; puis, en

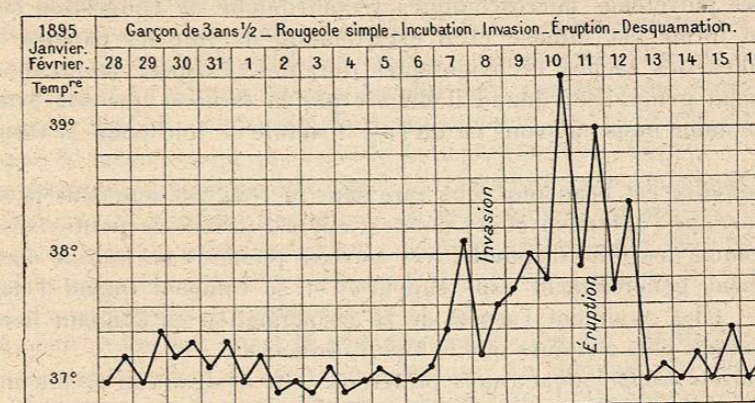


FIG. 24 (d'après Comby).

quelques heures, il prend, là comme partout, son aspect définitif : ce sont des taches roses, irrégulières, déchiquetées, quelquefois en croissant; d'abord très étroites, puis plus larges, elles s'unissent à leurs voisines pour former des plaques d'aspect variable, mais laissent cependant toujours des intervalles de peau saine; elles donnent au doigt la sensation très légère d'élevures plates; la rougeur s'efface sous la pression du doigt, mais reparait très rapidement.

Le *développement* de l'exanthème se fait assez régulièrement de haut en bas; il atteint les membres supérieurs avant les inférieurs, et ceux-ci seulement au deuxième jour; il est généralement *complet* à la fin du deuxième jour. L'*intensité* de l'éruption n'est pas la même partout; car chaque élément éruptif commence à s'atténuer au bout d'environ 24 heures, et les taches de la face sont déjà plus pâles, quand celles des jambes ont tout leur éclat. Elle est plus vive et plus rouge à la face (vascularité plus grande), plus pâle aux extrémités, terne et sombre dans le dos (décubitus dorsal).

Dans certaines régions, particulièrement aux cuisses, dans le dos, les macules se réunissent de façon à former de larges plaques d'une teinte uniforme, qui, considérées séparément, simulent la scarlatine; mais à leur limite, on retrouve des surfaces de peau saine, et elles se terminent brusquement par un contour déchiqueté.



L'éruption décroît à partir du troisième jour; les taches pâlisent, mais elles ne disparaissent plus à la pression, comme si la congestion laissait dans la peau les produits de transformation de l'hémoglobine; puis elles passent par les teintes successives: bleu terne, brun cuivré; enfin elles disparaissent. En 4 ou 5 jours, 7 au plus, l'évolution de l'exanthème est terminée.

*Variétés de l'éruption.* — L'éruption peut présenter quelques variétés sans rapport constant avec la forme générale de la maladie ni avec son évolution.

1<sup>o</sup> *Variétés dans l'aspect.* — (a) Dans la variété *boutonneuse*, les taches forment une saillie papuleuse au centre; quelquefois il y a sur une même tache plusieurs papules, serrées les unes contre les autres; on y distingue aussi, surtout à la loupe, de petites élevures transparentes qui correspondent aux phlyctènes décrites par M. Catrin (voir *Anatomie pathologique*); on a attribué l'aspect boutonneux à la saillie des bulbes pileux produite par une congestion intense; les phlyctènes microscopiques y contribuent; la congestion cutanée dans cette forme est intense et il est commun de voir les papules laisser derrière elles des taches ecchymotiques durables. L'aspect boutonneux est ordinairement généralisé; quand il débute par la face, et que son évolution est lente, comme nous en avons vu un cas, il simule de tout point la varioloïde au début.

