

A. — COMPLICATIONS PROPRES A LA ROUGEOLE

Appareil respiratoire. — 1° LARYNGITES. — Anatomiquement, la laryngite est *catarrhale, ulcéreuse* ou *pseudo-membraneuse*; cliniquement, elle revêt les formes suivantes : *laryngite striduleuse, laryngite grave* et *croup*.

(a) *Laryngite striduleuse.* — L'accès, qui ne se distingue en rien des accès vulgaires, apparaît la nuit au début de l'invasion, très rarement plus tard, pendant la convalescence (Rilliet et Barthez, Bourdon et Blache); il est le plus souvent unique et guérit sans autre suite que la raucité de la voix; il est rare qu'on soit obligé de recourir à la trachéotomie.

(b) La *laryngite grave* correspond le plus souvent aux lésions ulcéreuses; précédée des symptômes de catarrhe laryngé simple, elle se manifeste dès l'éruption, par la raucité extrême de la voix, puis par l'aphonie; la toux est creuse, rauque, douloureuse : la pression sur les cartilages provoque de la douleur. Au bout de quelques jours, l'expectoration se montre souvent striée de sang. La dyspnée, les accès de suffocation sont les signes de l'œdème glottique qui complique parfois les ulcérations; malgré cela, la guérison est fréquente, s'il ne s'y joint pas de *nécrose des cartilages* ou de *gangrène* ou d'*abcès*.

(c) La *laryngite pseudo-membraneuse* revêt la symptomatologie ordinaire du *croup*; fréquent dans les hôpitaux d'enfants, précédé ou non d'angine membraneuse, celui-ci apparaît pendant l'éruption ou à son déclin, du 4^e au 15^e jour. Tantôt il se manifeste d'emblée; tantôt il est précédé d'altérations de la voix et de la toux qui caractérisent le catarrhe laryngé de la période d'invasion (Renault); Archambault, Rilliet et Barthez ont cherché à le distinguer du *croup diphtérique primitif* : la voix et la toux sont moins éraillées, moins rauques, plus aphones, ce qui tient à la faiblesse de l'enfant et au gonflement plus fort des cordes vocales; les accès de suffocation sont moins fréquents que dans le *croup primitif*; l'inspiration serait moins sifflante, l'expulsion des fausses membranes serait très rare; la dyspnée est plus tardive, mais une fois développée, elle aboutit rapidement à l'asphyxie.

Les complications pulmonaires sont la règle dès les premiers jours; la trachéo-bronchite membraneuse s'y joint quelquefois; aussi la trachéotomie ne soulage-t-elle que rarement le malade; ou bien, si elle produit quelque atténuation des symptômes, la broncho-pneumonie, les vomissements, l'infection générale, la gangrène de la plaie, l'érysipèle, entraînent fatalement la mort. Toutefois ce tableau est quelque peu atténué par l'efficacité du sérum antidiphtérique, quand le *croup* est dû au bacille de Löffler.

Les discussions sur la *nature* du *croup* morbilleux n'ont plus de raison d'être. Les recherches de Roux et Yersin, Morel, L. Martin ont montré le bacille de Löffler dans la plupart des cas; mais c'est généralement un bacille court, toujours associé au streptocoque; il paraît prendre une virulence toute spéciale qu'il doit probablement à cette association.

Anatomiquement, la fausse membrane est plus mince, moins adhérente, plus diffluyente que celle du *croup primitif*; elle recouvre presque toujours des ulcérations (Rilliet et Barthez, Archambault).

Malgré l'examen le plus attentif, rien n'est plus difficile que le diagnostic exact de la lésion laryngée; tel cas qui paraît franchement croupal est une laryngite ulcéreuse et réciproquement. L'examen laryngoscopique est trop difficile pour rendre des services. Aussi n'est-il pas inutile de recourir au moyen recommandé par M. Grancher. C'est l'auscultation attentive du murmure vésiculaire. « Chez un enfant atteint de laryngite morbilleuse, si le murmure s'entend bien partout dans le poumon, il y a grande chance que la laryngite ne soit pas membraneuse. » La laryngite membraneuse, au contraire, se traduit à l'oreille par une diminution générale du murmure respiratoire.

