

salutaire, généralement suivie de transpiration et d'abaissement de la température, ne tarde pas à se faire. On peut renouveler les affusions plusieurs fois en vingt-quatre heures. Suivant le cas, on peut mettre le malade au bain froid, d'après la méthode qu'on trouvera décrite au traitement de la fièvre typhoïde.

L'acétate d'ammoniaque, 2 à 3 grammes, dans une potion; le musc, 20 centigrammes à 1 gramme, le sirop d'éther, le bromure de potassium rendent également quelques services dans les formes nerveuses graves.

Dès le début de la scarlatine et en prévision de néphrite possible, le malade doit être mis au régime lacté (Jaccoud). C'est là un principe essentiel. Non seulement je prescris le régime lacté exclusif pendant la maladie, mais je le continue encore deux ou trois semaines après la guérison; on évite ainsi, ou l'on atténue, je le crois du moins, les complications rénales tardives.

Le traitement de l'angine scarlatineuse diffère suivant que l'angine est diphthérique ou non. Dans tous les cas, il faut toujours pratiquer avec soin l'antisepsie pharyngée. A cet effet, on fera usage d'irrigations pratiquées avec 58 gr. de liqueur de Labarraque pour un litre d'eau bouillie (Roux). A la liqueur de Labarraque, on peut adjoindre des badigeons de la gorge avec le topique suivant, préconisé par Roux :

Camphre	} 3ã 40 grammes.
Menthol.	

Au cas de diphthérie compliquant l'angine scarlatineuse, on fera usage d'injections de sérum antidiphthérique; mais dans ces angines, l'adjonction du streptocoque au bacille diphthérique crée une virulence généralement exaltée. C'est surtout en pareil cas que l'injection de sérum produit des éruptions morbilliformes que Sevestre¹ attribue principalement à l'infection streptococcique. Ce fait serait en rapport

1. Sevestre. *Bull. méd.*, février 1896.

avec la statistique de Marfan et Apert¹, qui ont constaté que chez les scarlatineux atteints d'angine membraneuse non diphthérique et soumis aux injections de sérum antidiphthérique, la fréquence des éruptions post-sérothériques est de 28 pour 100, tandis qu'elle n'est que de 10 à 15 pour 100 si l'angine est diphthérique.

Le streptocoque jouant le rôle prépondérant dans les angines non diphthériques de la scarlatine, faut-il faire usage du sérum antistreptococcique? Voici à ce sujet les conclusions d'un article paru dans la *Gazette hebdomadaire*²: Marmorek a publié tout d'abord une série de cas favorables à l'emploi de son sérum dans la scarlatine, et Dubois, qui consacre à ce sérum de longs développements et fait un plaidoyer en sa faveur, rapporte quatre observations dans lesquelles il aurait produit des résultats avantageux. Mais tous les auteurs sont loin de partager cet enthousiasme. Baginski n'a pas tiré de ses tentatives des résultats concluants. Josias estime que le sérum est sans influence marquée sur l'évolution de la scarlatine. Les faits de Marfan et d'Apert et de Comby sont loin d'être encourageants.

Le traitement prophylactique de la scarlatine consiste à isoler les scarlatineux pendant toute la durée de leur maladie. Il ne faut pas oublier que les lambeaux d'épiderme détachés au moment de la desquamation sont doués de propriétés contagieuses et les conservent pendant longtemps.

§ 5. ROUGEOLE — INFECTION MORBILLEUSE

Les anciens auteurs ont souvent décrit la rougeole sous le nom de *fièvre morbilleuse*, de *morbilli*, petite peste; il est vrai qu'à cette époque tout était confusion, et ce n'est qu'avec Sydenham, à dater de 1760 et 1764 (épidémies de Lon-

1. *Soc. méd. des hôp.*, 8 mai 1896.

2. 19 juillet 1896.

dres), qu'on a nettement distingué la rougeole de la scarlatine et de la variole.

