

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 Campaignac¹. A l'autopsie,

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

on trouvait la muqueuse tuméfiée, infiltrée, sans ulcérations ni fausses membranes.

C'est la laryngite érythémateuse grave de Rillet et Barthez.

Dans une autre forme, la laryngite morbilleuse est *ulcéreuse* (Coyne¹). Les ulcérations sont superficielles, érosives, anfractueuses, parfois serpiginieuses, profondes, au point de dénuder le cartilage cricoïde et surtout l'aryténoïde. Les ulcérations siègent au bord libre des cordes vocales, à leur extrémité postérieure, principalement au voisinage des aryténoïdes. Cliniquement, cette laryngite ulcéreuse apparaît pendant l'éruption de la rougeole, ou après l'éruption; elle provoque des symptômes analogues au croup, toutefois elle en diffère par une *douleur* localisée au larynx, par l'évolution plus lente des symptômes, par l'absence de fausses membranes et par les lésions laryngées facilement constatables au laryngoscope. Une intéressante observation de ce genre a été consignée par Cadier dans le mémoire de Barbier²; j'en ai observé un cas analogue dans mon service. Cette laryngite ulcéreuse est beaucoup moins grave chez l'adulte que chez l'enfant; elle peut, chez ce dernier, nécessiter la trachéotomie.

Les laryngites morbilleuses sont parfois membraneuses. La fausse membrane est non diphthérique ou diphthérique. Quelques observations de laryngite membraneuse *non* diphthérique ont été rapportées (Martin); il s'agit en pareil cas de pseudo-diphthérie due au streptocoque et au staphylocoque³. Ce sont là des exceptions; habituellement le croup morbilleux est un croup *diphthérique* que nous allons étudier.

D'une façon générale, la rougeole se prête admirablement à la généralisation du bacille diphthérique, au pharynx, aux bronches, aux fosses nasales, à la bouche, à la peau, mais le larynx est son siège favori. Aussi, le croup d'emblée, si rare dans la diphthérie primitive, est-il assez fréquent dans

1. Coyne. Th. de Paris, 1874.

2. Barbier. *Revue des mal. de Venf.*, 1886.

3. Martin. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1892, p. 367.

la diphthérie secondaire morbilleuse¹. Cette complication est spéciale à l'enfance; elle survient soit avec l'éruption, soit pendant ou après l'éruption². Au point de vue purement local, le croup morbilleux est un croup atténué, en ce sens qu'il provoque moins de dyspnée que le croup primitif, mais au point de vue général, il est terrible, car il revêt les caractères toxiques de la diphthérie maligne; c'est au point que Trousseau avait renoncé à opérer les enfants atteints de croup morbilleux. Il est souvent difficile de diagnostiquer la diphthérie sur un larynx déjà morbilleux; la coexistence de diphthérie pharyngée, le rejet des membranes laryngées, la *culture* et l'examen bactériologique de ces membranes établiront le diagnostic.

Parfois même, alors que le pharynx *paraît indemne de diphthérie*, il suffit d'ensemencer une parcelle de *mucus* de l'amygdale recueillie chez l'enfant supposé atteint de croup, pour obtenir des cultures de bacille diphthérique³. (Roux, Morel, Martin.)

Complications broncho-pulmonaires. — La *bronchite capillaire* et la *pneumonie lobulaire* sont chez l'enfant et chez l'adulte, mais surtout chez l'enfant, les accidents les plus redoutables de la rougeole. Cette complication peut surgir dès le troisième ou le quatrième jour de la maladie, c'est-à-dire avant l'éruption; elle peut ne se montrer que tardivement, au moment de la convalescence, mais habituellement c'est vers le sixième ou le septième jour de la maladie, c'est-à-dire en pleine éruption, qu'éclate le *catarrhe suffocant*. Il est annoncé par une recrudescence de la fièvre et par une dyspnée croissante; aussi, si vers le huitième jour de la rougeole, la fièvre, qui devrait céder, persiste ou devient plus violente, si les râles de bronchite deviennent plus fins et plus nombreux, on doit redouter l'invasion de la bronchite capillaire et de la pneumonie lobulaire, à laquelle succombent si souvent les enfants. La fréquence des com-

1. Sanné. p. 177.

2. Renaut. *Diphth. consécutive à la rougeole*. Th. de Paris, 1886.

3. Voyez, au tome III, le chapitre consacré à l'*Angine diphthérique*.

plications broncho-pulmonaires varie suivant les épidémies; on les observe surtout dans les hôpitaux d'enfants et dans l'armée¹.