2° CONGESTION PULMONAIRE. BRONCHITE CAPILLAIRE, BRONCHO-PNEUMONIE. — C'est la complication la plus fréquente et la plus redoutable, celle qui cause ordinairement la mort à l'hôpital. Elle est en effet beaucoup plus fréquente chez

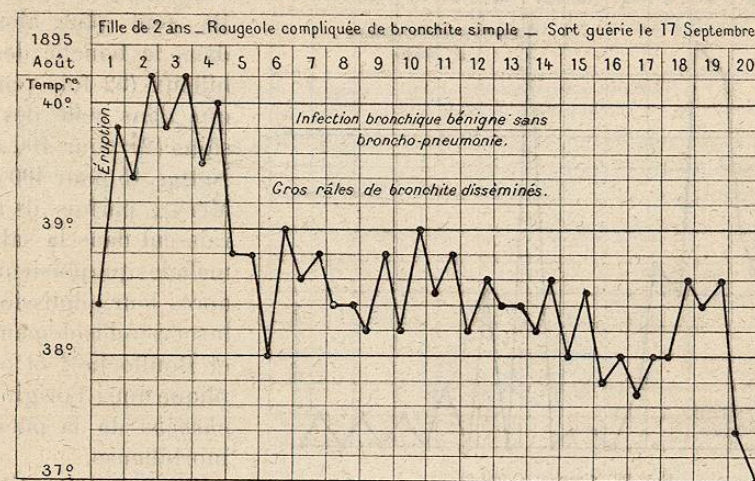


FIG. 25 (d'après Comby).

les malades hospitalisés, surtout quand ils sont accumulés dans les services d'isolement, insuffisamment aérés et encombrés (Oyon, Grancher, Sevestre); les enfants au-dessous de 5 ans, les affaiblis, les tuberculeux sont plus souvent atteints.

A l'hôpital, la *contagion* entrevue par Blache et Guersant, Hensch en est la cause ordinaire (Bard, Richard, Sevestre). L'introduction d'une broncho-pneumonie à streptocoque dans une salle de rougeoleux en suscite presque sûrement quelques autres. La rougeole ravive les lésions et inflammations préexistantes de l'appareil respiratoire, elle augmente la virulence des micro-organismes de la bouche (Méry et Bouloche, Hutinel) et la gravité des complications qu'ils produisent augmente avec le nombre des malades accumulés et la durée de l'encombrement. Enfin l'existence d'une infection cutanée ou digestive est encore une condition favorable aux complications pulmonaires (Hutinel).

L'agent de cette infection secondaire est variable. Queissner trouve constamment dans les lobules malades le pneumocoque (6 fois sur 6) seul ou associé au streptocoque ou aux staphylocoques pyogènes. Neumann, sur 9 cas, constate

8 fois le pneumocoque et 1 fois le streptocoque. Morel, Garnieri et Tobeitz, au contraire, observent constamment le streptocoque dont les chaînettes remplissent les bronchioles, leurs parois et le tissu pérbronchique. Mosny, Netter rencontrent le pneumocoque seul ou associé au streptocoque, et le streptocoque pur ou associé au staphylocoque doré ou au pneumobacille de Friedländer, enfin les staphylocoques seuls. Garnieri, Tobeitz ont aussi vu le streptocoque. Ces résultats différents s'expliquent par les milieux variés où ont lieu ces recherches et aussi peut-être parce que certaines recherches ont été faites sur des milieux impropres au pneumocoque (Netter).