Description. — Je choisis pour type de ma description une rougeole vulgaire, de moyenne intensité, celle qu'on observe le plus habituellement, me réservant d'étudier ensuite les formes plus rares de rougeoles anormales et hémorrhagiques. Il est d'usage de diviser l'évolution de la rougeole en quatre périodes : l'incubation, l'invasion, l'éruption, la desquamation.

A. — *L'incubation* est une période habituellement silencieuse, pendant laquelle l'économie couve la semence morbide; néanmoins, dans quelques cas on observe pendant cette période des élévations de température, des malaises, de la toux, du coryza; le poids des jeunes enfants décroît rapidement : c'est déjà une ébauche des symptômes qui vont éclater à la période suivante. L'incubation a une durée de 8 à 11 jours.

B. *Invasion.* — L'invasion de la rougeole n'est pas aussi brusque que l'invasion de la variole et de la scarlatine. Les allures de la fièvre méritent d'être connues; tantôt elle est légère, tantôt elle atteint 39 à 40 degrés avec frissons, céphalalgie, éternuements, on dirait un fort rhume. Souvent la fièvre baisse le lendemain et les jours suivants pour reparaitre après l'éruption.

Dès le début de la maladie, les muqueuses du nez et des yeux, parfois aussi les muqueuses des trompes d'Eustache, du larynx et des bronches, sont atteintes de catarrhe; les yeux sont rouges, larmoyants, tuméfiés; le catarrhe nasal provoque des éternuements avec sécrétion nasale abondante; le catarrhe laryngé est accompagné de toux fréquente, opiniâtre, d'enrouement, de raucité de la voix et même d'aphonie complète; l'otite est plus tardive, elle détermine de vives douleurs. Dans quelques cas, le catarrhe affecte sur tel ou tel organe une prédominance qui peut être la cause d'une erreur de diagnostic : ainsi quelques enfants paraissent n'avoir qu'une laryngite simple ou striduleuse, alors que quatre ou cinq jours plus tard l'éruption

de la rougeole apparaît : d'autres enfants sont soignés pendant plusieurs jours pour une bronchite ou pour un catarrhe intestinal, simple en apparence, et l'éruption vient donner un démenti au diagnostic; j'ai vu avec Watelet un jeune enfant chez lequel l'otite tint notre diagnostic en suspens et précéda l'éruption morbilleuse. Au milieu de tous ces symptômes de la période d'invasion, il en est qui, par leur fréquence, par leur importance, dominant tous les autres : ce sont les symptômes laryngés : la laryngite (toux fréquente, spasmodique, voix rauque et voilée) est un élément précieux de diagnostic précoce.

A cette période, on observe fréquemment des *épistaxis*, et les jeunes enfants sont quelquefois pris de *convulsions*. Si l'on a soin d'examiner la gorge du malade avec un bon éclairage, on voit que l'éruption (évanthème) est déjà inscrite sur la muqueuse du voile palatin, sur les piliers antérieurs et au pharynx, sous forme de pointillé rouge, habituellement sans gonflement et sans dépôt pultacé. Cette éruption précède d'un jour ou deux l'éruption de la peau, et une dysphagie parfois accusée en est la conséquence.

J'ai souvent constaté une *adénite sous-maxillaire* qu'on pourrait, à mon sens, ranger parmi les symptômes d'invasion de la rougeole¹ et qui, par conséquent, n'est pas absolument spéciale à la rubéole.

La *durée* de la période d'invasion est fort longue, puisqu'elle dure de quatre à sept jours, tandis qu'elle est très courte dans la scarlatine, où elle peut ne durer que quelques heures. La fièvre n'est pas continue; parfois elle tombe dès le deuxième ou troisième jour pour reprendre au moment de l'éruption. Dans quelques cas très bénins, la fièvre fait pour ainsi dire défaut, les différents symptômes que je viens de décrire sont nuls ou insignifiants, et l'éruption survient presque comme le symptôme initial de la maladie.

