

5 ans 1/2 au 4^e jour d'une rougeole. Il y eut d'abord des convulsions avec perte du sentiment pendant 10 jours. 1 mois après, on constatait que l'enfant était inerte, qu'elle avalait difficilement, ne parlait pas, ne pouvait rester assise, ni marcher, ni se tenir debout; puis la paralysie rétrocéda et alors on constata du tremblement et de l'incoordination motrice. Au bout de 5 mois l'enfant pouvait manger seule, se tenir debout et marcher avec l'aide d'une personne. A l'âge de 6 ans, l'enfant avait la parole lente et scandée, du tremblement des mains, elle était arriérée comme intelligence. Réflexes rotuliens exagérés. L'état spasmodique, le tremblement persistent pendant de longues années encore. M. Dawson Williams croit qu'on peut observer, à la suite de la rougeole comme à la suite d'autres maladies infectieuses : des myélites diffuses aiguës, de fausses scléroses en plaques, de fausses ataxies, des paralysies ascendantes.

M. Bruce, dans un cas de myélite diffuse aiguë post-morbilleuse, aurait constaté une infiltration de la moelle par des hématies et des leucocytes, surtout au niveau des cornes antérieures. Dans un autre cas, le D^r Barlow trouva un ramollissement étendu de la moelle épinière. Ormerod a soigné trois enfants qui, un mois après la rougeole, présentèrent des symptômes paralytiques. Cheadle a vu une méningite cérébro-spinale survenir le 10^e jour d'une rougeole. Audeoud et Jaccard (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1894) ont signalé la paralysie vésicale et la rétention d'urine chez une fille de 9 ans qui, pendant 22 jours, n'a pu uriner seule, quoiqu'elle sécrétât beaucoup d'urine : on lui retirait par le cathétérisme 1 litre 1/2, 2 litres d'urine par jour. Le D^r Ortholan (Thèse de Bordeaux, 25 novembre 1894) cite l'observation d'une fille de 5 ans qui, à la suite de la rougeole, accusa de la faiblesse des jambes, puis une véritable paraplégie; 6 semaines après, elle ne pouvait marcher; les jambes étaient amaigries, le réflexe rotulien, la contractilité faradique étaient abolis. Pas de troubles de la sensibilité. L'enfant guérit après avoir été traitée par la noix vomique et l'électricité. Était-ce une myélite ou une polynévrite?

Enfin il ne faut pas oublier la *méningite* à laquelle la rougeole ouvre souvent la porte. Cette méningite peut être le résultat d'une *septicémie streptococcique* ou *pneumococcique*, elle peut alors guérir; ou bien elle est *tuberculeuse* et la rougeole n'a fait que préparer la voie au bacille de Koch préexistant dans quelque point de l'organisme (ganglions bronchiques). En fait on voit assez souvent des enfants présenter les symptômes de la méningite tuberculeuse à la suite de la rougeole.

Pronostic. — On entend parler souvent, dans le monde, de la bénignité de la rougeole, considérée généralement comme une maladie légère et presque inévitable. Sans doute, un enfant vigoureux, bien portant, avancé en âge, résiste assez bien à une atteinte de rougeole. Mais cela ne veut pas dire qu'on doive l'exposer à la contracter et qu'on ne doive pas prendre toutes les mesures pour qu'il ne la contracte pas ou pour qu'il la contracte le plus tard possible. Les statistiques publiées partout et notamment celles de la ville de Paris donnent tort aux optimistes, et les ravages de la rougeole sont considérables; jusqu'à ces derniers temps, la mortalité par rougeole,

à Paris, venait immédiatement après la mortalité par diphtérie, et dépassait de beaucoup la mortalité globale causée par la coqueluche et la scarlatine réunies. Aujourd'hui que, grâce à la sérumthérapie, la mortalité diphtérique a été très réduite, la rougeole devient la plus meurtrière de toutes les maladies infectieuses de l'enfance.

Voici les chiffres relevés dans la statistique municipale de Paris, depuis 1880 jusqu'à 1895 inclusivement :

ANNÉES	DÉCÈS PAR ROUGEOLE
1880.	986
1881.	925
1882.	1 018
1885.	1 067
1884.	1 555
1885.	1 564
1886.	1 255
1887.	1 674
1888.	958
1889.	1 220
1890.	1 552
1891.	1 020
1892.	919
1895.	701

Total en 14 ans. 16 572

Soit près de 1200 décès par an.