La bronchite capillaire et la broncho-pneumonie morbilleuse ne sont pas seulement imputables au virus morbilleux; elles sont surtout le résultat d'infections secondaires dont les agents habituels sont le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque², le bacille de la diphthérie.

Dans quelques cas, surtout chez l'adulte, la bronchite capillaire est la lésion dominante; elle n'aboutit pas à la broncho-pneumonie, elle n'en a pas le temps, les malades étant enlevés en quelques jours par ce catarrhe suffocant qui peut apparaître dès la période d'invasion, avant l'éruption. On dirait que toute la fluxion exanthématique se fait vers les bronches, l'éruption vers la peau étant nulle ou fort retardée. La caractéristique de cette bronchite capillaire est la *production de pus*. Chez l'adulte, l'expectoration est très purulente « phlegmorrhagique » (Trousseau) dès le premier ou le second jour; on dirait que le malade crache le pus d'un abcès, il en remplit son crachoir, et comme dans les derniers moments de la vie l'expectoration ne se fait plus, le pus s'accumule dans les bronches, dans la trachée, dans les fosses nasales, et après la mort il suffit d'incliner le cadavre pour voir le pus s'écouler au dehors (Joffroy).

La *pleurésie* est plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant; elle revêt parfois la forme purulente et la forme putride³.

Tuberculose. — Ce qui rend si redoutables les complications broncho-pulmonaires de la rougeole, c'est qu'elles sont souvent associées à d'autres infections, telles que la diphthérie, la gangrène, la suppuration, la tuberculose.

1. Blache et Guersant. *Pathol. infantile*. Paris, 1883. — Laveran. *Traité de mal. des armées*, p. 400.

2. Mosny. *Broncho-pneumonies*. Th. de Paris, 1891.

3. Roger et Cante. Infection secondaire post-rubéolique. *Presse méd.*, 29 septembre 1897.

La tuberculose associée à la rougeole peut revêtir différentes modalités. Chez les jeunes enfants, chez les bébés, la broncho-pneumonie morbilleuse est souvent tuberculeuse; elle présente rarement à l'autopsie les formes nodulaires et grossières de la tuberculose pulmonaire de l'adulte, mais par le raclage, par l'examen des coupes après durcissement, on constate fréquemment le bacille tuberculeux. L'hypertrophie de la rate, l'hypertrophie des plaques de Peyer, l'état graisseux du cœur sont autant de lésions qui accompagnent cette double infection morbillo-tuberculeuse¹.

Babès² a décrit une forme de pneumonie morbillo-tuberculeuse qu'il a rencontrée dans un certain nombre d'autopsies. La lésion semble débiter par les ganglions péri-bronchiques ramollis, qui renferment à la fois des bacilles tuberculeux et du streptocoque. Autour des ganglions se fait une infiltration pneumonique, dure, blanchâtre, uniforme, un peu grenue, d'aspect sarcomateux. Dans ce tissu, infiltré de cellules embryonnaires, on trouve des bacilles.

La tuberculose aiguë, la granulie peuvent éclater dans le cours ou dans la convalescence de la rougeole; la méningite tuberculeuse post-rubéolique n'est pas rare chez les enfants. Enfin certains sujets n'éprouvent que tardivement les premiers symptômes d'une tuberculose, qui a débuté à l'occasion de la rougeole.

L'*adénopathie bronchique*, parfois tuberculeuse, est presque constante chez les enfants atteints de rougeole; elle passe tantôt inaperçue, tantôt elle revêt un caractère nettement accentué et elle peut durer plusieurs mois avec ces symptômes habituels: accès de dyspnée, toux coqueluchoïde (Guéneau de Mussy).

Appareil digestif. — Du côté de l'appareil digestif nous avons à signaler quelques complications:

1. Landouzy. *Congrès de la tuberc.*, 1889, p. 195.

2. *Congrès de la tuberc.*, 1889, p. 539.