C. — *Éruption.* — Au moment de l'éruption, les sym-

1. Henriquez y Carvajal. Th. de Paris, 1891.

ptômes d'invasion ne disparaissent pas comme dans la variole discrète, ils reprennent au contraire avec une nouvelle intensité; la toux est fréquente, quinteuse et pénible, la voix est enrouée et parfois éteinte, la fièvre atteint son maximum et décroît plus tard quand décroît l'éruption. Suivant le cas, l'éruption apparaît le quatrième, cinquième, sixième, septième jour de la maladie; elle commence par la face, autour des lèvres, au front; elle envahit ensuite le cou, le tronc et les membres. Dans sa forme habituelle, quand on examine l'exanthème sur la poitrine ou sur le ventre, plus encore qu'à la face, on voit qu'il est formé de petites saillies rouges et veloutées qui n'ont pas la rudesse des saillies qui caractérisent l'éruption scarlatineuse; les taches morbillieuses ont la dimension d'un grain de riz, elles sont inégales, s'effacent momentanément par la pression et se groupent par plaques irrégulièrement découpées en croissants séparés par des intervalles de peau saine. Parfois cependant l'éruption est confluyente et la rougeur de la peau devient presque diffuse et uniforme. Exceptionnellement, l'érythème de la rougeole peut offrir la plus grande analogie avec l'exanthème scarlatineux (Sanné, Rénon et Follet¹).

L'éruption se généralise en vingt-quatre ou quarante-huit heures; elle décroît en suivant son ordre d'apparition, en commençant par la face, de sorte que le visage pâlit, alors que l'éruption est dans toute sa vivacité sur les membres.

Quand l'exsudat inflammatoire qui forme la tache morbillieuse s'associe à la formation de boules colloïdes dans les cellules de Malpighi², la saillie formée par la papule donne à l'éruption un aspect qui a valu à cette forme le nom de *rougeole boutonneuse*.

Pendant cette période, les catarrhes arrivent à maturité

1. L. Rénon et R. Follet. Exanthème scarlatiniforme dans la rougeole. *Soc. méd. des hôp.*, 29 juillet 1898.

2. Catrin. Altérations de la peau dans la rougeole. *Arch. de méd. expér.*, mars 1891.

(*coction*); la toux est moins sèche, les *crachats* chez l'adulte (les enfants n'expectorent pas) deviennent épais, verdâtres et nummulaires comme des crachats de phthisique, et l'on entend à l'auscultation des râles de bronchite.

La *diarrhée* est un symptôme qui, chez les enfants, apparaît fréquemment au moment de l'éruption; ce catarrhe intestinal dure vingt-quatre heures et est parfois accompagné d'une véritable colite avec diarrhée sanglante et glaireuse.

D. — *Desquamation*. — Vers le huitième jour de la maladie la fièvre tombe, l'éruption tend à disparaître, en commençant par le visage. La desquamation se fait du quatrième au septième jour de l'éruption; elle est si insignifiante qu'il n'y a pas, à vrai dire, de période de desquamation, cependant elle prend habituellement sur la peau du visage et du front un aspect furfuracé (de *furfur*, son).

Rougeoles anormales et hémorrhagiques. — Je viens de décrire la rougeole classique et j'ai choisi pour cette description une rougeole de moyenne intensité; nous avons à nous occuper maintenant des formes rares que peut revêtir la rougeole.

Il y a une rougeole *anormale*, à forme *nerveuse*, plus fréquente dans le jeune âge, et caractérisée, dès la période d'invasion, par des convulsions, avec délire, vomissements et forte élévation de température; l'éruption est tardive, incomplète ou méconnaissable, la fièvre persiste, la peau est livide et sèche, le pouls est petit et très accéléré, les urines sont rares, et la mort survient dans le coma.

Dans quelques cas, exceptionnels à la vérité, les accidents anormaux surviennent dans le cours d'une rougeole classique dont l'éruption est parfaitement normale. Voici le fait que j'ai observé: une jeune fille est prise de rougeole, l'invasion et l'éruption sont classiques. Jusqu'au deuxième jour de l'éruption tout va bien et les règles apparaissent. A ce moment la jeune fille éprouve quelques nausées; le lendemain matin la parole s'embarrasse, une paraphrasie se déclare, les idées sont moins nettes, la tem-

pérature tombe brusquement de 39 à 36 degrés, et dès ce moment éclate une série d'attaques épileptiformes, avec perte de connaissance et coma. En quelques heures la température monte de 36° à 41°,5, les attaques se succèdent sans interruption, et la malade meurt le jour même, au milieu d'épouvantables convulsions.