Tous ces micro-organismes pénètrent par la voie aérienne et viennent du nez ou de la bouche (Netter, Méry et Bouloche); ils arrivent aux bronchioles

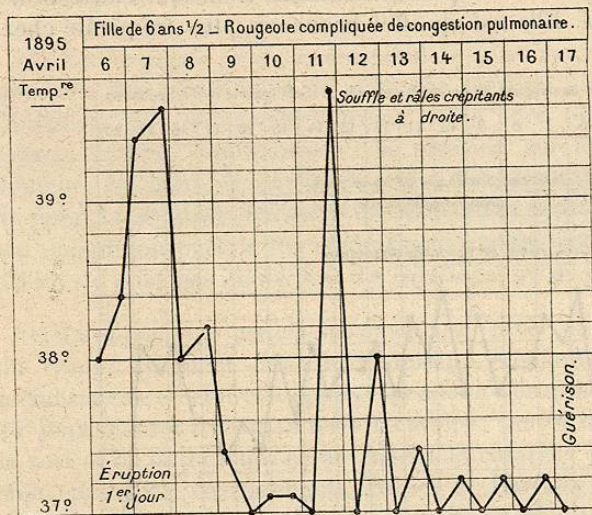


FIG. 26 (d'après Comby).

de proche en proche, à la faveur des altérations épithéliales de la bronchite. Ils sont plus abondants dans la bouche des morbillieux (52 fois pour 100) que dans celle des sujets sains (27 pour 100 d'après Netter, 15 pour 400 d'après Méry); parfois ils n'apparaissent dans la salive des malades que plusieurs jours après leur admission dans le service d'isolement (Méry et Bouloche); et on s'explique ainsi l'origine bronchogène de la pneumonie morbillieuse.

Il y a peut-être lieu d'admettre un second type,

plus rare il est vrai, mais qui répond à ces broncho-pneumonies précoces précédant ou accompagnant le début de l'éruption; celles-ci seraient l'œuvre du virus morbillieux (Sévestre); elles résulteraient de l'infection générale, elles seraient d'origine vasculaire. M. Bard considère cependant ces formes comme dues aussi à une infection additionnelle, mais contemporaine de la maladie principale, de façon à constituer avec elle une infection mixte d'emblée.

1° La complication pulmonaire débute rarement pendant l'invasion; elle se développe alors sous forme de *congestion pulmonaire*. L'exanthème se fait rapidement, parfois même avec une grande intensité; mais l'enfant est très agité, tousse beaucoup; la respiration, très fréquente, atteint le chiffre de 40 à 50 par minute; le pouls est petit, quelquefois mou et dépressible, indiquant l'affaiblissement rapide du cœur qui peut subir un commencement de dilatation aiguë; on trouve dans toute la poitrine des râles fins, mais pas de souffle; la température monte à 40° (Huchard). En général, malgré son intensité et sa rapidité de développement, cette complication cède facilement au traitement.

2° La *broncho-pneumonie* se manifeste le plus souvent pendant l'éruption (2° ou 5° jour de l'exanthème), et pendant la convalescence.

a) Dans le premier cas, la température de la période prodromale est très élevée; on n'observe aucune rémission au 2° ou 5° jour; la dyspnée est le premier signe de la complication; l'éruption qui commence est pâle, blafarde, et n'arrive pas à s'étendre.

b) Quand la broncho-pneumonie suit l'éruption, après la période de calme qui suit le développement complet de l'exanthème, la température remonte à 39°,7 ou 40° (Cadet de Gassicourt), la toux est plus fréquente, la dyspnée prend peu à peu une grande intensité, les ailes du nez sont battantes, le pouls s'accélère, la face se cyanose; on ne note d'abord que d'assez nombreux râles sous-crépitaux disséminés, puis, au bout de 2 ou 5 jours, apparaissent en un point les râles fins et crépitants de la bronchite capillaire; la matité et le souffle suivent de près, et le foyer de broncho-pneumonie est constitué. Il s'en forme souvent plusieurs et des deux côtés de la poitrine.