Stomatites. — La stomatite de la rougeole, véritable énanthème morbilleux de la bouche, est souvent suivie de desquamation linguale qui a quelque analogie avec la langue framboisée de la scarlatine. Cette stomatite morbilleuse, comparable à l'érythème et au catarrhe morbilleux de la gorge et du larynx, ouvre la porte aux infections secondaires dont voici l'énumération :

La stomatite *aphtheuse*, dont les ulcérations sont fort douloureuses et qui a pour siège de prédilection la langue, les lèvres et la face interne des joues.

La stomatite *ulcéro-membraneuse*, qui apparaît surtout au déclin de la rougeole ou pendant la convalescence¹.

La stomatite *diphthérique*, ou diphthérie buccale, qui occupe les gencives, la langue, les joues, les lèvres et qui peut être le point de départ de diphthérie pharyngo-laryngée.

Le *muquet*, qui s'observe fréquemment vers la fin des rougeoles graves.

Quant à la *gangrène de la bouche (noma)*, elle est devenue infiniment plus rare depuis que les moyens antiseptiques et prophylactiques sont employés avec rigueur. Le noma est souvent un accident tardif, du vingtième au trentième jour; il n'est pas, comme on pourrait le supposer, l'apanage des rougeoles graves; il apparaît après des rougeoles fort bénignes; sa rapidité est telle qu'en deux jours une excavation gangréneuse peut se produire. La gravité du noma morbilleux est d'autant plus grande, qu'il coïncide souvent avec des gangrènes du poumon, de la vulve, du pharynx.

Entérite. — La diarrhée, conséquence naturelle du catarrhe morbilleux intestinal, peut revêtir une telle intensité, que chez les jeunes enfants elle devient une terrible complication en prenant les allures du choléra infantile. On peut se demander s'il ne s'agit pas en pareil cas d'une association bactérienne analogue à celles qui ont été

1. Caubet. *Stomatites morbilleuses*. Th. de Paris, 1889.

décrites à la Société de médecine de Berlin par Baginsky.

Parfois l'entéro-colite morbilleuse est *dysentérique*, le malade éprouve du ténésme, des épreintes, et rend des matières sanguinolentes. J'ai souvent observé chez l'adulte cette entéro-colite dysentérique, bien décrite par Trousseau, et qui a servi de thèse à l'un de mes élèves¹.

Organes des sens. — La rougeole peut déterminer des complications aux yeux et aux oreilles :

Complications oculaires. — La conjonctivite morbilleuse est un des symptômes bénins et constants de la période d'invasion, mais la rougeole peut être l'occasion de complications oculaires multiples. Il y a une conjonctivite phlycténulaire et une kérato-conjonctivite phlycténulaire caractérisées par l'apparition de phlyctènes isolées ou confluentes². Cet accident, qui survient habituellement pendant la convalescence, peut exister dès le début de la maladie; il peut même être la seule manifestation d'une rougeole fruste³.

Ces complications oculaires sont chez quelques enfants l'origine de lésions plus graves ou plus persistantes : blépharite chronique, rebelle et tenace, avec perte des cils; taches opalines, *leucome* de la cornée (*λευκόω*, blanchir); inflammation du sac lacrymal, *dacryocystite* (*δάκρυον*, larme, et *κύστις*, sac); ulcère et abcès de la cornée, épanchement de pus dans la chambre antérieure, *hypopyon* (*ὑπό*, sous, et *πύον*, pus); perforation de la cornée, staphylome, perte de la vue⁴; troubles de réfraction, strabisme, asthénopie.

Otite. — L'otite morbilleuse a pour siège de prédilection l'oreille moyenne; elle est presque toujours double, et tellement fréquente, que sur vingt-trois autopsies de malades ayant succombé à diverses complications morbilleuses, Cordier⁵ a constaté vingt fois à des degrés divers, l'otite de

1. Macry. Th. de Paris, 1888.

2. Armand Trousseau. Paris, 1888.

3. Galezowski. *Revue des mal. de l'enf.*, 1888, p. 70.

4. Dujardin. *Revue des mal. de l'enf.*, 1886.

5. *Otite de la rougeole*. Th. de Paris, 1875.

