

du laryngoscope. Le calibre du larynx est rétréci par la tuméfaction inflammatoire, les ventricules sont effacés; la muqueuse, soulevée par les glandes sous-jacentes, est recouverte de muco-pus. Au microscope, on voit le derme muqueux infiltré de leucocytes qui s'accumulent principalement autour des vaisseaux et des glandes. Les follicules lymphatiques sont saillies et sont gorgés de cellules qui, dépassant les limites des follicules, infiltrent le tissu sous-jacent. L'épithélium de revêtement peut être altéré, surtout au niveau de la corde vocale inférieure. La laryngite de la rougeole peut être *catarrhale* ou *ulcéreuse*; dans ce dernier cas, les follicules clos sont nécrosés et entamés; la lésion peut aller plus loin et gagner les cartilages (périchondrite, abcès sous-muqueux, etc.). Du côté de la muqueuse intestinale, on a signalé l'hypertrophie des follicules clos et des plaques de Peyer. Les ganglions en rapport avec les muqueuses malades sont peu atteints dans la rougeole, beaucoup moins que dans la scarlatine et la diphtérie.

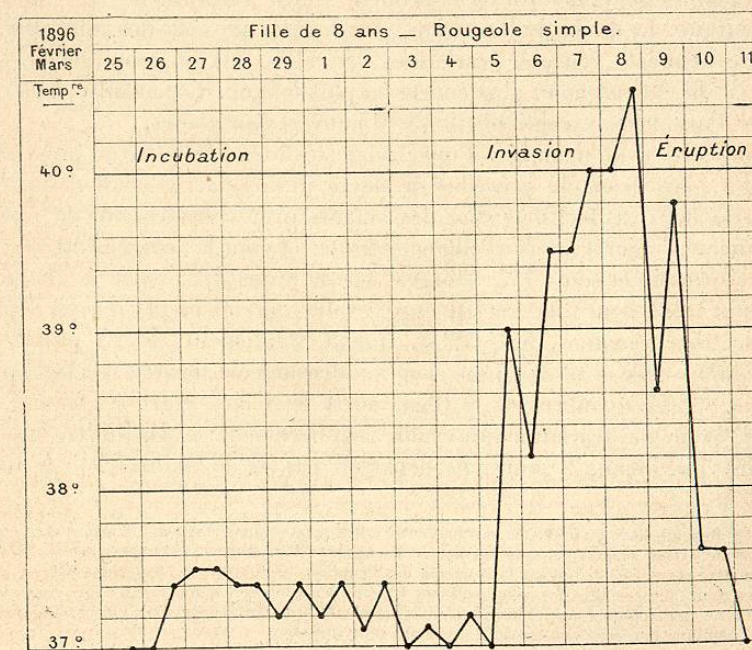
Dans les cas compliqués, on peut observer des lésions viscérales plus ou moins graves, et en particulier la broncho-pneumonie qui peut être lobulaire disséminée, ou pseudo-lobaire, ou à forme de bronchite capillaire (congestion étendue, bronchite suppurée des petites bronches). Je passe sur les lésions gangreneuses de la bouche, de la vulve, du poumon dont il sera parlé au chapitre des *Complications*.

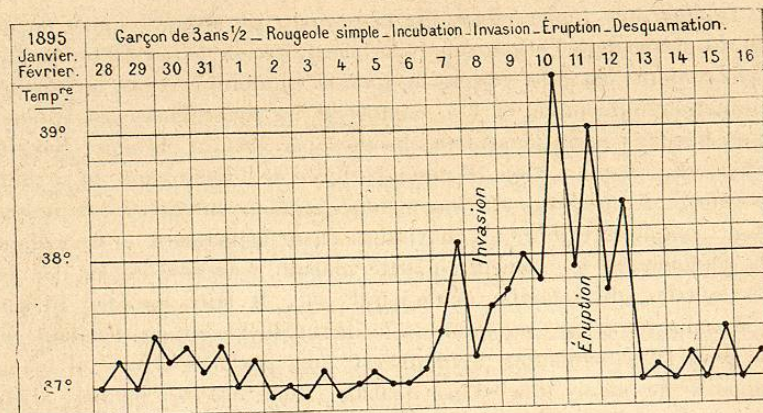
L'examen du sang n'a pas montré l'aspect et les lésions qu'on observe dans d'autres maladies infectieuses, dans la diphtérie par exemple. Le sang *dissous*, le sang *sépié* sont rares. Mais Demme a trouvé que, dans la période fébrile de la maladie, le chiffre des globules rouges diminuait de moitié; il y aurait, à cette période, en même temps que l'hypoglobulie, une grande abondance de microcytes, de noyaux libres, de fragments de noyaux. Le taux de la fibrine serait également abaissé. Griffiths a trouvé, dans l'urine des rougeoleux, une ptomaïne qui aurait pour formule $C^5H^5Az^5O$, et qui, inoculée aux chats, déterminerait de la fièvre et la mort en moins de 2 jours.