La marche est irrégulière et oscillante; un foyer guérit pour faire place à un autre; des signes de congestion apparaissent çà et là. Si le malade est un jeune

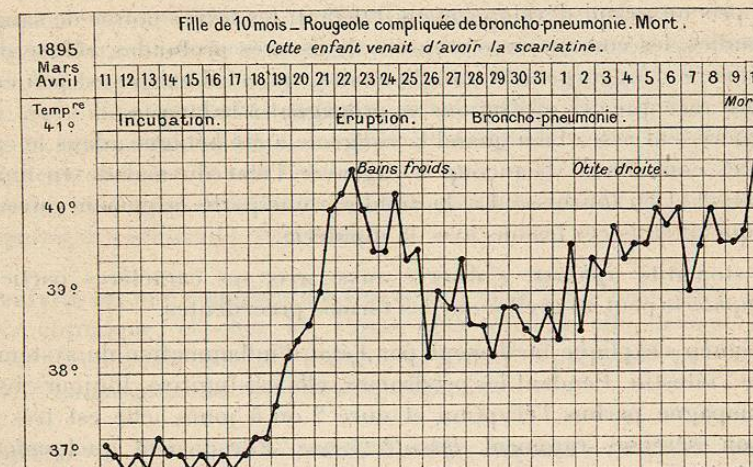


FIG. 27 (d'après Comby).

enfant, il succombe, après une lutte de 8 à 15 jours, à l'asphyxie ou aux convulsions. S'il est plus résistant, il guérit, mais toujours lentement, et reste maigre et affaibli. Telle est la broncho-pneumonie ordinaire.

5° La *forme suffocante* (bronchite capillaire dominante) est plus rapidement fatale (2° ou 5° jour).

4° Enfin il est une *forme subaiguë* ou *pseudo-tuberculeuse*, qui simule absolument la pneumonie tuberculeuse et qui, en fait, est le plus souvent due au bacille de Koch combiné à d'autres micro-organismes; elle dure 2 à 5 semaines et plus.

La *pleurésie* s'observe rarement.

Tube digestif. — STOMATITE. — (a) La *stomatite érythémateuse* ou *érythématopultacée* est un symptôme vulgaire de la rougeole (rougeur et gonflement de la muqueuse, plaques épithéliales pultacées).

(b) La stomatite *ulcéro-exsudative* (ulcérations *nécrotiques* de Henoch, stomatite *diphthéroïde* ou *impétigineuse* de Sevestre) est particulièrement fréquente dans les milieux infectieux. Je l'ai vue très souvent à l'hospice des Enfants-Assistés où sa fréquence diminue depuis quelques années. L'existence d'une maladie antérieure, le jeune âge y prédisposent tout spécialement; elle est peut-être contagieuse.

Les ulcérations apparaissent pendant la période d'éruption; elles occupent la face postérieure des lèvres, surtout l'inférieure, un peu leur bord libre et les commissures; elles sont arrondies ou ovalaires, allongées parallèlement au bord libre, quelquefois se réunissent en une bande unique (*phagédénisme des lèvres* de Bergeron); sur les commissures, elles prennent l'aspect de fissures profondes; partout ailleurs elles sont très superficielles, ne s'étendent jamais en profondeur; leur surface lisse, gris jaunâtre, humide, opaline, est recouverte d'un exsudat mou et adhérent; elles saignent au moindre contact, et sur les régions exposées à l'air forment des croûtes noirâtres, qui rendent la lèvre rigide et fragile et la fissurent; elles sont extrêmement douloureuses, et quand elles ont pris un grand développement, l'enfant, les lèvres noires de sang, gonflées et raidies, les commissures creusées de fissures profondes, refuse de manger et de boire. L'engorgement ganglionnaire, quand il existe, est peu considérable. Il est rare que ces ulcérations se propagent à la langue.

Elles guérissent assez bien quand la rougeole a été bénigne; dans le cas contraire, elles contribuent beaucoup à aggraver l'état du malade en nuisant à l'alimentation et en fournissant à la diphthérie une porte largement ouverte. On confond quelquefois ces lésions avec la diphthérie.