(b) La *miliaire* est beaucoup plus rare dans la rougeole que dans la scarlatine; elle occupe l'abdomen et les cuisses; elle est formée de petites vésicules grosses comme des têtes d'épingle, très serrées, pleines d'un liquide clair, qui se dessèchent généralement sans suppurer et se rompent quand l'éruption est éteinte; elles modifient l'aspect de la desquamation en donnant lieu à de petites squames plus étendues que le furfur ordinaire.

(c) La variété *ecchymotique* (nous préférons cette désignation à celle de *purpurique* qui suppose un état général grave), accompagne souvent la rougeole boutonneuse; toutefois la teinte ecchymotique n'est réalisée que sur le tronc et les membres. Quelquefois elle est due à l'état cachectique de l'enfant, mais alors elle se localise aux parties déclives (dos et fesses); enfin, elle est réalisée par la coïncidence de la coqueluche (Marcel Labbé, Rouger). Les macules ecchymotiques ont une durée plus longue que dans la forme ordinaire, et il est fréquent d'en retrouver les traces au bout de 10 et 15 jours sous forme de taches brunes et pigmentées. Il est important de séparer cette variété de la forme hémorragique.

(d) Il faut distinguer la miliaire des *éruptions sudorales* qui apparaissent avant l'exanthème morbilleux chez les nourrissons (Trousseau); cette éruption artificielle est provoquée par la fièvre prodromique et par l'habitude nuisible de couvrir outre mesure le morbilleux. Cette roséole sudorale est formée de petits éléments arrondis, rose clair, qui dominent sur l'abdomen et le dos.

2<sup>o</sup> *Variétés dans l'intensité.* — (a) Quand l'éruption est très confluyente, les macules arrivent à se confondre de façon à simuler des plaques de scarlatine et, plus exactement, la coïncidence des deux fièvres éruptives.

(b) Chez les enfants cachectiques (tuberculeux, syphilitiques, brightiques, rachitiques), l'éruption est extrêmement discrète; les éléments sont rares, très petits, à peine teintés en rose clair.

(c) Enfin il y aurait des cas où l'éruption fait défaut (*morbilli sine morbillis*).

3<sup>o</sup> *Variétés dans l'évolution.* — (a) Généralement l'éruption se fait en une poussée progressive de 24 ou 36 heures. Dans quelques rares cas, elle évolue en plusieurs fois et on voit par exemple deux éruptions successives, l'une complétant l'autre; ce qu'il ne faut pas confondre avec la rechute.

(b) L'anomalie peut porter encore sur la *topographie*; c'est ainsi que les premiers éléments apparaissent au tronc, aux membres, aux aines; et la face n'est atteinte que secondairement.

(c) Enfin il existe des effacements, des *rétrocessions* de l'exanthème. Tantôt, il s'agit d'une disparition simplement précoce, et, sans autre suite, le malade guérit; tantôt au contraire cette rétrocession se produit sous l'influence d'une complication viscérale; c'est toujours un mauvais symptôme.

Pendant l'éruption, le catarrhe morbilleux augmente, les conjonctives gonflent encore, et la photophobie s'accroît. L'écoulement du nez devient purulent, et excorie parfois la lèvre supérieure. Le catarrhe laryngé se manifeste par la toux plus rauque, souvent plus étouffée qu'au début, et par l'enrouement. Au laryngoscope, on peut voir, dans les cas simples, une rougeur diffuse de la muqueuse laryngée, sauf au niveau des cordes qui sont jaunâtres ou jaune-rougeâtres (Smedeler, Tobold); il n'existe donc pas, comme on l'avait cru, une éruption laryngée de même aspect que celle de la peau (Gerhardt, Coyne).

Il existe toujours un certain degré de bronchite; elle se manifeste par des râles sonores et humides disséminés ou prédominant en arrière. L'expectoration, chez l'adulte, est d'abord filante et visqueuse, puis elle devient purulente; quand la bronchite s'améliore, les crachats prennent parfois le caractère nummulaire comme ceux des tuberculeux.