Pour une période de cinq années (1896-1900) plus récente, les chiffres ont été les suivants :

ANNÉES	DÉCÈS
1896.	658
1897.	849
1898.	876
1899.	909
1900.	854

La rougeole a donc fait, en 19 ans, 20 518 victimes, et ces victimes étaient presque toutes des enfants. On peut voir, en consultant ce tableau, que le chiffre des décès a beaucoup varié suivant les années, sans manifester de tendance à suivre l'accroissement de la population, subissant des progrès et des reculs absolument irréguliers. Si l'on a égard au chiffre de la population, on remarquera des différences assez sensibles suivant les localités, et suivant les années.

Décès par rougeole pour 100 000 habitants dans les villes suivantes :

ANNÉES	PARIS	LONDRES	BERLIN	VIENNE
1880 à 1889.	52	60	50)
1890 à 1894.	41	77	20	70
1895.	26	59	17	49

Le pronostic varie donc suivant les localités considérées, suivant les années, suivant les épidémies.

Voici les chiffres relevés par M. Colin pour quelques épidémies :

ANNÉES	LOCALITÉS	CAS	DÉCÈS	POURCENTAGE
1861.	Ruelle.	582	159	27,7
1864.	Arras.	45	15	28,8
1860.	Val-de-Grâce.	125	40	32,0
1870.	Bicêtre.	457	168	36,7

Il y a des épidémies très meurtrières, il y en a de bénignes.

Depuis longtemps on a été frappé de la gravité énorme que présente la rougeole hospitalisée; les enfants soignés dans leurs familles courent relativement peu de risques, les enfants soignés à l'hôpital présentent une mortalité effroyable. De 1867 à 1872, à l'hospice des Enfants-Assistés (Oyon), la mortalité était de plus de 42 pour 100; les années suivantes, on relève les chiffres suivants :

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS

ANNÉES	CAS	DÉCÈS	POURCENTAGE
1882.	280	128	45
1885.	268	128	47
1884.	528	187	57
1885.	570	147	46
1886.	529	158	42
Total en 5 ans.	1575	728	Moyenne 46,22

La mortalité moyenne, à l'hospice des Enfants-Assistés, a donc été, de 1882 à 1886, de 46,22 pour 100. A l'hôpital des Enfants-Malades, les résultats sont un peu meilleurs :

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

ANNÉES	CAS	DÉCÈS	POURCENTAGE
1882.	285	98	54
1885.	218	59	27
1884.	456	191	45
1885.	501	119	55
1886.	406	197	48
1887.	516	206	40
1888.	425	178	42
Total en 7 ans.	2585	1048	Moyenne 40,15

A l'hôpital Trousseau, les résultats obtenus ont toujours été plus favorables, avant comme après l'installation du pavillon d'isolement :

HOPITAL TROUSSEAU

ANNÉES	CAS	DÉCÈS	POURCENTAGE
1882.	121	20	16,22
1885.	167	48	28,74
1884.	210	52	24,76
1885.	197	51	25,88
1886.	212	56	26,41
Total en 5 ans.	907	227	Moyenne 25,02

Depuis que la rougeole a été isolée dans un pavillon spécial, voici les chiffres obtenus :

HOPITAL TROUSSEAU

ANNÉES	CAS	DÉCÈS	POURCENTAGE
1890.	472	154	52,6
1891.	262	75	28,6
1892.	575	155	26,6
1895.	597	102	25,6
1894.	562	145	25,8
Total en 5 ans.	2268	629	Moyenne 28,0

Pendant l'année 1895, la mortalité au pavillon de l'hôpital Trousseau a été très réduite :

1895. 715 cas 105 décès 14,4 p. 100 de mortalité

Ces chiffres montrent que, même dans les hôpitaux, la mortalité est infiniment variable suivant les années, les épidémies, les installations, les soins hygiéniques, etc. Une des causes qui influent le plus sur la mortalité est l'âge des malades. Henoeh, sur 294 malades soignés dans son service de Berlin, a eu 55 pour 100 de mortalité chez les enfants de 0 à 2 ans, et seulement 9,4 pour 100 entre 2 et 11 ans. Voici les variations que j'ai observées à ce point de vue sur les 715 malades que j'ai soignés en 1895 à l'hôpital Trousseau :

	CAS	DÉCÈS	MORTALITÉ
Au-dessous de 1 an.	45	15	55,5 pour 100
De 1 à 2 ans.	176	52	29,5 —
De 2 à 5 ans.	556	50	8,9 —
De 5 à 15 ans.	158	6	5,8 —

Le pronostic est donc très grave dans la première enfance, et très bénin dans la seconde. Les enfants de moins de 2 ans, dans les meilleures statistiques hospitalières (la mienne est du nombre), meurent dans une proportion de 50 pour 100 au moins; cette proportion, dans les statistiques les plus défavorables, monte à 55 ou 60 pour 100. Les enfants âgés de plus de 2 ans meurent dans une proportion quatre fois moindre, et ceux de 5 à 15 ans, dans une proportion dix fois moindre.