On a décrit, et j'ai observé des rougeoles malignes à forme dyspnéique, à forme délirante, les symptômes graves survenant dans le cours ou au déclin de l'éruption : j'y reviendrai dans un instant au sujet du traitement. Contrairement à la scarlatine, qui revêt la forme maligne dès le début de la maladie, la rougeole ne devient maligne que plus tard, pendant l'éruption.

La rougeole *hémorragique* est caractérisée par des hémorragies de la peau, rougeurs ecchymotiques et taches de purpura qui ne disparaissent pas à la pression et peuvent persister huit ou dix jours après l'éruption. Cette forme de la rougeole est évidemment plus grave que la rougeole normale, mais tant que l'hémorragie reste limitée à la peau, elle n'implique pas un pronostic funeste. Il n'en est pas de même, lorsque les hémorragies se généralisent : l'épistaxis, l'hématurie, la métrorrhagie, les hémorragies buccale et intestinale apparaissent, et le malade succombe au milieu de troubles dynamiques et typhiques.

COMPLICATIONS DE LA ROUGEOLE

Je viens de décrire une rougeole normale de moyenne intensité et des rougeoles anormales. Mais à chaque période de la rougeole peuvent surgir des accidents qui sont, les uns l'exagération des symptômes habituels, les autres des symptômes insolites. Tantôt ces complications sont dues à l'excès de la virulence de l'agent pathogène, tantôt elles sont dues à une *infection secondaire*, à une *association microbienne* (diphthérie, purulence, gangrène, tuberculose). Toutes ces complications sont variables suivant les individus, les milieux et les épidémies.

A la période d'invasion appartiennent les convulsions, l'épistaxis et le faux croup. Les *convulsions*, spéciales à l'enfance, ne sont pas d'un funeste présage si elles sont fugaces et isolées, mais il n'en est pas de même si elles sont associées aux troubles qui constituent les formes redoutables dites nerveuses. L'*épistaxis*, symptôme habituel de la maladie, peut devenir assez abondante pour menacer les jours du petit malade et nécessiter l'usage des divers traitements que j'ai décrits à l'article : *Épistaxis*.

Complications laryngées — La rougeole a une prédilection pour le larynx. Dès la période d'invasion, les symptômes laryngés occupent la première place, la toux laryngée et les troubles de la voix sont pour ainsi dire constants. Cette laryngite morbilleuse est à la fois un érythème et un catarrhe. Au laryngoscope l'érythème apparaît, discret ou confluent, avec exsudation, saillies papuleuses, érosion des cordes vocales.

Cette laryngite catarrhale, chez les enfants de deux à cinq ans, peut revêtir les allures de la laryngite striduleuse (*faux croup*), accident sans gravité, qui annonce parfois le début de la rougeole.

En somme, la laryngite morbilleuse n'est habituellement qu'un phénomène assez fugace et sans aucune gravité, mais dans quelques circonstances elle devient une complication redoutable, elle aboutit soit à une laryngite catarrhale très intense, soit à une laryngite ulcéreuse que je vais décrire.

La laryngite morbilleuse intense n'est pas seulement une inflammation catarrhale, la muqueuse est profondément atteinte, ainsi que l'a bien vu Coyne ; le chorion est infiltré de leucocytes, les glandes de la muqueuse sont extrêmement tuméfiées, la muqueuse laryngée est oedématiée, et l'on comprend que, chez les enfants, ces lésions, jointes au spasme de la glotte, puissent entraîner l'asphyxie. C'est ainsi que mouraient les petits malades, lors de l'épidémie de 1809 rapportée dans la thèse Campagnac¹. A l'autopsie,

1. Campagnac. Th. de Paris, 1812. — Barbier. *Mal. de l'enf.*, déc. 1886