la caisse du tympan. Sur seize autopsies d'enfants ayant succombé à des complications de la rougeole, München a toujours trouvé l'otite, même quand la mort était survenue au troisième jour de la maladie. Cette fréquence s'explique, car la trompe d'Eustache met l'oreille moyenne en communication avec l'arrière-cavité des fosses nasales qui sont toujours envahies par le catarrhe morbilleux. Toutefois, München ne pense pas que l'otite soit toujours la conséquence d'une propagation infectieuse venant du pharynx; il pense que la caisse du tympan est infectée pour son propre compte; l'otite serait en cela comparable à la conjonctivite, à la bronchite, à l'entérite; elle serait produite par l'exanthème comparable à l'exanthème des muqueuses¹.

L'otite légère est caractérisée par un catarrhe mucopurulent de la caisse avec exsudat et vascularisation de la muqueuse. A un degré plus avancé, le catarrhe est franchement purulent, il occupe la caisse, la trompe d'Eustache et, suivant l'âge du sujet, il envahit les cellules pré-mastoiïdiennes ou mastoiïdiennes. Parfois la chaîne des osselets est compromise.

Dans ses formes légères, l'otite morbilleuse passe presque inaperçue; peu ou pas de douleurs; pas de troubles auditifs, et souvent, à l'insu du malade, le liquide mucopurulent s'écoule dans la trompe d'Eustache redevenue perméable. Les formes intenses sont accompagnées de douleurs vives, de troubles auditifs, et de tuméfactions douloureuses de la région mastoiïdienne; toutefois l'otite de la rougeole est moins douloureuse que d'autres otites infectieuses. A l'otoscope, la membrane du tympan a perdu sa teinte gris perle, elle est rosée, et de plate qu'elle était elle est bombée, surtout dans son segment sous-ombilical. Cette otite aboutit souvent à la perforation du tympan, ce qui procure aussitôt au malade un très grand soulagement.

L'otite morbilleuse, bien traitée, guérit presque toujours

1. *La Presse médicale*, 18 avril 1896, p. 192.

sans laisser trace de surdité, mais parfois elle est suivie d'otorrhée chronique, elle aboutit à des lésions irrémédiables de la caisse (épaississements, végétations, adhérence, nécrose des osselets) et l'audition est compromise ou abolie.

Dans quelques cas, l'otite morbilleuse provoque des accidents fort graves, tels que la suppuration des cellules mastoiïdiennes nécessitant l'application du trépan, l'envahissement des méninges (méningite otitique morbilleuse), l'infection purulente généralisée, avec abcès, ictère (Trousseau), broncho-pneumonie gangréneuse, pleurésie (Netter). Ces différentes complications peuvent survenir au déclin de la rougeole ou même après la convalescence.

La surdité complète est un des plus tristes reliquats de la rougeole. Chez les enfants au-dessous de trois ans cette surdité a comme conséquence désastreuse de provoquer la *mutité*. On peut dire que, sur 100 sourds-muets, la surdité est due 25 fois à l'otite des fièvres éruptives, scarlatine, rougeole, typhoïde, et dans cette statistique la rougeole réclame la plus large part¹ (Loewenberg, Hermet).

Aux autopsies rapportées par München, l'exsudat de la caisse était presque toujours purulent ou séro-purulent; dans quatre cas, à côté de l'exsudat purulent existait un exsudat fibrineux. L'examen *bactériologique* de l'exsudat a montré tantôt la présence d'une culture pure de streptocoques, tantôt la présence de staphylocoques; l'exsudat de l'oreille après ponction de la membrane du tympan a donné les mêmes résultats.

Autres complications. — Les *gangrènes*, et notamment les gangrènes du poumon, de la vulve et de la bouche (*noma*), sont des accidents qui surviennent à la suite de la rougeole, surtout dans les hôpitaux d'enfants. Il faut dire que ces accidents sont beaucoup plus rares aujourd'hui depuis que les règles de l'antisepsie sont rigoureusement observées.

1. Hermet. Otite de la rougeole. *Concours méd.*, 24 décembre 1887.

La *diphthérie*, sous toutes ses formes, diphthérie pharyngée et laryngée, diphthérie cutanée, diphthérie maligne, est une terrible complication beaucoup moins fréquente à notre époque, grâce aux mesures prophylactiques et au traitement antiseptique.