(a) La stomatite *aphteuse* s'observe aussi, avec ses caractères particuliers; enfin la *diphthérie* peut se greffer sur les formes précédentes.

La *DIARRHÉE* s'explique facilement par l'état d'inflammation du système folliculaire de l'intestin. Pendant les prodromes, elle est fugitive, toujours bénigne. Elle accompagne parfois l'éruption et dure 2 ou 3 jours, elle est très fétide, bilieuse ou séreuse, rarement *dysentérique*. Elle devient quelquefois très intense, *cholérique*; les selles sont au nombre de 15 à 20 en 24 heures; les yeux s'excavent et la mort peut survenir dans le coma et l'algidité (Trousseau, Laveran). Les selles dysentériques sont en rapport avec la *colite* dont la persistance aboutit quelquefois à la colite ulcéreuse dans la convalescence (Worthington).

L'entérite a été dans un cas de Roger et Comte, l'origine d'une pyohémie mortelle (pleurésie purulente, périhépatite suppurée.)

Organes des sens. — La *CONJONCTIVITE*, ordinairement catarrhale ou mucopurulente, aboutit quelquefois à la suppuration; alors le gonflement est considérable, la paupière supérieure, immobilisée, tombe en avant de l'inférieure; leur interstice laisse suinter un liquide séreux et louche, la photophobie est extrême et on met difficilement à nu la cornée et le chémosis qui l'entoure. La conjonctivite morbillieuse est surtout redoutable pour les strumeux dont la cornée a déjà été atteinte, et il faut les soins les plus minutieux pour éviter les lésions de la *CORNÉE*, *inflammations superficielles*, *phlyctènes*, *ulcérations*, la *perforation* et la *fonte purulente de l'œil*.

L'*OTITE*, au point de vue anatomique, est la règle constante dans la rougeole

(Tobeitz, Bezold); elle existe de très bonne heure, probablement dès l'éruption. Cliniquement, elle est extrêmement fréquente à l'hôpital, surtout chez les enfants dont la gorge est déjà enflammée par des angines antérieures ou qui portent des végétations adénoïdes du pharynx. Sous l'influence de la rougeole, l'inflammation augmente et se propage à la trompe d'Eustache et à l'oreille moyenne; la pénétration des micro-organismes comme le pneumocoque, les staphylocoques (Zaufall, Netter) provoque l'otite moyenne suppurée. Les lésions présentent tous les degrés: tantôt il s'agit d'une simple tuméfaction congestive, tantôt d'une suppuration abondante, formée de pus séreux et sanguinolent qui distend la cavité. Dans ce cas, la perforation de la membrane du tympan est la règle. Si l'inflammation se prolonge, elle détruit les articulations des osselets; elle se propage aux cellules mastoïdiennes et peut aboutir enfin à la mastoïdite suppurée et à la carie du rocher.

Toutefois, l'otite morbillieuse est généralement bénigne et peu bruyante. Souvent tout se borne à une légère diminution de l'ouïe avec quelques bourdonnements d'oreille. La suppuration se manifeste du 5^e au 8^e jour de l'éruption; la douleur fait souvent défaut, une élévation subite de température en est alors le seul signe (Hermet) et il est rare que les symptômes généraux revêtent quelque gravité. Très rapidement, le tympan se perforé et livre passage à un pus sanguinolent, qui s'étend en taches gris rosé sur l'oreiller et prend une odeur fétide. Quand la lésion est bilatérale, les deux perforations se suivent de près et tous les accidents cessent. Aussi est-il très nécessaire de surveiller avec soin l'état des oreilles et d'intervenir par la ponction de la membrane du tympan, surtout s'il apparaît des accidents cérébraux.

La *vulvite* est une complication fréquente; chez les scrofuleuses, elle tend à devenir chronique, et chez les sujets déjà affaiblis elle devient facilement *ulcéreuse*: cependant elle est bénigne et guérit rapidement par les soins de propreté. La gangrène la complique quelquefois.