Enfin, dans cette esquisse anatomique des lésions [de la rougeole doit figurer la mention des complications tuberculeuses qu'on observe si souvent à la suite de la maladie, soit du côté des ganglions médiastinaux (caséification), soit du côté des poumons (granulations grises, jaunes, amas caséux, broncho-pneumonies tuberculeuses à différents degrés d'évolution, etc.). Très souvent, à l'autopsie d'enfants morts de rougeole, la tuberculose se révèle, soit qu'elle existât au préalable (cas fréquent), soit qu'elle se fût développée sous l'influence de la rougeole.

Symptômes. — La rougeole est une maladie cyclique qui évolue suivant des étapes parfaitement réglées d'avance, toujours les mêmes, quand elles ne sont pas troublées par des complications intercurrentes; tous les cas sont en quelque sorte superposables, et le type morbide se reproduit incessamment chez les différents sujets, dans sa forme, dans sa chronologie, dans ses allures générales. Seule l'intensité varie suivant les circonstances d'âge, de milieu, de terrain, etc. On distingue dans la rougeole, comme dans les autres fièvres éruptives, quatre périodes : l'*incubation*, l'*invasion*, l'*éruption*, la *desquamation*.

1° Incubation. L'incubation est la période qui s'écoule entre la pénétration du germe dans l'organisme et la manifestation de ses effets. Sa durée n'est pas toujours facile à établir, le contact n'impliquant pas forcément la contamination immédiate, et l'on comprend les divergences des auteurs à ce sujet. Les faits minutieusement observés par Panum, Bèclère, Sevestre, Grancher, etc., fixent à 9 ou 10 jours la durée de l'incubation, et ce chiffre est très voisin de celui que les inoculateurs avaient obtenu (7 à 8 jours). Il faut donc compter 10 jours au maximum entre le moment où un enfant a pris la rougeole, et le moment où cette maladie s'annoncera par des prodromes fébriles, du catarrhe oculo-nasal, etc. Il faut compter 14 jours entre le moment de la contagion et le début de l'éruption. Pendant cette longue période d'incubation, l'enfant est bien portant; il joue, il mange, il sort, il se promène, il n'est pas malade. Rien, dans sa manière d'être, ne permet de prévoir la rougeole. C'est en vain que Bohn et Rehn ont prétendu saisir quelques légers malaises, que Dieulafoy dit avoir observé des éruptions passagères; Grancher déclare que rien n'est constant et qu'il a pendant 2 ans cherché, dans son service, à reconnaître la rougeole avant l'invasion, sans trouver un symptôme ayant le moindre caractère non pas de certitude, mais de probabilité. « La fièvre, par exemple, que nous supposons précéder de quelques heures au moins l'invasion, c'est-à-dire l'éruption, arrive en même temps que lui; et, lorsque, à la première élévation du thermomètre, l'enfant en prévision de la rougeole était isolé, il était déjà trop tard le plus souvent. L'incubation qui dure, de l'infection à l'invasion, 8 à 10 jours, se passe donc silencieusement. » Voici deux courbes montrant ce silence de l'incubation.





D'après le Dr Combe (de Lausanne), il y aurait, pendant l'incubation, une hyperleucocytose polynucléaire triplant le chiffre des globules blancs (*Arch. de méd. des Enfants*, 1899)¹. Cette hyperleucocytose a été retrouvée par le Dr Plantenga (*ibid.*, 1^{er} mars 1905).