Fièvres éruptives associées. — La rougeole et la scarlatine peuvent évoluer en même temps sur le même malade; l'association de ces deux fièvres éruptives sur le même sujet me paraît pouvoir être classée de la façon suivante :

Tantôt les deux fièvres éruptives sont *successives*, c'est-à-dire que l'une commence quand l'autre finit; elles sont *subintrantes*, l'une commençant quand l'autre n'est pas encore terminée; tantôt elles sont simultanées, les deux paraissant évoluer presque simultanément. Suivant ces différents types, le tableau clinique est différent. La coqueluche est souvent associée à la rougeole.

Après avoir étudié l'évolution de la rougeole normale, les rougeoles anormales et les complications morbilleuses, passons au diagnostic.

Diagnostic. — Le diagnostic de la rougeole est souvent difficile à la période d'invasion; si tous les symptômes sont au complet, il n'y a pas d'hésitation possible; mais si l'un de ces symptômes prend une importance exagérée, on croit avoir affaire à une laryngite, à un faux croup, à une bronchite, à une entérite, à une grippe, alors que l'éruption vient quelques jours plus tard redresser l'erreur.

Le signe de Koplick (taches blanches et bleuâtres de la muqueuse des lèvres et des joues pendant la période pré-éruptive) n'a pas dans le diagnostic précoce de la rougeole une grande valeur, car il manque parfois, et, d'autre part, il existe dans d'autres affections (Widowitz). J'en dirai autant du signe de Bolognini (frottement péritonéal perçu en exerçant sur l'abdomen du malade des pressions successives); ce signe manque dans la moitié des cas (Koppen).

Les éruptions morbilliformes simulent l'éruption de la rougeole, témoin l'éruption morbilliforme de la variole (rasch), de la diphthérie, de la suette, de la rubéole, des

roséoles; mais la rougeole a pour elle les symptômes de la *période d'invasion* avec ses catarrhes; c'est là un principe que je ne cesse de répéter à mes élèves : En fait de fièvre éruptive, ce sont les symptômes de la période d'invasion, bien plus que l'éruption, qui donnent à la maladie ses caractères spécifiques. Néanmoins des cas difficiles peuvent se présenter, je vais les passer en revue.

Roséole syphilitique. — Au premier abord le diagnostic entre la rougeole et la roséole syphilitique a l'air fort simple. La roséole syphilitique apparaît six semaines à trois mois après la contagion; c'est la plus précoce et la plus commune des manifestations cutanées de la syphilis; elle est habituellement apyrétique, assez discrète; les démangeaisons manquent complètement, et, quand l'éruption se fait en plusieurs poussées, leurs teintes diverses donnent à la peau un aspect particulier que J.-L. Petit avait nommé *peau truitée*. La roséole syphilitique se présente sous deux formes principales, souvent associées : l'une est maculeuse, caractérisée par des taches rosées sans élévation, et disparaissant à la pression; l'autre est papuleuse, formée par des taches saillantes. Les taches sont rares aux membres et à la face, inconnues aux pieds et aux mains; elles ne desquament pas. Ces caractères semblent suffisants pour établir un diagnostic; mais parfois la roséole syphilitique revêt des allures un peu différentes; elle est confluyente, morbilliforme (Bazin); elle est accompagnée de fièvre, d'érythème et de catarrhe pharyngo-laryngé avec raucité de la voix, et le diagnostic avec la rougeole mérite alors une sérieuse attention.

Roséoles médicamenteuses. — Le copahu, le cubèbe, l'antipyrine, l'iode, déterminent parfois des éruptions morbilliformes qui ont pour caractère de débiter rarement par la face et d'être habituellement accompagnées de démangeaisons : en cas de difficulté réelle, l'enquête étiologique suffirait pour éclairer le diagnostic¹. L'empoisonnement sub-

1. Oudjian. *Éruptions médicamenteuses*. Th. de Paris, 1896.

aigu par l'*Arsenic* mérite d'arrêter notre attention, parce qu'il a bien des points communs avec la rougeole. Cet empoisonnement, ainsi qu'il résulte de nombreuses observations¹, peut provoquer non seulement une éruption morbilliforme, mais encore du catarrhe des yeux, du nez, du larynx et des bronches qui simule les catarrhes de la rougeole. Aussi, en cas de doute, faut-il étudier avec soin les symptômes nerveux de l'empoisonnement arsenical (parésie, anesthésie, hyperesthésie), et rechercher l'arsenic dans les urines et dans les cheveux du malade.