L'appétit reste nul, mais la soif augmente; elle est continuelle, insatiable chez les enfants dont la fièvre est intense. La diarrhée est un phénomène assez fréquent chez les enfants, au premier jour de l'éruption ou plus tard, à son déclin; elle est d'abondance variable (de 2 à 8 selles par jour), séreuse ou glaireuse, d'odeur infecte.

Les ganglions superficiels sont aussi le plus souvent augmentés de volume et durs, mais toujours indolents, sauf quand ils sont au voisinage d'une lésion cutanée ou muqueuse; et il est exagéré de considérer cela comme une adénopathie. M. Marfan la compare à l'adénopathie de la roséole syphilitique.

L'albuminurie n'est pas fréquente; elle a été signalée, chez les adultes surtout, au début de l'éruption (Parkes, Brown, Gübler). Nous l'avons constatée assez fréquemment chez l'enfant, mais presque toujours dans des cas compliqués de tuberculose, coqueluche, diarrhée, broncho-pneumonie, stomatite ulcéreuse; elle est toujours peu abondante.

La *peptonurie* a été signalée par Loeb<sup>(1)</sup>; on observe l'*acétonurie* (Petters, Kaulich, Jacksh, Frerichs, Talamon), surtout quand il y a des complications intestinales; elle s'accompagne quelquefois d'une odeur aigrelette de l'haleine rappelant celle du chloroforme ou des pommes mûres; dans quelques cas, des accidents cérébraux apparaissent.

(1) LOEB (Propeptonurie, ein häufiger Befund bei Masern. *Centralb. f. klin. Med.*, 1889, n° 15) a trouvé 9 fois sur 12 morbilleux de la propeptone dans l'urine; l'addition goutte à goutte d'acide nitrique dans l'urine produit un précipité blanc qui se dissout par l'ébullition ou l'addition d'un surplus d'acide; ce précipité reparait par le refroidissement; le chlorure de sodium agit de même. La propeptonurie se manifeste au début ou au moment de la défervescence.



Les symptômes généraux sont en rapport avec l'intensité de la fièvre; ils se bornent à l'agitation nocturne; pendant le jour, au contraire, le malade est somnolent. Puis le malaise s'atténue avec l'éruption; le sommeil devient plus calme, l'appétit reparait rapidement; seule la bronchite persiste encore quelques jours, plus longtemps chez les sujets prédisposés, avec une expectoration souvent très abondante chez l'adulte.

La durée de cette période est de 5 à 6 jours.

3<sup>e</sup> PÉRIODE, DESQUAMATION DE CONVALESCENCE. — La desquamation commence ordinairement du 6<sup>e</sup> au 7<sup>e</sup> jour de l'éruption; le plus souvent limitée à la face, au cou et à la ceinture, elle est formée de petites lamelles furfuracées qui donnent à la peau un aspect farineux; elle peut faire complètement défaut.

La convalescence est remarquablement rapide, quand la maladie n'a pas été compliquée; on ne constate, en effet, ni déperdition des forces, ni amaigrissement; le malade demande à se lever avant que le catarrhe bronchique ait disparu.

FIÈVRE. — Le *pouls*, dans les cas simples, dépasse rarement 90 chez l'adulte et 140 chez les enfants, il présente sa plus grande accélération le jour du début de l'éruption :

1<sup>o</sup> Pendant l'*invasion*, la fièvre présente une marche assez irrégulière : elle peut même disparaître complètement pendant un ou deux jours, au point que l'on croit le malade guéri, quand tout à coup l'éruption apparait.

La *fièvre prodromale* commence dès l'apparition du premier symptôme d'invasion; elle peut atteindre dès le premier jour le maximum de cette période 39°, 39°,8, rarement 40° en dehors des formes anormales; puis son évolution varie :

(a) Le plus souvent elle affecte le *type rémittent irrégulier* (Cadet de Gassicourt, Ziemssen et Krabler), oscillant entre 37°,5 et 38°,7; dans ce type, les températures vespérales vont généralement en montant jusqu'à l'éruption.