Parmi les autres causes qui influent sur le pronostic de la rougeole, il faut citer l'état de santé antérieure du sujet, c'est-à-dire le terrain. Relativement bénin chez les enfants sains, vigoureux, exempts de tares morbides (*rougeole primitive*), le pronostic devient grave chez les enfants déjà malades, affaiblis, épuisés par une pyrexie aiguë, par la coqueluche, par la diphtérie, par la scarlatine, ou par une maladie chronique, par la tuberculose, par le rachitisme, etc. (*rougeole secondaire*). La rougeole secondaire est, toutes choses égales d'ailleurs, plus fertile en complications que la rougeole primitive. Dans ma statistique de 1895, je trouve 25 rougeoles secondaires à la coqueluche avec 10 décès (45,47 pour 100 de mortalité);

16 rougeoles secondaires à la scarlatine, avec 5 décès (51,25 pour 100 de mortalité); enfin 15 rougeoles secondaires à la diphtérie, avec 2 décès, soit 15,55 pour 100 de mortalité, chiffre inespéré, attribuable à la sérumthérapie. D'après cette statistique restreinte, l'association la plus funeste serait celle de la rougeole avec la coqueluche; viendraient ensuite la scarlatine et la diphtérie.

La rougeole n'étant grave, en somme, que par ses complications, on peut dire que toute rougeole qui reste simple est bénigne; sur 548 cas non compliqués, je n'ai compté que 10 décès, soit 1,8 pour 100 de mortalité; 159 cas compliqués ont donné 97 décès, soit plus de 69 pour 100 de mortalité. La rougeole ne tue pas par elle-même, mais par ses complications. Ces complications sont favorisées par l'entassement, l'encombrement des malades, la malpropreté, l'obscurité, l'insalubrité des locaux qui les abritent, par l'absence ou l'insuffisance d'isolement entre les cas simples et les cas compliqués, ce qui favorise la propagation des infections secondaires des uns aux autres. On voit donc que, dans le pronostic général de la rougeole, il faut tenir un grand compte des conditions extérieures au malade et à la maladie; nous y reviendrons au paragraphe de la *Prophylaxie*.

Diagnostic. — Le diagnostic offre, au point de vue de la prophylaxie, un intérêt capital, et nous aurions le plus grand intérêt à faire ce diagnostic de bonne heure, avant l'éruption, pendant la phase du catarrhe prémonitoire, qui marque le summum des dangers au point de vue de la contagion. Pour que l'isolement porte tous ses fruits, pour qu'il nous permette de circonscrire les progrès de la rougeole, d'arrêter sa dissémination, de préserver les collectivités d'enfants où elle exerce ses ravages (écoles, asiles, hospices, hôpitaux, etc.), il faut qu'il soit institué dès le début de l'invasion, avant l'éruption. Or, actuellement, cela ne se fait pas, car nous sommes dans l'impossibilité de reconnaître la rougeole avant l'éruption. La période d'incubation est, nous l'avons vu, absolument silencieuse; c'est à tort qu'on lui a attribué la production de rash, de poussées fébriles, qui mettraient sur la voie du diagnostic. Rien, en dehors des renseignements anamnestiques, ne dénonce la probabilité d'une rougeole. Dans plusieurs cas, chez des enfants qui avaient été exposés à la contagion, Sevestre a pris régulièrement la température des suspects sans trouver la moindre modification de l'état normal. Les tracés que j'ai recueillis confirment son opinion. D'ailleurs, à cette période, l'enfant n'est pas dangereux pour ses camarades, il ne le devient qu'à la période d'invasion. Cette période est tantôt insidieuse, tantôt bruyante: insidieuse, elle n'arrête pas les petits sujets qui ne paraissent pas souffrir et manifestent à peine les signes d'un léger rhume; bruyante, elle donne de la fièvre, de la courbature, des éternuements, du larmolement, de la toux, symptômes de nature à éveiller l'attention du médecin. Mais souvent, après 24 ou 36 heures de malaise sérieux avec fièvre vive, l'enfant présente une rémission trompeuse, demande à manger, à sortir, à jouer, et les alarmes de la première heure se dissipent. Le lendemain la fièvre réapparaît et bientôt l'éruption vient lever tous les doutes, mais il est déjà trop tard. Quand on se trouve dans un milieu où la rougeole sévit, quand on sait que les enfants sus-

