

éclairage (*Med. Record*, 9 avril 1898). J'avoue les avoir souvent cherchées en vain. Le *signe de Koplik* est d'une constatation difficile et sa valeur par cela même très amoindrie.

L'énanthème gagne tout le pharynx, envahit les trompes d'Eustache et l'oreille moyenne, les cellules mastoïdiennes, etc. Cette propagation nous explique la fréquence des otites, des mastoïdites, des perforations du tympan rencontrées si souvent au cours ou à la suite de la rougeole.

Le Dr Bezold (*Münch. med. Woch.*, mars 1896), ayant examiné avec soin l'oreille de 16 enfants qui avaient succombé à la rougeole, a toujours rencontré des lésions inflammatoires, et Tobeitz, sur 22 examens, était arrivé au même résultat. L'inflammation se montre dans la trompe d'Eustache, dans la caisse du tympan, dans les cellules mastoïdiennes; la muqueuse est rouge, gonflée, recouverte d'un exsudat muco ou séro-purulent, crémeux ou fibrineux. L'examen bactériologique a révélé la présence des streptocoques dans la moitié des cas, celle des staphylocoques blancs ou dorés dans l'autre moitié. L'otite de la rougeole est très précoce, comme les autres localisations de l'énanthème. Chez un malade de Tobeitz mort 24 heures après l'éruption, l'otite était déjà constituée. Dès le 3^e ou 4^e jour, la muqueuse des trompes, de la caisse, des cavités mastoïdiennes, peut être gonflée et enchifrenée, et plus tard se recouvrir de fongosités, de bourgeons charnus, de productions polypiformes. Ces otites ne sont pas, d'ordinaire, l'expression d'une infection secondaire, elles résultent de la poussée énanthématique, restent le plus souvent latentes et guérissent sans suppuration, sans perforation du tympan, sans surdité consécutive. Quelques-unes seulement aboutissent à ces terminaisons.

Les amygdales sont quelquefois notablement gonflées, rouges, enflammées, et peuvent se recouvrir d'un enduit pultacé analogue à celui de la scarlatine. Dans une épidémie familiale ayant atteint quatre enfants, deux présentaient l'amygdalite pultacée. En même temps il y avait un engorgement marqué des ganglions du cou (Comby, *Arch. de méd. des Enfants*, 1900, p. 420). Le Dr R. Saint-Philippe, au Congrès de Paris (1900), a de son côté insisté sur cet énanthème pharyngé de la rougeole.

Le professeur del Area (de Buenos-Aires) a vu aussi, dans quelques cas, un engorgement considérable et assez durable des ganglions du cou (*Arch. de méd. des Enfants*, 1900, p. 486). J'ai observé, avec le Dr La Vieille, une fillette de 5 ans qui, au 8^e jour d'une rougeole intense et ecchymotique, fut prise d'un double bubon angulo-axillaire, avec otite bilatérale et jetage nasal, rappelant certaines scarlatines malignes à forme angineuse.

Un examen attentif montre que les ganglions inguinaux et axillaires sont généralement plus gros qu'à l'état normal. Cette polyadénopathie généralisée accompagne l'éruption de la rougeole comme celle de la scarlatine.

Toutes les muqueuses sont atteintes à des degrés divers par l'énanthème de la rougeole; celles des organes génitaux comme celles des organes des sens. La vulve des petites filles est rouge, tuméfiée, et présente souvent un écoulement muco-purulent qui, s'il n'est pas l'objet de soins minutieux de propreté, peut s'aggraver et survivre à la maladie qui l'a provoqué. Donc

vulvite, otite, laryngite, conjonctivite, rhinite, stomatite, etc., ne sont que des expressions précoces de l'éruption morbillieuse sur les différentes muqueuses de l'économie.