(b) Le *type intermittent* (Cadet de Gassicourt) est plus rare.

(c) Dans un troisième type, des *interruptions* se produisent, le deuxième, troisième ou quatrième jour, et l'apyrexie dure 24 ou 36 heures (Cadet de Gassicourt).

2<sup>o</sup> *Période d'éruption*. — Quelle qu'ait été la marche antérieure, la température se relève avec l'éruption (39°, 40°, 41°), dépassant celle du soir précédent; elle n'atteint généralement son maximum que lorsque l'éruption a atteint son plus grand développement. Pendant l'éruption, elle oscille légèrement, puis descend quand celle-ci disparaît; elle atteint la normale deux, trois ou cinq jours après le maximum, soit progressivement (*lysis*), soit brusquement par une véritable crise; quand la crise est très rapide, il se produit quelquefois des sueurs, du collapsus. Si la bronchite offre quelque intensité, ou si simplement le malade est soigné dans un service d'hôpital encombré, la fièvre se prolonge plus longtemps.

La courbe de la rougeole peut monter aussi haut et même plus haut que celle de la scarlatine normale; mais elle est plus courte.

**Rougeole anormale.** — ANOMALIES D'INVASION. — La période d'invasion peut se prolonger; Trousseau signale des cas où l'éruption n'apparut qu'après 6 ou

8 jours de malaises et de fièvre. Souvent, au contraire, la période prodromique passe presque inaperçue et l'éruption paraît d'emblée.

ANOMALIES D'ÉRUPTION. — Outre les variétés de l'exanthème, indépendantes de l'état général et de l'évolution de la maladie, il est des cas où l'anomalie éruptive correspond à une irrégularité dans la marche de la maladie.

A ce point de vue on distingue deux ordres de formes :

A. FORMES BÉNIGNES. — 1<sup>o</sup> *Formes frustes*. — (a) La *rougeole sans éruption* s'observe dans quelques épidémies (Sydenham, Trousseau, Blache, Rilliet et Barthez); Embden dit en avoir vu jusqu'à 20 cas dans une épidémie; on pourrait croire qu'en pareil cas l'éruption a été simplement très éphémère; mais cette hypothèse n'est pas acceptable, parce que, si peu marquée qu'elle soit, la tache morbilleuse laisse toujours, pendant quelque temps, des traces atténuées mais bien visibles; telle est du moins l'argumentation des auteurs qui admettent cette forme. Elle se caractérise par du catarrhe, de la fièvre, de la bronchite, un état gastrique; c'est, en somme, tout l'aspect d'une fièvre catarrhale, d'une grippe légère; mais le malade garde l'immunité à l'égard de la rougeole. Seitz a observé, après un catarrhe analogue à celui de la rougeole, une desquamation furfuracée (d'Espine).

(b) *Rougeole sans catarrhe* (Thomas). — Je crois, avec Sanné et d'Espine, que, dans la plupart des cas, il s'agit d'une roséole; en tout cas, le diagnostic n'est possible que si on l'observe dans le cours d'une épidémie, sur un sujet qui a été exposé à la contagion, et dans les limites de l'incubation normale de la rougeole.

(c) La *rougeole atténuée* ne mérite pas une description à part.

2<sup>o</sup> *Forme abortive*. — Après une période d'invasion régulière, l'éruption bien constituée disparaît très rapidement, en même temps que les autres symptômes s'effacent; et au cinquième ou sixième jour, le malade entre en convalescence (d'Espine).