pects ont été exposés à la contagion, on tient grand compte du catarrhe oculo-nasal de l'invasion, et l'on prédit l'éruption avec une certaine assurance. Si les renseignements font défaut, on hésite et l'on cherche, du côté des muqueuses, le secret d'un diagnostic précoce. L'injection vive des conjonctives, la photophobie, la boursoufflure des paupières, la toux sèche et fébrile, les éternuements, l'érythème buccal, l'érythème pharyngé, le pointillé rosé du voile du palais, tous ces petits symptômes réunis donneront presque la conviction d'une rougeole.

Sevestre insiste beaucoup sur l'érythème palatin: « Lorsqu'on examine la gorge des enfants qui vont avoir la rougeole, on constate souvent une rougeur occupant parfois tout le pharynx, mais plus spécialement le voile du palais; cette rougeur n'est pas uniforme, mais se présente sous forme de petites taches arrondies ou irrégulières, parfois disséminées en petit nombre, d'autres fois presque confluentes; c'est, en somme, l'éruption qui se manifeste sur le voile du palais avant de se faire à la peau. L'existence de cette rougeur pointillée offre pour le diagnostic une valeur considérable, et quand on l'observe, on peut presque sûrement affirmer la rougeole; malheureusement elle manque dans certains cas, ou du moins ne précède l'éruption cutanée que d'un temps très court. » Girard (de Marseille) dit avoir vu cette rougeur du voile du palais 5 ou 6 jours après la contagion, mais Sevestre déclare qu'elle ne précède l'éruption que de 1 jour ou 2. Quand, avec ces premiers signes, survient la diarrhée, les présomptions de rougeole augmentent. La grippe qui, dans certains cas, rappelle si bien l'invasion de la rougeole, s'en distinguerait, d'après Sevestre, par l'absence de la rémission fébrile du 2^e ou 5^e jour, qui va jusqu'à l'intermission complète et dérouté toutes les prévisions.

En réalité, le diagnostic de la rougeole n'est jamais ou presque jamais fait avant l'éruption, et nous devons maintenant l'étudier à cette période. Dans la plupart, dans l'immense majorité des cas, l'éruption est des plus nettes et le diagnostic saute aux yeux. Cependant les erreurs de diagnostic, à la période d'éruption, ne sont pas rares, et, pendant que j'avais la direction du pavillon des rougeoleux à l'hôpital Trousseau, j'ai pu relever un assez grand nombre de ces erreurs commises par des internes et des médecins distingués. L'erreur habituelle consiste à prendre, pour une rougeole légitime, des éruptions morbilliformes qui en diffèrent absolument. Plusieurs enfants, entrés au pavillon avec des érythèmes de cette nature, y ont contracté la rougeole et nous avons eu à déplorer 2 décès survenus dans ces circonstances. Parmi les dermatoses qui peuvent prêter à confusion, il faut citer: la rubéole, les érythèmes morbilliformes saisonniers, pathogénétiques (médicaments, sérum, etc.), les éruptions sudorales, l'eczéma rubrum, les érythèmes des nouveau-nés, l'urticaire aiguë, la scarlatine, les rash de la variole, de la varicelle, de la vaccine, la siette miliaire, etc.

La rubéole, qu'on doit distinguer absolument aujourd'hui de la rougeole, ne présente pas la même invasion que cette dernière; elle est presque toujours apyrétique, dénuée de catarrhe oculo-nasal, d'éruption buccale; son éruption est souvent polymorphe, les taches rouges sont plus grandes que

dans la rougeole, plus persistantes, plus lentes à s'effacer, l'éruption de la rubéole ne se fait pas en 2 ou 3 temps comme celle de la rougeole, elle est d'emblée générale, elle ne s'accompagne jamais de bronchite, ne se complique pas de broncho-pneumonie, mais se reconnaît parfois à la présence de chaînes ganglionnaires cervicales, axillaires et inguinales.