Pour terminer ce qui a trait à l'invasion, je dois parler d'un fait rare qui a été signalé par quelques auteurs et dont j'ai vu deux exemples assez nets. Il s'agit des *rash* de la rougeole. La rougeole n'est pas une maladie à *rash*. Cependant, avant l'éruption morbillieuse caractéristique, pendant l'invasion, on pourra, dans quelques cas exceptionnels, constater des éruptions scarlatiniformes ou morbilliformes éphémères qui méritent bien le nom de *rash*. Une fillette de 4 ans 1/2 est prise, au début de l'invasion, d'une éruption scarlatiniforme qui persiste le 18 et le 19 juillet; le 22 juillet apparaît la rougeole. Une autre enfant du même âge entre à l'hôpital, le 20 juillet, avec un *rash* morbilliforme occupant la face; le 22 juillet, ce *rash* fait place à la rougeole. Le Dr Deschamps (*Soc. de Péd.*, 1899) a confirmé l'existence de ce *rash* prémonitoire qu'il attribue à une infection streptococcique associée; ce serait un érythème infectieux, d'ailleurs très rare. Le Dr Thursfield (*Lancet*, 18 août 1900) a vu, à l'hôpital de *Great Ormond street*, cinq enfants présenter un *rash* scarlatiniforme ou papuleux 24 heures avant l'éruption morbillieuse.

5^e *Éruption*. L'énanthème de la période d'invasion a pu être négligé, passer inaperçu; l'exanthème va entrer en scène et s'affirmer aux yeux les moins prévenus. Après la détente du 3^e jour, qui d'ailleurs n'est pas constante, la fièvre s'est rallumée, a atteint ou dépassé 40 degrés. Les yeux sont plus rouges et plus larmoyants que jamais, et la face se couvre bientôt de petites taches rosées ou rouge vif, légèrement saillantes, douces et veloutées au toucher, arrondies, ovalaires, ou déchiquetées, les unes isolées, semées comme au hasard sur un fond blanc de peau saine, les autres groupées en corymbes, en demi-cercles, en placards plus ou moins irréguliers. Ces taches se montrent d'abord autour des oreilles, des yeux, des narines, de la bouche, c'est-à-dire des orifices naturels. Puis elles forment sur les joues, sur le menton, une sorte de masque symétrique. Le premier jour, la face seule est prise, le tronc et les membres sont indemnes ou à peu près. Le second jour, le tronc et les membres supérieurs sont envahis, et le 3^e jour, c'est le tour des membres inférieurs. A ce moment, au 3^e jour de l'éruption, tout le corps est semé de ces taches rouges qui, plus ou moins cohérentes suivant les régions, plus serrées et plus abondantes dans les points qui sont le siège d'une pression, d'une congestion, d'une irritation préalables, laissent cependant toujours entre elles ou entre leurs groupes des intervalles de peau saine. Rapidement les éléments éruptifs perdent la vivacité de leur coloration, et il n'est pas rare de les voir pâlir à la face quand ils ne font que de se montrer aux membres inférieurs. Après le 5^e jour, toutes les taches ont commencé à se décolorer et, à la fin de la semaine éruptive, elles sont remplacées par des macules grisâtres, pigmentées, qui donnent aux téguments un aspect tigré des plus manifestes.