D'après le Dr H. Meunier (*Gaz. hebd.*, 6 mai 1898), l'incubation de la rougeole serait marquée par un *abaissement notable de poids*. Sur 45 cas, 45 fois l'abaissement du poids a été relevé pendant l'incubation. Cet abaissement se manifeste vers les 5^e, 4^e, 5^e jours de l'incubation, s'accroît les jours suivants et continue jusqu'à l'invasion.

2^o *Invasion*. L'invasion de la rougeole est caractérisée par la fièvre et les symptômes généraux qui en dépendent et par l'*élanthème* ou catarrhe prémonitoire. La durée de l'invasion, plus longue que celle des autres fièvres éruptives (rubéole, varicelle, scarlatine, varicelle), est en moyenne de 3 à 4 jours; elle est rarement plus courte ou plus longue. Cependant on a cité des cas d'une durée exceptionnelle (5, 6 jours et davantage).

L'invasion peut manquer d'une façon absolue, l'éruption se présentant d'emblée, sans avoir été précédée de fièvre ni de catarrhe oculo-nasal. J'en ai observé deux cas fort nets chez des enfants qui, convalescents de scarlatine, étaient l'objet d'une surveillance étroite, et dont la température rectale était prise matin et soir : F... Georges, âgé de 8 ans 1/2, entre à l'hôpital, le 21 juin 1890, pour une scarlatine qui évolue normalement; il avait depuis plus de trois semaines, 37°, 37°,5, quand subitement, le 25 juillet, le thermomètre accuse 39°,6 et une éruption de rougeole apparaît à la face, puis au tronc et aux membres. U... Olga, âgée de 4 ans, entre à l'hôpital, le 4 juin, pour une scarlatine qui évolue régulièrement; le 10 juillet, la température qui, depuis 9 jours, ne dépassait pas 37° le matin, 37°,5 le soir,

(1) Le Dr Renaud, élève du Dr Combe, a repris cette étude dans sa thèse (Lausanne, 1900), et il conclut : 1^o l'hyperleucocytose avant l'éruption permet de reconnaître l'incubation; 2^o l'hyperleucocytose de la phase éruptive permet de distinguer la rougeole des éruptions similaires; 3^o l'hyperleucocytose, après l'éruption, peut faire craindre des complications; 4^o parmi les différents leucocytes, ce sont surtout les polynucléaires neutrophiles qui augmentent ou diminuent; 5^o l'hyperleucocytose, qui accompagne la rougeole, explique la réceptivité morbide créée par cette maladie.

monte à 38°,6, 39°,4, en même temps qu'une éruption de rougeole se déclare à la face, pour suivre ses phases classiques.

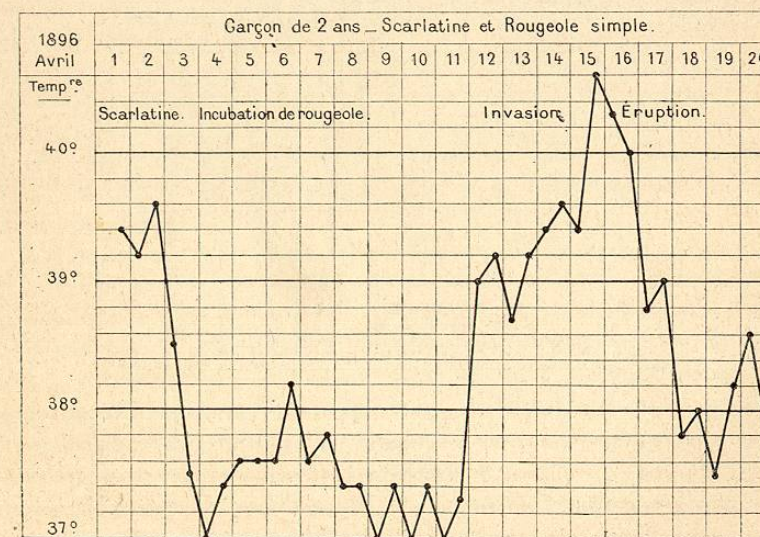
Dans ces deux cas, il n'y eut ni invasion fébrile, ni catarrhe prémonitoire.