Autres maladies. — Le diagnostic de la rougeole avec la suette rubéolique, avec la roséole et la rubéole ressortira de la description de ces différentes maladies.

Pronostic. — **Reliquats.** — La rougeole est par elle-même une maladie bénigne, mais les complications multiples que j'ai énumérées prouvent assez quelle peut en être la gravité. Une fois guérie, la rougeole peut laisser après elle des *reliquats* qui constituent, les uns une infirmité, les autres un danger redoutable. Au nombre de ces reliquats je citerai la surdi-mutité, la surdité, l'otite chronique, des troubles de la vision, la cécité, l'engorgement des ganglions du médiastin, la tuberculose pulmonaire. Chez les sujets prédisposés et lymphatiques, la rougeole, par ses localisations aux yeux, au nez, aux oreilles, laisse après elle des blépharites, des ophthalmies, des eczémas chroniques.

J'ai constaté deux fois, chez l'adulte, à titre de reliquat morbillieux, un catarrhe bronchique chronique, dont les symptômes (toux, sueurs nocturnes, amaigrissement, râles aux deux poumons) simulaient la tuberculose. L'examen bactériologique que j'avais confié à Berlioz a démontré que c'était une fausse tuberculose sans bacilles de Koch, sans fibres élastiques. La flore microbienne se composait de microcoques groupés en amas, en courts chapelets, en tétrades et de bâtonnets courts et trapus ne prenant pas le Gram.

1. Brouardel et Pouchet. *Affaire Pastré-Beaussier*. Paris, 1889.

Étiologie. — Quoique la rougeole puisse atteindre tous les âges, elle est néanmoins plus spéciale à l'enfance. On a cité des cas de rougeole congénitale, transmise au fœtus par la mère. La rougeole est rare dans la première année, elle atteint son maximum de fréquence chez les enfants de trois à cinq ans. Elle est épidémique et extrêmement contagieuse; il suffit qu'un petit morbillieux soit dans une réunion d'enfants pour qu'il donne la rougeole à dix, vingt, trente de ses petits camarades.

La contagiosité de la rougeole débute avec la période d'invasion et dure jusqu'à la fin de l'éruption¹. Ce fait, que la rougeole est surtout contagieuse dès la période d'invasion, prouve que le germe morbillieux vient moins de la peau que des voies respiratoires (mucus nasal, mucus laryngo-bronchique). Le germe de la rougeole a peu de tendance à se répandre au loin; à quelques mètres de distance la rougeole n'est plus contagieuse. Par contre, la contagion indirecte est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pensait autrefois²; le germe peut être transporté par un intermédiaire (tierce personne, vêtement, objet usuel, etc.) à une distance de plusieurs kilomètres dans un temps très court. L'agent morbillieux perd rapidement ses propriétés pathogènes; si un enfant morbillieux a quitté sa chambre, on peut faire entrer d'autres enfants dans cette chambre, dès le lendemain, sans aucune crainte. L'enfant atteint d'une autre maladie infectieuse, fièvre typhoïde, diphtérie, scarlatine, n'est pas, comme on l'avait supposé, à l'abri de la rougeole; ces affections peuvent se développer simultanément³.

Une première atteinte de rougeole confère généralement l'immunité; toutefois la rougeole peut récidiver à plusieurs années de distance et même rechuter, comme le prouve un cas typique rapporté par P. Vergely⁴. Cette question des

1. Bécclère. *Contagion de la rougeole*. Th. de Paris, 1882.

2. Lesourd. *Contagion de la rougeole*. Th. de Paris, 1900.

3. John Bez. *Contemporanéité des fièvres éruptives*, etc. Th. de Paris, 1877.

4. P. Vergely. *Considérations sur les rechutes de la rougeole*. *Rev. mens. des malad. de l'enfance*, août 1898.

récidives et des rechutes de la rougeole est encore obscure, parce que rechute et récurrence ne sont pas suffisamment précisées par les auteurs. Toutefois, elles sont peu fréquentes, et la récurrence est beaucoup plus rare que la rechute (Vergely).