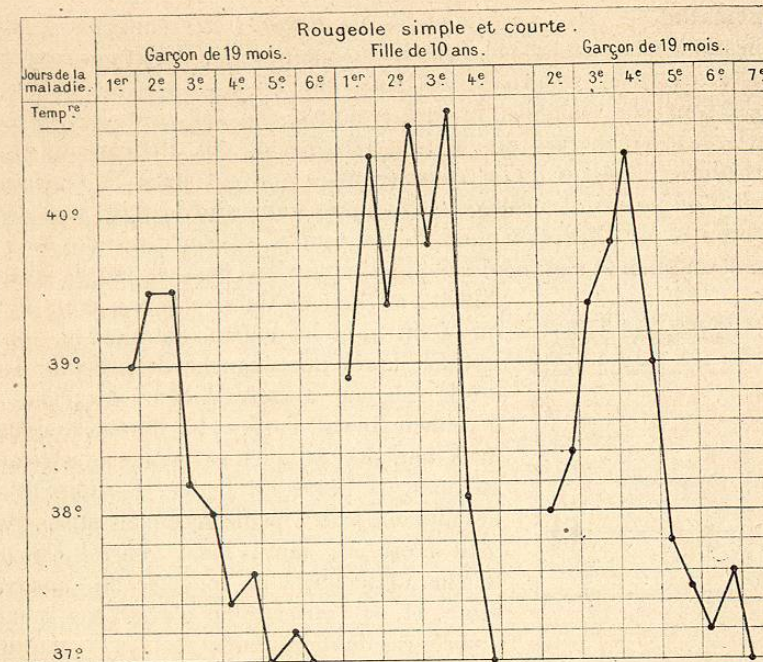
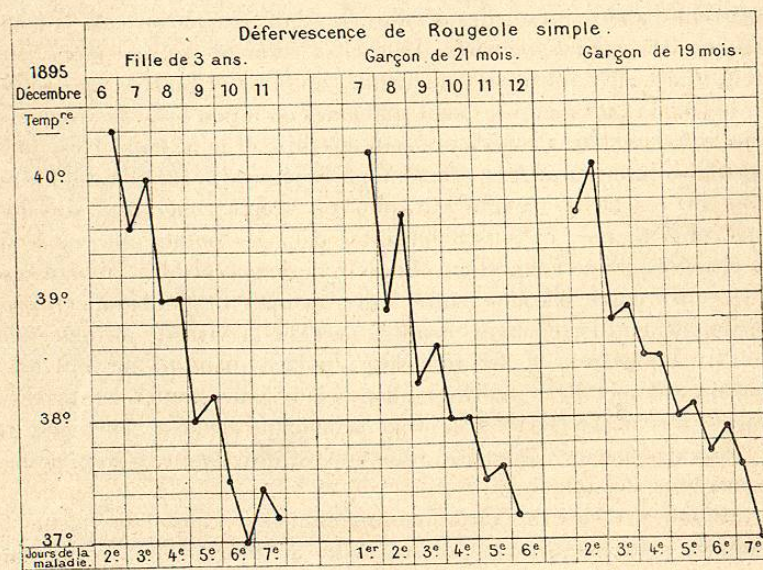
L'éruption présente des variations individuelles: tantôt les taches font une saillie à peine accusée, qui se sent plus au toucher qu'à la vue; tantôt

elles sont acuminées, turgescents (*rougeole boutonneuse*); quelquefois elles présentent au centre un élément miliaire, granité, qui rappelle un peu la miliaire sudorale ou la miliaire scarlatineuse.

Dans quelques cas (6 ou 7 fois sur 100 en moyenne), l'éruption présente le caractère *ecchymotique* bien décrit par mon élève le D^r Pillon (*Thèse de Paris*, 1905). Après la disparition des taches morbilleuses, on voit persister des tatouages hémorragiques qui en reproduisent la forme. Au lieu d'un simple érythème, d'une simple congestion de la peau, on a une hémorragie ponctuée ou striée, ne s'effaçant pas à la pression du doigt, passant par toutes les teintes de l'ecchymose et marquant l'enfant pendant 8 ou 10 jours de stigmates tigrés caractéristiques. Cette *rougeole ecchymotique* n'a rien de grave par elle-même, elle ne s'accompagne d'aucune hémorragie muqueuse ou viscérale; elle n'a ni la signification, ni la gravité d'une fièvre éruptive hémorragique. Pendant l'année 1902, nous en avons observé plus de 40 cas au pavillon de la rougeole, à l'Hôpital des Enfants-Malades.

Le D^r J. Vergely a insisté sur le *prurit* qui accompagne parfois l'éruption et peut déterminer des lésions de grattage (*Journal de méd. de Bordeaux*, 7 sept. 1902). J'ai vu dans quelques cas de véritables poussées d'urticaire.