Mais ces chaînes ganglionnaires n'appartiennent pas exclusivement à la rubéole; je les ai retrouvées dans beaucoup de rougeoles et de scarlatines, accompagnant les éruptions intenses et disparaissant avec elles.

Dans les roséoles saisonnières, plus ou moins voisines de la rubéole, il y a apyrexie presque complète, absence de catarrhe; les macules ne présentent aucun soulèvement; l'éruption est d'emblée générale, elle ne débute pas à la face, derrière les oreilles, comme dans la rougeole; rien, dans l'évolution, comme dans la forme, n'est identique; les apparences seules existent; elles ne tromperont pas un clinicien exercé. La roséole syphilitique, quand elle s'observe chez les enfants en bas âge, ce qui est exceptionnel, rappelle un peu la rougeole; mais elle en diffère par l'absence de fièvre et de catarrhe oculo-nasal, par la présence d'autres accidents spécifiques, sans parler des renseignements qui peuvent mettre sur la voie.

Les érythèmes morbilliformes produits par les médicaments veulent être étudiés avec soin.

L'antipyrine, chez quelques enfants, donnera un érythème en larges placards, prédominant à la face, aux membres, aux pieds et aux mains; cet érythème, souvent plus durable que l'éruption de rougeole, en diffère par l'absence de saillie et la grandeur des éléments, par l'absence de fièvre et de catarrhe des muqueuses.

L'érythème du chloral est plus analogue à l'éruption morbillieuse que le précédent; il se présente sous forme de petites taches rosées arrondies, parfois cohérentes, mais il est d'emblée répandu sur tout le corps, respectant souvent la face et ne s'accompagnant pas d'érythème. Il est, de plus, très éphémère. Les éruptions dues à la quinine, aux balsamiques, sont généralement prurigineuses et rappellent plus l'urticaire que la rougeole. Mais l'urticaire elle-même, quand elle est aiguë et généralisée, quand elle s'étend à la face, quand elle s'accompagne de fièvre, a pu être prise pour la rougeole. On remarquera qu'elle donne lieu à des démangeaisons plus ou moins vives, à des boursouffures des téguments, et qu'elle n'est pas décomposable en ces petites macules veloutées qui caractérisent la rougeole.

Les sérums thérapeutiques, usités depuis quelques années (sérum de Roux, sérum de Marmorek, etc.), donnent souvent dans les premiers jours ou plus tardivement des éruptions morbilliformes, avec fièvre, rappelant par quelques traits la rougeole. Ils sont même assez persistants pour induire en erreur, si l'on ne prenait en considération les renseignements fournis par l'entourage, l'absence de catarrhe, l'absence d'invasion, etc.

La suette miliaire présente de grandes analogies avec la rougeole: catarrhe et fièvre avant l'éruption, taches morbillieuses, etc. Mais, dans la suette, il y a des vésicules miliaires surajoutées et une sueur profuse qui donne son cachet à la maladie. N'oublions pas cependant que la rougeole peut s'accom-

pagner d'une éruption miliaire; et, au début des épidémies de suette, les erreurs de diagnostic sont fréquentes.

La scarlatine, généralement, est très facile à distinguer de la rougeole; elle a une invasion beaucoup plus courte, elle frappe la gorge avec intensité; son éruption débute plutôt par le tronc que par la face, ou du moins elle n'évolue pas de haut en bas comme celle de la rougeole; elle est de plus étendue, sans intervalles de peau saine, à de larges surfaces, sauf les cas de scarlatine tachetée (*scarlatina variegata*); le contact donne une sensation de rudesse et de sécheresse; un semis de granulations se voit souvent au-dessus de l'éruption framboisée (miliaire scarlatineuse). Mais dans quelques cas, la rougeole est confluyente, se complique de miliaire et peut, si l'on n'y fait grande attention, causer des erreurs. En cas de doute, on cherchera, du côté des membres, de la face, du cou, les éléments isolés, typiques, les macules un peu saillantes, veloutées, arrondies, qui appartiennent à la rougeole. Les rash morbilliformes de la variole, de la varicelle, de la vaccine, présentent des éléments analogues à ceux de la rougeole, mais ces rash ne procèdent pas comme la rougeole véritable; ils sont moins étendus, respectent souvent la face et coïncident avec d'autres éléments vésiculeux ou pustuleux qui donnent le diagnostic. Certaines rougeoles boutonneuses, quand elles frappent avec intensité le visage, peuvent faire croire au début d'une variole confluyente; mais celle-ci a pour elle ses vomissements, sa rachialgie, sa céphalée, et bientôt les pustules apparaissent. Quant aux érythèmes des enfants en bas âge, ils débute généralement par les fesses et les parties génitales, coïncident avec une mauvaise alimentation, des troubles digestifs, de la diarrhée, ne s'accompagnent pas de fièvre, sont plus durables que la rougeole, etc. Les érythèmes sudoraux sont précédés de sueurs abondantes et sont surmontés de petites vésicules acuminées qu'on voit bien à la face, au cou et sur les parties découvertes. L'eczéma rubrum présente également, sur un fond rouge uniforme, des éléments vésiculeux innombrables qui laissent à leur suite un suintement inconnu dans la rougeole. L'érythème polymorphe et les érythèmes infectieux en général, qu'ils soient primitifs ou qu'ils soient secondaires, ne procèdent jamais avec la régularité de l'éruption morbillieuse, ne sont jamais généralisés comme elle, ni précédés d'un catarrhe des muqueuses; leur polymorphisme d'ailleurs leur donne un cachet particulier.