L'invasion n'est pas toujours bruyante; elle peut être insidieuse; dans ce cas les enfants ne sont pas arrêtés, ils ne gardent ni le lit, ni la chambre, ils continuent de fréquenter l'école, de jouer avec leurs camarades, et ils peuvent ainsi, pendant les premiers jours, semer la contagion dans leur entourage. Sans doute, si l'on prenait la température à ce moment, on trouverait un degré plus ou moins élevé de fièvre; mais on n'est pas sollicité à le faire par les symptômes morbides.

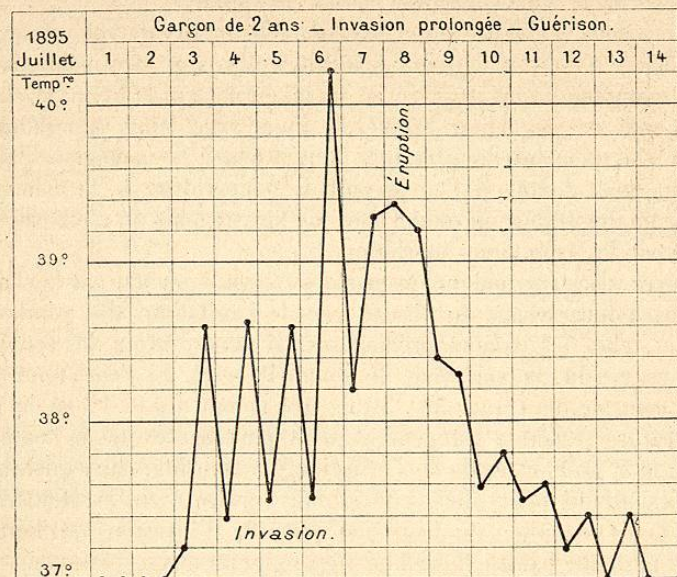
La fièvre s'accuse quelquefois par des frissons, par la chaleur de la peau avec turgescence du visage, par de l'agitation, des vomissements parfois, et, chez les enfants prédisposés, il peut y avoir des convulsions. L'appétit est perdu, la soif vive, le sommeil agité. Si l'on prend la température centrale, on trouve 39°, 39°,5, 40° même dès le 1^{er} ou le 2^e jour. La température vespérale est généralement plus haute que la température matinale; le 5^e jour, la veille de l'éruption, on constate, dans quelques cas, une rémission qui peut aller à 2° et faire croire à un avortement de la maladie. Cette rémission du troisième jour de l'invasion est loin d'être constante ni même habituelle si l'on s'en rapporte aux courbes de température qui figurent dans cet article.

Dans la courbe ci-dessus comme dans la courbe ci-dessous, on peut même voir que le troisième jour est marqué par une ascension très forte. Il n'y a donc pas à compter sur la rémission du troisième jour de l'invasion. En réalité la courbe thermique de l'invasion est des plus variables et des plus irrégulières.

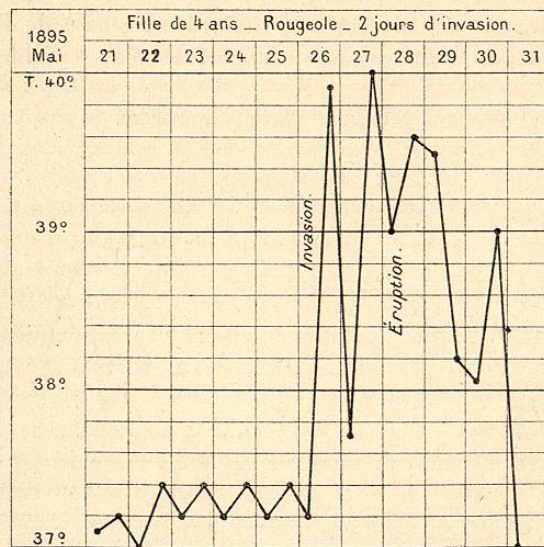
Voici une courbe de rougeole simple montrant la durée ordinaire de l'invasion :