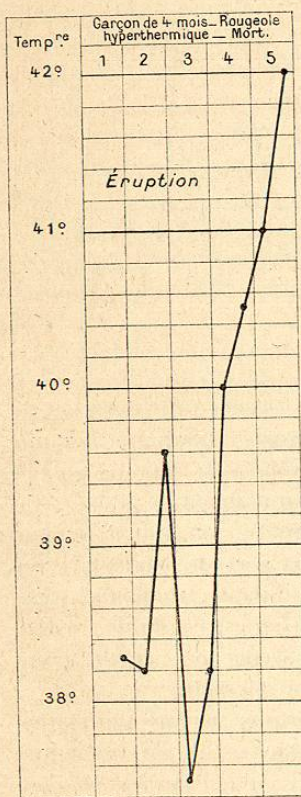
Pendant toute la durée de l'éruption, la fièvre n'a pas cessé, oscillant autour de 39 ou de 40 degrés, avec des rémissions matinales et des exacerbations vespérales. Puis, à partir du 4^e ou du 5^e jour, le thermomètre accuse une chute notable, la défervescence se fait brusquement en 24 heures, ou en échelons, mettant 36 heures, 48 heures à s'achever. Voici quelques courbes montrant la défervescence de la rougeole simple, sans complication :



S'il y a une complication infectieuse, la défervescence peut manquer ou être retardée. Le pouls suit les variations de la courbe thermique; au moment de l'acmé, on trouve 150, 140, 150 pulsations à la minute, puis le chiffre des pulsations s'abaisse à 100, à 80, à 70 au moment de la défervescence. Quelquefois, on constate, après cette dernière, un ralentissement notable du pouls avec irrégularité, arythmie. La toux persiste pendant l'éruption, et l'auscultation laisse entendre des râles sibilants, ronflants, sous-crépitants disséminés. Ces râles, quand la terminaison est favorable, restent discrets, s'évanouissent au moment de la défervescence ou peu de temps après elle, et l'enfant entre de plain-pied dans la convalescence.

4^o *Desquamation*. Cette convalescence est marquée par une desquamation plus ou moins abondante, qui débute par les taches les plus anciennes et se continue pendant plusieurs jours et même 1 ou 2 semaines. On constate, à la face d'abord, puis au cou, à la poitrine, sur les membres, de petites écailles épidermiques, tantôt fines, furfuracées, tantôt lamelleuses, mais ne procédant jamais par larges lambeaux comme dans la scarlatine. La desquamation est très variable en étendue et en intensité; on peut dire qu'elle est proportionnelle à l'étendue et à l'intensité de l'éruption. Dans quelques cas, elle est si discrète, qu'elle pourrait passer inaperçue; d'autres fois elle est très prononcée et attire vivement l'attention; sa présence peut servir au diagnostic rétrospectif, quand on n'a pas assisté à la phase éruptive. Telles sont les différentes phases de la rougeole normale, évoluant sans complications, sans perturbations spontanées ou provoquées chez un sujet sain et vigoureux. Nous allons maintenant décrire les anomalies et les complications.

Anomalies. — Très rares sont les anomalies, très communes sont les complications dans la rougeole. Dans les anomalies, on a décrit des rougeoles atténuées, avortées, écourtées, des rougeoles frustes, méconnaissables, et enfin des rougeoles malignes, hyperthermiques, ataxo-dynamiques, hémorragiques. Il est bien rare que la rougeole présente les atténuations et les perturbations éruptives qu'on constate assez souvent dans la scarlatine. Cependant on a décrit des rougeoles qui, après s'être affirmées par le catarrhe prémonitoire, par l'éruption morbillieuse, tournaient court au bout de 1 ou 2 jours d'éruption et s'évanouissaient à l'improviste. Dans ces cas, la période



fébrile, au lieu de durer 8 jours, n'en durait que 4 ou 5, et les enfants entraient en convalescence après une ébauche de maladie. Telle est la rougeole avortée. Ailleurs les phases se déroulent suivant l'ordre et la durée classiques; mais tous les symptômes sont excessivement atténués, la fièvre est légère, l'éruption et l'exanthème sont à peine reconnaissables, l'appétit n'est pas aboli, l'état général est peu touché. Cette forme de rougeole est embarrassante, et, si l'observation n'avait pas montré que ces cas douteux étaient fertiles et pouvaient créer autour d'eux des rougeoles normales et légitimes, on serait porté à incriminer le diagnostic.