L'agent infectieux de la rougeole est à trouver. Klebs a décrit en 1875 des monadines morbillieuses, mais il n'a pu les cultiver. Babès, de son côté, a trouvé dans les produits de sécrétion de la rougeole et dans les alvéoles pulmonaires de sujet ayant succombé à cette affection, de petits microcoques isolés, ou réunis deux à deux, ou disposés en chaînettes. Lesage a rencontré, pendant la période éruptive de la rougeole, dans le mucus nasal et guttural, un microcoque extrêmement fin, aggloméré en zoogloée et décoloré par le Gram. Sur gélose simple, la culture donne un petit sablé très fin, transparent, analogue aux cultures fines de streptocoque ou de bacille de Pfeiffer. Chez le lapin, l'injection sous-cutanée, ou intra-veineuse, provoque une septicémie hémorragique, dont la durée oscille entre deux et vingt jours; on peut obtenir la même septicémie, en plaçant du mucus morbillieux dans les fosses nasales du lapin. Du sang pris à un enfant en pleine éruption de rougeole et inoculé au lapin donne encore la septicémie. Ce microbe ne peut être confondu ni avec le bacille de Pfeiffer, ni avec le bacille de Wilks¹. Mais il est impossible de dire s'il s'agit là de microbes indifférents ou pathogènes. Les expériences tentées pour inoculer la rougeole n'ont donné de résultats positifs que chez le singe; Josias² a pu donner la rougeole aux singes saïous, tandis que les macaques ont été réfractaires; chez le singe, la maladie évolue en cinq jours, avec coryza, larmolement et fièvre. La rougeole, a-t-on dit, peut naître chez le singe qui vit dans un milieu morbillieux³.

Traitement. — Dans les formes habituelles de la ma-

1. Lesage. Note sur la rougeole. *Soc. de biol.*, 3 mars 1900.
2. Josias. Rech. expér. sur la transmissibilité de la rougeole aux animaux. *Méd. mod.*, 9 mars 1898.
3. Chavigny. Un cas de rougeole chez le singe. *Bull. méd.*, 10 avril 1898.

ladie, le *traitement* consiste en soins hygiéniques; irrigations antiseptiques du nez de la gorge, des yeux, de la vulve, régime lacté (avec addition d'eau de chaux au cas de diarrhée); potion calmante avec quelques gouttes d'aconit, sirop diacode contre la toux. L'otite doit être surveillée de près. La rougeole étant fort contagieuse, il faudra user pour les morbillieux des procédés *sérieux d'isolement* et de désinfection recommandés pour toutes les maladies contagieuses. Grancher a mis en usage dans son service des règles d'isolement qui ont donné des résultats remarquables. L. Martin¹ a institué à l'Hôpital Pasteur un mode d'isolement cellulaire et un fonctionnement hygiénique qui ont réduit la contagion et la mortalité (rougeole, scarlatine, variole, diphthérie, etc.) à un minimum inconnu jusqu'à ce jour.

Dans le cas où la rougeole revêt la forme maligne, typhoïde, délirante, hypertoxique, j'ai préconisé et j'ai appliqué avec succès le traitement par les bains froids. On trouvera aux Bulletins de la Société médicale des hôpitaux, séances du 9 mai et 20 juin 1890, l'observation de deux jeunes filles atteintes l'une et l'autre de rougeole qui semblaient devoir être mortelle à brève échéance et qui furent manifestement guéries par les bains froids que je fis donner.

Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une jeune fille de 16 ans: la rougeole avait été régulière jusqu'au sixième jour. A dater de ce moment, la température s'éleva jusqu'à 40°,9, le pouls monta à 150 et 140 pulsations, la langue devint sèche et rôtie, les urines diminuèrent de quantité et le délire apparut. La dyspnée, l'angoisse et la prostration s'ajoutèrent à ces symptômes. C'est dans ces conditions que je donnai les bains froids; six bains furent donnés en vingt-quatre heures, et le résultat, excellent du reste, ne se fit pas attendre. Dans l'autre cas, chez un enfant de 10 ans, que je voyais avec Blache, la rougeole, dès la période d'éruption, prit des allures de malignité: agitation, anxiété respiratoire, 80 respirations par minute, 40 degrés de tempéra-