Gangrène. — Fréquente autrefois dans les hôpitaux d'enfants, particulièrement à l'hospice des Enfants Assistés où elle atteignait la proportion de 45 pour 100 à certaines époques (Brouardel, Oyon), sévissant sur les enfants cachectiques et misérables, elle est devenue rare depuis qu'on assainit et qu'on aère les salles d'isolement, depuis qu'on nourrit et qu'on nettoie mieux les malades.

La pathogénie en est obscure; il est difficile de dire si elle résulte d'une lésion de cause interne, c'est-à-dire d'une oblitération vasculaire par thrombose ou embolie, ou si elle n'est que l'extension d'une érosion ou d'une ulcération déjà existante, compliquée par une infection secondaire spéciale; cette dernière hypothèse est la plus vraisemblable, car la gangrène est toujours humide; mais l'état d'affaiblissement et de dénutrition joue le principal rôle dans son développement. Dans un cas de gangrène pulmonaire, Méry et Lorrain ont trouvé plusieurs micro-organismes dont ils ont séparé un streptocoque, un streptotrix et un bacille court, identique au bacille diphthérique.

Elle se montre sur la bouche (*noma*), la gorge, le larynx, la vulve, l'oreille. Wunder a observé la gangrène de la paroi thoracique pénétrant jusqu'aux côtes. Dans sa forme ordinaire, la gangrène apparaît du 3^e au 30^e jour (Rilliet et Barthez) à la face interne de la joue, sous la forme d'une tache violacée

quelquefois recouverte d'une phlyctène rapidement déchirée. Celle-ci s'ulcère et s'étend à la fois en surface et en profondeur, précédée par une plaque d'induration; elle perfore la joue et ne respecte pas toujours les os de la face. La guérison est rare. La cautérisation énergique au fer rouge (Cadet de Gassicourt), l'iodoforme dans les cas modérés (Sevestre) donnent cependant de bons résultats.

B. — COMPLICATIONS COMMUNES AUX AUTRES FIÈVRES ÉRUPTIVES

L'endocardite, la péricardite ont été signalées par quelques observateurs. Jon. Hutchinson rapporte 4 cas d'endocardite mitrale chez des enfants de 9 à 11 ans; un seul présentait des antécédents rhumatismaux et choréiques; l'un de ces cas était compliqué aussi de bronchopneumonie légère, un autre de bronchopneumonie et pleurésie; on nota le souffle mitral aux 4^e, 14^e et 15^e jours de la maladie. Ces malades guérirent. Toutes ces observations n'entraînent pas la conviction, il s'en faut, et je pense, comme Roger, que les souffles extracardiaques sont assez fréquents dans la rougeole pour tromper un observateur non prévenu.

La péricardite est purement exsudative et secondaire à la broncho-pneumonie; il est possible que l'endocardite elle-même soit le résultat de l'infection pneumococcique. Quand la péricardite suppure, elle est une localisation de la pyohémie (Audéoud et Jaccard).

L'anasarque signalée par Lombard, Gendron, Rilliet et Barthez est liée à l'albuminurie, bien que Prunac ait vu 2 cas d'anasarque et 1 cas d'ascite sans albumine, tous terminés favorablement chez des enfants de 2 à 9 ans. Mosets a vu 5 cas d'anasarque par néphrite grave au cours d'une épidémie de rougeole; les malades, âgés de 6 à 16 ans, guérirent.

Parmi les accidents nerveux de la rougeole, nous avons déjà signalé les convulsions: leur gravité varie avec la période où elles apparaissent. Au début, elles se bornent à un ou deux accès et guérissent. Pendant l'éruption, elles traduisent généralement le début d'une forme nerveuse et font bientôt place au coma. Plus tard, elles annoncent le début d'une complication, otite ou bronchopneumonie. Enfin, quand la bronchopneumonie est constituée, elles sont un accident terminal fréquent et d'origine asphyxique.