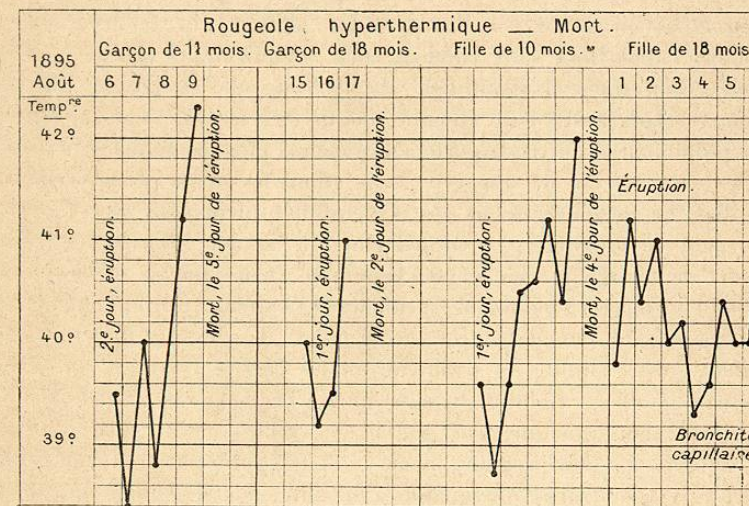
La rougeole est dite *fruste* quand un ou plusieurs des symptômes cardinaux manquent: c'est ainsi qu'on a cité des rougeoles sans éruption (*morbilli sine morbillis*), ou sans catarrhe des muqueuses. Ces faits, à coup sûr exceptionnels, ne pourront être admis que dans les cas où les malades, placés dans un foyer épidémique, auraient présenté tous les autres symptômes de la rougeole. Et encore le doute est permis! Comment admettre une rougeole sans éruption? Quant aux rougeoles sans éruption, elles ne sont pas moins douteuses pour ceux qui savent

combien fréquentes sont les éruptions morbilliformes (roséoles saisonnières, rubéole, roséoles pathogénétiques, etc.) chez les enfants. Toutes les observations publiées de rougeole sans éruption et de rougeole sans exanthème sont également sujettes à caution. Elles ne seront indiscutables que le jour où, le microbe de la rougeole étant nettement déterminé, sa recherche clinique sera mise à la portée de tout le monde. Tant qu'on ne nous aura pas fourni la preuve bactériologique des rougeoles *frustes*, nous les mettrons en doute.

Parmi les anomalies incontestables de la rougeole, il faut relever la *malignité*, vieux mot destiné à disparaître, et qui, dans son imprécision,

exprime une gravité exceptionnelle de la maladie. Cette malignité peut se traduire par des hémorragies, des taches purpuriques à la peau, des ecchymoses, des écoulements sanguins par les muqueuses, par l'hyperthermie, par l'abattement extrême. La forme hémorragique de la rougeole est très rare dans notre pays, et ne s'observe que chez les enfants déjà épuisés par une maladie antérieure, par une cachexie, par la tuberculose, par une fièvre éruptive, par une diphthérie, etc. Peut-être était-elle moins rare autrefois, alors que le virus morbillieux n'avait pas été atténué par des passages successifs, et que des organismes vierges de toute vaccination individuelle ou atavique s'offraient à ses coups. La forme ecchymotique, au contraire, comme je l'ai dit plus haut, est assez commune, mais elle n'a aucun caractère de malignité. La forme hyperthermique et ataxo-dynamique, rappelant la fièvre typhoïde, se voit encore quelquefois: les enfants ont une température excessive (41 degrés et plus), du délire, de la carphologie, des soubresauts des tendons, des fuliginosités aux lèvres, la langue rôtie, etc. C'est dans ces formes hyperthermiques et ataxiques dès le début qu'on peut voir des enfants présenter une dyspnée extrême, avec suffocation imminente, cyanose, asystolie aiguë, sans que l'auscultation des poumons indique une participation active de ces organes. Il semble que le système nerveux régulateur de la circulation et de la respiration, que le bulbe notamment soit paralysé par le poison morbillieux, et la mort ne saurait se faire attendre.