1. L. Martin. *Revue d'hygiène*, mars 1905.

ture, 140 pulsations, suppression presque totale des urines. Malgré un catarrhe bronchique intense, je conseillai les bains froids, et la médication, appliquée dans toute sa rigueur, donna le plus favorable résultat. Je me crois donc autorisé à poser les conclusions suivantes :

1° Malgré les bains froids, l'éruption de la rougeole continue son évolution normale, on ne doit donc pas redouter de faire rentrer l'éruption. Chez la deuxième petite malade qui a pris sept bains froids dès le deuxième jour d'une éruption généralisée et presque confluyente, l'éruption pâlisait légèrement pendant le bain, mais un quart d'heure après elle reprenait tous ses caractères et la desquamation s'est faite classiquement, à jour fixe.

2° Sous l'influence des bains froids, la sécrétion urinaire tend à se rétablir, ainsi que c'est l'usage, toutes les fois qu'on traite par les bains froids les maladies infectieuses à forme grave, scarlatine, fièvre typhoïde, pneumonie, où la sécrétion urinaire est compromise.

3° Les bains froids ne semblent avoir aucune action fâcheuse sur la bronchite ou la pneumonie morbilleuse, puisque la bronchite capillaire et la broncho-pneumonie, qui devenaient menaçantes chez notre deuxième malade, ont cédé, malgré la continuation des bains froids, peut-être à cause des bains froids. La même remarque peut être faite pour les bronchites et pneumonies typhoïdes qui ne sont pas une contre-indication aux bains froids. Ce qui est préjudiciable, c'est l'application d'un vésicatoire à un malade chez lequel la sécrétion urinaire est déjà fort amoindrie; aussi le vésicatoire doit-il être abandonné, au cas de pneumonie primitive ou secondaire, surtout quand la fonction urinaire est déjà compromise, qu'il y ait ou non albuminurie. Un cas de pneumonie grave à forme ataxo-dynamique, que je viens de traiter efficacement par les bains froids, sans autre médication, m'engage une fois de plus à délaissier l'usage du vésicatoire dans des circonstances analogues.

En résumé, toute maladie infectieuse revêtant les formes graves, dites malignes, ataxo-dynamique, etc., qu'il

s'agisse de rougeole, de scarlatine, de pneumonie, ces maladies (à moins de contre-indication) doivent être traitées par les bains froids. Ce traitement, qui jusqu'ici avait été presque exclusivement réservé à la fièvre typhoïde, doit être généralisé aux maladies infectieuses, dès que l'infection revêt certaines allures et une notable intensité; les autres médications, les autres médicaments, tout utiles qu'ils peuvent être, me paraissent secondaires; les bains froids en pareille circonstance priment toute autre médication.

La température du bain doit être proportionnée à la nature et à l'intensité du mal; mais en tout cas il ne faut pas se contenter de bains tièdes, il faut donner des bains froids, c'est-à-dire des bains dont la température oscille de 22 à 24 degrés. On peut mettre le malade dans le bain à 24 degrés, et abaisser graduellement la température du bain à 23, 22 degrés, suivant les préceptes qu'on trouvera longuement exposés au chapitre de la fièvre typhoïde.

En utilisant la photothérapie, selon la méthode employée par Finsen dans la variole, c'est-à-dire en plaçant le malade dans une chambre uniquement éclairée par des verres rouges, Chatinière¹ a vu se modifier favorablement plusieurs des symptômes de la rougeole: l'éruption, l'hyperthermie, la bronchite ont rétrogradé progressivement.

§ 6. RUBÉOLE

La rubéole est une fièvre éruptive plus fréquente en Allemagne qu'en France; elle est contagieuse, elle sévit parfois sous forme d'épidémies, distinctes des épidémies de scarlatine et de rougeole, elle atteint aussi bien les individus qui ont eu, ou qui n'ont pas eu la rougeole et la scarlatine, et elle ne leur confère nullement l'immunité contre ces deux maladies. Ces caractères nous engagent à admettre la rubéole comme entité morbide distincte.

1. M. Chatinière. *Presse méd.*, 10 septembre 1898 et 28 avril 1900.