Pendant la convalescence, on observe des psychoses variées qui affectent le type de confusion mentale, plus rarement de délire furieux ou de manie aiguë (Weber, Foville, Kowalewsky, Audéoud et Jaccard).

L'acétonémie (Frerichs, Talamon) produit quelquefois des accidents graves (vomissements, prostration, refroidissement des extrémités).

La tétanie se voit chez les jeunes enfants.

Les PARALYSIES sont rares. Cependant Gübler (1860-1861), Imbert-Goubeyre (1865), Schneider (1877), Landouzy (1881) ont publié un certain nombre de cas que Bayle a rassemblés dans sa thèse et Allyn dans un travail plus récent. Il est difficile de dégager un type commun, car les auteurs ont réuni les formes les plus dissemblables et attribué à l'infection morbilleuse de simples coïncidences. Cependant on peut ranger les cas connus sous les types suivants:

(a) Paralysies à type encéphalique, liées le plus souvent à l'encéphalite aiguë

qui donne lieu dans la suite à la sclérose lobaire; elles se manifestent sous la forme hémiplegique tantôt simple, tantôt combinée avec l'aphasie (Bernhardt, Schwartz). Chez l'enfant au-dessous de 9 ans, l'hémiplegie devient le plus souvent spasmodique et peut s'accompagner d'athétose. L'aphasie peut exister seule (Van Hasel). La névrite optique a été signalée 2 fois par Woods.

(b) Paralysies à type myélopathique; telle est la paraplégie, forme la plus fréquente qui débute progressivement ou subitement, et s'accompagne parfois de troubles de la miction (Bayle), parfois aussi d'accidents méningitiques (Starck); plus rarement la paraplégie devient ascendante et prend le type de Landry; on a signalé la forme atrophique infantile; enfin le type sclérose en plaques qui guérit au bout de quelques mois (Scheppers).

(c) Les paralysies à type périphérique occupent tous les sièges, un membre ou un groupe musculaire, les muscles des paupières et de l'œil, principalement le moteur oculaire commun; ou bien les 4 membres et le voile du palais sur un même sujet (Bergeron).

Ces paralysies appartiennent à la convalescence ou à son début. La forme encéphalique est grave et laisse généralement une infirmité définitive; cependant on a vu l'hémiparésie guérir; les autres formes sont bénignes s'il ne survient pas d'eschare de décubitus. L'anatomie pathologique en est mal connue, sauf pour la forme encéphalique dont le substratum paraît être l'encéphalite suivie de sclérose cérébrale. La curabilité de certaines paralysies, leur marche progressive, leurs localisations si diffuses conduisent à admettre l'existence de névrites multiples. Enfin il faut aussi signaler des manifestations hystériques comme la rétention d'urine, sans paralysie, avec polyurie, les spasmes du sternomastoïdien et l'abasie (Murray).

La DIPHTÉRIE MORBILLEUSE paraît due, comme je l'ai dit déjà, au bacille court associé au streptocoque; elle est actuellement beaucoup moins fréquente qu'autrefois. Son début a lieu le plus souvent dans la première semaine. Elle peut atteindre toutes les surfaces dénudées, cutanées ou muqueuses, sur lesquelles elle forme des fausses membranes minces, gris sale; mais son siège le plus ordinaire est le larynx. L'angine pseudo-membraneuse prend très rapidement une allure infectieuse, le croup décrit plus haut accélère la marche de l'infection.

C'est la plus grave des diphtéries secondaires, même encore depuis l'emploi du sérum antidiphtérique.

Pendant la convalescence, les jeunes enfants sont souvent atteints d'abcès CUTANÉS qui occupent surtout le cuir chevelu, le cou, les fesses et le dos; plus rarement sous-cutanés. Ils guérissent en général facilement. On a signalé aussi des éruptions de pemphigus (Du Castel, Leo).

MM. Gaucher et Mariage ont observé une MYOSITE chronique du sternomastoïdien.

LES ARTHROPATHIES sont rares et généralement bénignes (Roger).