Mais, en général, dans la rougeole hyperthermique, on trouve, à l'autopsie, des lésions diffuses de congestion pulmonaire ou de catarrhe suffo-



cant. En voici quelques exemples terminés rapidement par la mort au 6^e jour, au 5^e jour, au 4^e jour, au 2^e jour de l'éruption, avec des températures de 41°, 42°, 42°,5; j'ai même vu un cas où la température s'est élevée à 45 degrés; et il ne faut pas oublier que la rougeole est une des maladies les plus hyperthermisantes que l'on connaisse.

Quand l'enfant prend la rougeole alors qu'il est en proie à une autre maladie plus ou moins grave, il est exposé à des anomalies. Les rougeoles *secondaires* peuvent évoluer suivant le mode classique; quand elles présentent des irrégularités, ces irrégularités sont relatives à l'invasion, qui peut passer inaperçue; à l'éruption, qui peut être pâle, mal sortie; à la convalescence, qui peut être entravée et compromise par des complications redoutables. Ces perturbations sont assez communes dans la rougeole des enfants cachectiques (tuberculose, syphilis, rachitisme grave, athrepsie, etc.). Si la rougeole survient dans le cours ou à la suite d'une maladie aiguë, d'une autre fièvre éruptive, par exemple, l'invasion passera souvent inaperçue, l'éruption se généralisera plus rapidement qu'à l'état normal, les complications du côté des voies respiratoires seront plus fréquentes et plus graves, la malignité, en un mot, sera accrue. L'association de la rougeole avec la scarlatine est grave; plus grave encore est l'association de la rougeole avec la diphtérie. Mais on peut dire, en règle générale, que si le pronostic est aggravé, l'évolution de la rougeole est relativement peu modifiée par son association avec les autres fièvres éruptives. Il est un fait que j'ai nettement observé et qui me paraît indiscutable: c'est que la rougeole, survenant à la période aiguë de la varicelle, arrête l'éruption des vésicules, la suspend, pendant les quelques jours que dure l'éruption morbilleuse, sans s'opposer d'ailleurs par la suite à la terminaison naturelle de ces vésicules. Cette action d'*arrêt*, la rougeole l'inflige, elle ne la subit pas.

Complications. — Les complications de la rougeole sont multiples et variées. Nous les étudierons, appareil par appareil, organe par organe.

Appareil respiratoire. — La première place, pour la fréquence et l'importance, appartient sans conteste aux complications qui portent sur l'appareil respiratoire. L'éruption de la rougeole atteignant les voies respiratoires dans toute leur étendue, depuis les fosses nasales jusqu'aux alvéoles pulmonaires, ouvre la porte à des lésions plus ou moins sérieuses de toutes les sections de cet appareil. Nous allons les suivre, en procédant de haut en bas. Le coryza du début, qui s'éteint habituellement avec la période fébrile, peut se prolonger, se transformer de simple catarrhe en rhinite purulente, de coryza aigu en coryza chronique. La muqueuse se boursoufle, se ramollit, s'ulcère, donne un écoulement sanieux, séro-purulent; des croûtes épaisses obstruent l'entrée des narines, des lésions impétigineuses se greffent sur la rhinite, et irradient sur les parties voisines, sur la lèvre supérieure, qu'elles irritent et hypertrophient. Le catarrhe, d'ordinaire antérieur, peut, dans quelques cas, gagner le rhino-pharynx, irriter les éléments lymphoïdes de la région, favoriser leur prolifération et leur gonflement, et la rougeole laisse quelquefois à sa suite, non seulement un catarrhe *naso-pharyngien*, mais des *végétations adénoïdes* persistantes. Ces manifestations des voies supérieures ont généralement une marche chronique et doivent figurer dans les suites plutôt que dans les complications de la phase aiguë de la rougeole.