B. FORMES GRAVES ET MALIGNES; FORMES SEPTICÉMIQUES. — Il est un symptôme commun à toutes les formes malignes : c'est le trouble apporté dans l'exanthème; quand la gravité est établie dès le début, il est pâle ou sombre, à demi effacé; quand elle est plus tardive, il se produit un effacement de l'éruption, une *rétrocession*; on a longtemps attribué la gravité de certaines rougeoles à ce phénomène, l'éruption se portant dans la profondeur, interprétation inexacte d'un fait vrai, car l'effacement de l'éruption est le résultat de la complication et de la congestion viscérale qu'elle entraîne (fluxion réulsive de Jaccoud).

1<sup>o</sup> *Forme nerveuse ou ataxo-dynamique*. — Les accidents apparaissent généralement avec l'éruption. Dans le premier cas, l'invasion a été normale, mais l'éruption se fait incomplètement, ou si elle a apparue, elle tend à s'effacer; le pouls et la respiration présentent une accélération excessive (160 pulsations, 60 à 80 respirations); la sécheresse de la langue, la prostration, l'agitation, les soubresauts tendineux réalisent l'aspect typhoïde; l'urine est rare ou nulle; la température monte à 40 ou 40°,5 sans rémission sérieuse; la peau est sèche et brûlante; le délire prend parfois une grande violence; les convulsions se voient chez les tout jeunes enfants et se répètent pendant plusieurs heures;



bientôt apparaît le coma; le malade succombe au troisième ou quatrième jour de l'éruption, si une balnéothérapie énergique et bien conduite n'a pas enrayé la maladie. Si le traitement est efficace, l'agitation tombe, le sommeil reparait, la peau devient moite, l'éruption se colore et, phénomène très favorable, la diurèse se rétablit; la maladie reprend alors son cours normal.

Parfois les accidents sont plus tardifs et, après une invasion et une éruption tout à fait normales, le délire apparaît, l'éruption pâlit, le gonflement de la face s'affaisse, les traits s'altèrent, la température monte rapidement et le malade succombe en quelques heures dans le coma (Chédevergne).

2° *Forme pulmonaire ou suffocante.* — Cette forme est bien distincte de la rougeole compliquée de broncho-pneumonie; elle s'observe dans certaines épidémies, particulièrement dans les hospices d'enfants assistés et dans l'armée, où on l'a décrite sous le nom de *rougeole des bronches*, de *bronchite capillaire épidémique* (Laveran). Dès le début, c'est-à-dire avant l'éruption ou en même temps qu'elle, le malade est pris d'une dyspnée violente, de cyanose; il tousse fréquemment, et bientôt l'adulte rend des crachats spumeux abondants; l'auscultation ne révèle d'abord que de la faiblesse du murmure, puis des râles très fins disséminés dans toute l'étendue des deux poumons; l'éruption est avortée. Dans la plupart des cas, le malade succombe asphyxié ou dans une syncope (adulte), avec tous les signes d'une bronchite capillaire totale.

3° La *forme hémorragique*, fréquente autrefois (*rougeole noire* de Willan), est devenue très rare. Existe-t-elle? C'est ce dont on peut douter. Elle s'observerait chez les gens affaiblis par la misère ou cachectiques.

L'éruption dans cette forme sort mal et est pâle; elle n'a donc rien de commun avec la variété ecchymotique décrite plus haut.

4° *Rougeole secondaire.* — Quand la rougeole atteint un sujet déjà malade, tuberculeux, cachectique ou affaibli par une fièvre typhoïde, une diphtérie, comme cela est si fréquent à l'hôpital, elle prend une marche irrégulière; l'invasion atténuée passe inaperçue, l'éruption est terne ou incomplète, parfois purpurique; la fièvre est toujours très violente, les vomissements et la diarrhée manquent rarement, la broncho-pneumonie chez les enfants est la règle; la température est très élevée et n'a pas de rémission; les convulsions sont fréquentes; enfin la diphtérie se développe facilement sur l'angine toujours intense en pareil cas, et la fréquence de la mort a valu à cette forme le nom de *rougeole terminale*.