En voici une autre avec invasion prolongée (5 jours) :



En voici une troisième avec invasion raccourcie :



Mais la courbe thermique n'a pas d'objectivité, on ne peut la suivre que de parti pris et le thermomètre à la main. Au contraire, le catarrhe oculonasal est objectif, il s'impose d'emblée à l'attention et mérite d'être étudié avec le plus grand soin. L'enfant, dès le premier jour, a les yeux larmoyants, les conjonctives injectées, les paupières gonflées; une sécrétion muco-puru-

lente se dépose aux coins des yeux, les bords palpébraux sont chassieux; il se plaint de chatouillements, de picotements désagréables, de photophobie. En même temps les narines sont gênées, obstruées, enchifrenées; des éternuements répétés se montrent, et quelquefois des épistaxis. Le coryza est des plus manifestes, et se traduit par un écoulement séreux et muqueux qui irrite le pourtour des narines et la lèvre supérieure. L'enfant se plaint de chatouillements désagréables dans les fosses nasales et quelquefois de douleur et de tension au niveau de la racine du nez et des sinus frontaux. Il tousse péniblement, car la congestion s'étend au pharynx, au larynx, aux bronches; la toux est rauque, creuse, férine; quelquefois il y a un véritable accès de stridulisme, avec dyspnée extrême, tirage passager ou permanent. Dans quelques cas, on a pu craindre le croup. L'examen laryngoscopique, quand il a été fait, a montré la rougeur et le gonflement de l'épiglotte, des cordes vocales, de toute la muqueuse du larynx; cette laryngite érythémateuse est l'éruption de la rougeole sur la muqueuse. Il est probable et même sûr que cette éruption descend plus bas, dans la trachée, dans les bronches. L'auscultation en témoigne: râles ronflants, sibilants, sous-crépitaux précédant l'exanthème.

L'éruption n'est pas bornée aux voies respiratoires, quoiqu'il les atteigne avec prédilection et intensité. Dès le début de l'invasion et pendant l'éruption, on peut constater que toute la muqueuse buccale est rouge, tuméfiée, que le voile du palais est souvent le siège d'un pointillé rubéolique, que le pharynx est érythémateux dans sa totalité. Enfin il existe du catarrhe gastrique et du catarrhe intestinal attesté quelquefois par des flux diarrhéiques. Un médecin italien, le Dr Bolognini (*La Pediatria*, 1895) a prétendu même que le péritoine était touché par l'éruption, et il signale au début un froissement péritonéal obtenu par la palpation méthodique de l'abdomen. Ce froissement, très superficiel, très fin, neigeux, je l'ai cherché dans beaucoup de cas, et je crois l'avoir trouvé quelquefois; mais je n'oserais l'affirmer d'une façon absolue. Ce qui est constant et évident, c'est l'éruption buccale, qui précède l'éruption et l'accompagne. Il suffit d'écartier les lèvres des enfants, pour voir que les gencives sont gonflées, rouges, parfois violacées, sans être ni fongueuses, ni saignantes. Dans la plupart des cas elles sont revêtues d'un enduit épithélial opalin ou blanchâtre, très mince, très facile à détacher avec l'ongle, et ne rappelant que de loin les fausses membranes.

J'ai insisté sur cette *stomatite érythémato-pultacée* des rougeoleux, et sur sa valeur au point de vue du diagnostic différentiel dans les cas douteux. Sans doute elle n'est pas propre à la rougeole, on la retrouve parfois dans la scarlatine, dans la grippe et dans d'autres maladies aiguës. Mais elle manque dans la rubéole et les érythèmes morbilliformes pathogénétiques, et elle peut être utilisée pour éliminer les fausses rougeoles.

Le Dr Koplik (de New York) a décrit, pendant l'invasion, un éruption buccale qui serait constant et permettrait d'annoncer à coup sûr l'éruption. Ce sont de petites taches rosées ou rouges centrées d'un point bleuâtre à la surface interne des joues et des lèvres. Pour bien les voir, il faut un bon