Du côté du larynx, au contraire, nous avons des manifestations aiguës qui peuvent présenter une intensité effrayante. Quelques enfants, dès la période

d'invasion, avant l'exanthème, traduisent l'érythème laryngé par des accès de laryngisme striduleux, avec menaces de suffocation. La laryngite striduleuse du début de la rougeole diffère de la laryngite striduleuse primitive par sa persistance et sa gravité plus grande. L'enfant, dans l'intervalle des accès, ne respire pas librement, la dyspnée est continue, la voix et la toux restent rauques, il y a du tirage sus et sous-sternal, et l'on ne peut se défendre de l'idée du croup. Cette laryngite du début a pu nécessiter le tubage ou la trachéotomie; mais généralement elle s'apaise au moment de l'éruption. Quelquefois elle est véritablement pseudo-membraneuse: c'est le croup secondaire à la rougeole, le plus grave de tous. Voici comment Sevestre et Bonnus (*Arch. de méd. des Enfants*, 1899), résumant l'histoire de ces laryngites du début de la rougeole: « Il peut survenir, au début de la rougeole et même avant toute manifestation cutanée, des accidents laryngés graves qui se caractérisent soit simplement par des accès de *laryngite striduleuse*, soit par une dyspnée paroxystique avec *tirage persistant* plus ou moins intense dans l'intervalle des accès. Dans quelques cas, ces accidents sont assez sérieux pour faire craindre la mort par asphyxie laryngée; en pareil cas, il ne faut pas hésiter à intervenir soit par la trachéotomie, soit de *préférence par le tubage*. » D'après la plupart des auteurs, les laryngites rubéoliques ou post-rubéoliques, même quand elles sont diphtériques, relèvent du tubage, malgré les craintes que pourrait faire naître la pression d'un tube métallique sur une muqueuse rendue plus vulnérable par l'inflammation morbilleuse.

Par la suite les enfants, dont le larynx aura été fortement touché, pourront présenter des accidents graves; les uns conserveront de la raucité de la voix, de l'aphonie qui pourra persister des semaines et des mois et qui est attribuable, non pas à une adénopathie trachéo-bronchique que les D^{rs} J. Simon et Joal voient trop fréquemment dans la rougeole, mais à une lésion de la muqueuse laryngée et à l'épaississement des cordes vocales. Quelquefois il y a ulcération de ces cordes; il peut même y avoir abcès sous-muqueux, œdème de la glotte, péri-chondrite suppurée, nécrose des cartilages, et la trachéotomie devient nécessaire.

Le catarrhe des bronches, non moins accusé et non moins précoce que celui du larynx, constitue une autre menace souvent suivie d'effet chez les enfants jeunes et chez ceux qui sont hospitalisés, c'est-à-dire exposés à l'encombrement et aux infections secondaires. Tout enfant atteint de rougeole est menacé de bronchite capillaire, de broncho-pneumonie. Chez les enfants débilités, chez les nourrissons de quelques mois, on voit parfois le catarrhe bronchique prémonitoire s'aggraver très rapidement et entraîner la suffocation avant que l'éruption se soit affirmée. Dès la période d'invasion, la bronchite capillaire peut être constituée avec ses principaux signes: dyspnée, cyanose, râles fins dans la poitrine, souffle, etc. Quelquefois la bronchite capillaire semble imminente; une ascension brusque de la température la dénonce; puis tout tourne court; il ne s'agit que d'une poussée de *congestion pulmonaire* éphémère, comme on le voit sur la courbe suivante. D'ordinaire la bronchite capillaire est plus tardive et ses symptômes ne