**Rechute de la rougeole.** — La rechute est caractérisée par l'apparition d'un nouveau complexus symptomatique (exanthème et phénomènes généraux) dans le cours de la première atteinte ou pendant la convalescence, c'est-à-dire pendant une période où l'immunité est ordinairement certaine. Niée par Rosen, Panum, Willan, elle est admise par Valleix, Henoch, Bohn, Sanné. Luzet nie la rechute et cherche à expliquer les faits qu'il a observés, par une erreur de diagnostic, à l'une des atteintes; et, en effet, j'ai souvent vu dans les services d'isolement, des enfants admis avec le diagnostic de rougeole contracter la maladie pendant leur séjour; mais alors, c'est toujours 14 jours après l'entrée qu'apparaît l'éruption, l'enfant s'infectant immédiatement dans un milieu aussi virulent; en pareil cas, il est certain que la première éruption était une roséole ou une rubéole, ou une éruption toxique médicamenteuse ou sudorale.

Mais il est des cas où la seconde éruption se montre après une période intercalaire de 7 jours, 8 jours (Sevestre), 18 jours (Kraus), 27 jours, 40 jours (Chauffard et Lemoine). L'intervalle est donc des plus variables. Chauffard et Lemoine ont observé 11 faits de rechute en 5 mois, au printemps; aucun ne présenta de gravité. Béchère a cherché à expliquer ces faits par la coexistence de deux épidémies de rougeole et rubéole; mais les deux poussées ont été tellement identiques que toute distinction était impossible. De plus, si l'une ou l'autre des éruptions avait été une rubéole, elle eût atteint aussi des sujets déjà infectés autrefois par la rougeole; or, tous les sujets immunisés anciennement ont été respectés par cette épidémie.

Les rechutes se voient généralement dans des milieux encombrés, et je pense, avec Chauffard et Lemoine, que les sujets insuffisamment immunisés par la première poussée se réinfectent dans le milieu épidémique.

**Complications.** — Chaque période a ses complications: à l'invasion appartiennent l'épistaxis, la laryngite striduleuse, les convulsions, complications généralement bénignes; très rarement les accidents broncho-pulmonaires précèdent l'éruption.

À l'éruption, au contraire, se lient des accidents graves comme la bronchite capillaire, la broncho-pneumonie et la congestion pulmonaire, le croup, l'otite, la conjonctivite purulente, les ulcérations, les gangrènes.

Dans la convalescence, enfin, apparaissent des troubles profonds et souvent définitifs, tels que les adénopathies, la scrofule, la tuberculose jusque-là latentes, les paralysies. Ce sont les *suites* de la maladie.

La fréquence des complications est dominée par deux facteurs: l'âge et les conditions hygiéniques. Au-dessous de 5 ans, en effet, la rougeole à l'hôpital est bien rarement simple; on peut expliquer ce fait par la moins grande résistance de l'enfant à l'infection, mais surtout parce que sa faiblesse musculaire, son abattement plus profond et la difficulté qu'il a à se mouvoir, l'empêchent d'évacuer les sécrétions de sa gorge et de ses bronches, et par cela même facilitent l'accumulation des micro-organismes et le développement des infections secondaires.

Les conditions hygiéniques agissent autrement: le morbillieux n'a pas de pires ennemis que l'encombrement et la malpropreté; à l'hôpital, la complication est la règle dans les services où les morbillieux sont accumulés; les dangers de l'encombrement s'expliquent par la contagion directe ou indirecte des infections secondaires.

De même, le défaut de soins et le nettoyage insuffisant des cavités ouvertes (bouche, nez, vulve), en permettant l'accumulation des produits de sécrétion, favorisent la multiplication des micro-organismes (pneumocoque, streptocoque, bacille de Löffler) qui créent, en pénétrant dans les bronches ou dans les muqueuses, les ulcérations, la broncho-pneumonie, la diphtérie, etc.

Le froid, auquel on faisait jouer autrefois un rôle considérable dans la genèse des accidents inflammatoires, n'a qu'une importance très secondaire.