En somme, dans toutes les manifestations exanthématiques rappelant de près ou de loin l'éruption morbillieuse, et l'on a vu qu'elles sont nombreuses, il faudra toujours tenir un grand compte des symptômes concomitants, de la fièvre ou de l'absence de fièvre, de la présence ou de l'absence d'érythème; en un mot, le diagnostic ne devra pas reposer sur un seul signe, mais sur l'ensemble de tous les symptômes présentés par le malade. En procédant ainsi, en rassemblant tous les symptômes, en les classant dans leur ordre d'apparition et dans leur hiérarchie naturelle, on arrivera avec un peu de tact et d'attention à une appréciation exacte.

Pour ce qui est du diagnostic des complications, on étudiera de très près la courbe thermique, et, avant même la constatation des signes physiques,

on pourra soupçonner l'intervention présente ou imminente de la broncho-pneumonie, de l'otite aiguë, etc. Une ascension subite et importante de la température, une dyspnée insolite, un redoublement ou un retour de la toux, feront ausculter le malade avec soin, et, 9 fois sur 10, on trouvera les premiers signes de l'infection secondaire qui vient remettre tout en question et entraver, retarder ou compromettre la marche naturelle vers la convalescence et la guérison. A la période de desquamation, quand on n'a pas assisté à l'évolution des premières phases de la maladie, on peut encore commettre des erreurs et bien souvent on annonce des rougeoles qui n'ont pas existé ou inversement. Il ne faut pas oublier qu'il existe, en dehors des fièvres éruptives, des maladies aiguës capables de laisser à leur suite des desquamations plus ou moins étendues. Weill, de Lyon, a annoncé le fait pour la fièvre typhoïde, et je l'ai étendu à la pneumonie, à la grippe, au rhumatisme aigu, à l'angine aiguë, etc. Presque toujours dans la fièvre typhoïde, assez souvent dans les autres maladies cycliques et fébriles de l'enfance, on peut voir des desquamations furfuracées et lamelleuses, plus ou moins durables et plus ou moins étendues. Ces desquamations, je l'ai démontré (*Société médicale des hôpitaux*, février 1896), sont dues à des poussées de sudamina qui les précèdent toujours et les commandent étroitement.

Prophylaxie. — La prophylaxie de la rougeole est très importante, mais présente d'extrêmes difficultés. Pour qu'elle fût efficace, il faudrait que la maladie fut reconnue avant sa période contagieuse ou dès le début de cette période. Or il n'en est rien. L'incubation de la rougeole dure assez longtemps, 9 ou 10 jours; pendant tout ce temps, rien ne trahit l'imminence morbide. L'invasion dure 4 jours, et pendant ces quatre longues et anxieuses journées, les plus dangereuses pour l'entourage de l'enfant, le diagnostic de la maladie ne peut être affirmé et l'isolement, quant il est fait, arrive trop tard. Avant l'éruption, impossible de reconnaître la rougeole. On peut bien, éclairé par les circonstances, le milieu, les commémoratifs, prévoir la maladie; mais l'annoncer sûrement, cela ne se peut pas. Pendant cette longue période d'ignorance ou d'indécision, l'enfant, non convaincu de rougeole, à peine suspect quand il n'est pas déclaré indemne, continue à fréquenter ses frères et sœurs, ses camarades et amis.

L'éruption est enfin déclarée; on se hâte d'isoler l'enfant, de le mettre en quarantaine, d'éloigner de son lit, de sa chambre, de l'appartement, de la maison qu'il habite, tous les enfants avec lesquels il a été en relation. On fait des sacrifices pour envoyer bien loin, chez des parents ou des amis dévoués, les frères et sœurs. Mais il est trop tard. L'isolement, loin d'enrayer la propagation de la maladie, ne sert, dans ces conditions, qu'à la favoriser; les enfants qui ont été en contact avec le malade deviennent à leur tour le centre de petites épidémies, et le mal se dissémine dans toutes les directions. Toutes les mesures ont été vaines, et cependant on ne peut rester les bras croisés. Nous allons dire ce qu'il convient de faire pour prévenir la rougeole dans la famille, à l'école, à l'hôpital, etc.

Dans la famille, quand on a plusieurs enfants, vivant en commun, n'étant

pas encore séparés par des occupations diverses, en préserver un, c'est les préserver tous. On fuira la fréquentation des enfants inconnus qui se rencontrent dans les squares, les promenades publiques; on ne laissera pas jouer ensemble les enfants sûrement indemnes avec des enfants dont l'état de santé est incertain. On évitera les foules et les agglomérations enfantines; on ne conduira pas de jeunes enfants au théâtre, dans les bals et autres réunions telles que arbres de Noël, ventes de charité, comédies de salon, etc. Bien souvent, c'est à l'occasion d'une petite fête de famille dont on a voulu élargir le cadre en invitant de petits amis, qu'on introduit la rougeole à la maison. Et je ne vois pas d'autre moyen de l'éviter qu'un isolement systématique des jeunes enfants. Avant l'école, les enfants doivent peu se fréquenter, et surtout ne pas se fréquenter en masse. Les relations enfantines doivent être choisies, discrètes, réservées.

Je suppose qu'un cas de rougeole vienne à se déclarer dans une famille; doit-on immédiatement faire un isolement rigoureux et absolu, et mettre entre le malade et ses frères une distance considérable? Si les bébés à préserver sont très jeunes, on fera bien de les éloigner; s'ils sont d'âge et de santé à supporter vaillamment la rougeole, il est inutile de les éloigner, car la contagion a déjà fait son œuvre. Dans tous les cas, la chambre du rougeoleux sera condamnée et la quarantaine sera absolue jusqu'à la fin de l'éruption. Ne devront pénétrer dans cette chambre que les personnes indispensables au traitement et aux soins exigés par la maladie, et ces personnes éviteront de porter le contagion à d'autres enfants, en prenant les précautions d'usage. La transmission de la rougeole par des tiers est sans doute exceptionnelle; cependant les médecins, les gardes-malades, les personnes qui voient de près, qui examinent, qui palpent les rougeoleux, devront revêtir avant d'entrer dans la chambre une blouse qui protégera leurs vêtements, et faire en sortant des ablutions destinées à débarrasser leurs mains, leur visage, des germes qui auraient pu s'y fixer. Combien de temps laissera-t-on l'enfant en quarantaine? Le D^r Ollivier, dans un rapport au conseil d'hygiène (1884), veut que l'isolement des enfants malades, que l'éloignement des enfants bien portants dure trois semaines, à partir du jour de l'éruption. Il veut encore qu'on désinfecte la chambre du malade à l'acide sulfureux (20 grammes de soufre par mètre cube), les matelas étant exposés, ouverts, aux vapeurs sulfureuses; il veut enfin que les vêtements, linges, et tous les objets souillés soient plongés dans une solution de chlorure de zinc ou de sulfate de cuivre (50 grammes par litre). Or nous savons aujourd'hui que la rougeole cesse d'être contagieuse après l'éruption, en admettant même qu'elle le soit jusqu'à la fin de l'éruption (ce qui est douteux). On peut donc réduire la quarantaine à 15 jours, à 10 jours même, quand la rougeole évolue sans complication. Nous savons d'autre part que le germe de la rougeole a peu de vitalité en dehors de l'organisme, et que tout germe émané du rougeoleux est mort au bout de quelques heures. La désinfection est donc superflue dans les familles. Toutes ces considérations ont prévalu lors de la discussion sur la *déclaration obligatoire* des maladies infectieuses, à l'Académie de médecine, il y a quelques années.