

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.

La rougeole a été rayée de la liste des maladies à déclarer par les médecins¹.

Aux partisans de la déclaration, M. Grancher a répondu : « Les maladies inscrites sur la liste de l'Académie doivent être passibles de l'intervention administrative et de mesures sanitaires utiles. Eh bien, à mon avis, la rougeole ne répond pas à ce programme, parce que les seuls moyens prophylactiques qui soient pratiques, sont l'isolement du malade ou la désinfection. Or, dans la rougeole, l'isolement est inefficace parce qu'il est trop tardif, et la désinfection est inutile parce que la virulence du germe rubéolique a une durée très éphémère. Cette mort spontanée et rapide du germe rubéolique rend toute désinfection de la literie, des linges ou de l'appartement, inutile. Le médecin sanitaire, prévenu par la déclaration du médecin traitant, qu'un cas de rougeole vient d'éclater dans une famille, ne pourra donc pas, s'il est instruit, prescrire l'isolement du malade, j'entends l'isolement rigoureux, car cette mesure, souvent difficile à réaliser, sera le plus souvent inefficace. Que fera-t-il? Sûrement il n'ordonnera pas le transport à l'hôpital, car il ne peut ignorer que c'est multiplier singulièrement les chances de mort, par broncho-pneumonie ou diphtérie, du petit rubéoleux; et ce départ pour l'hôpital serait de même, en tant que mesure préservatrice, parfaitement inutile à la famille du malade et à son voisinage. Reste la désinfection. J'ai cru longtemps que la désinfection pouvait rendre des services même dans la rougeole. Je n'y crois plus. Depuis 4 ans nous avons organisé, mes collaborateurs et moi, dans mon service à l'hôpital des Enfants, l'isolement des malades et la désinfection de tous les objets souillés, y compris le lit même.... Autant nous avons été heureux pour la diphtérie, la scarlatine, la pneumonie, les oreillons, la coqueluche, dont la contagion a à peu près disparu, autant pour la rougeole nous avons échoué. La désinfection est inutile, puisque la rougeole ne renaît pas de ses cendres. Elle meurt sur place et très vite, et une nouvelle épidémie est toujours la conséquence d'une nouvelle importation. Le médecin sanitaire fera-t-il donc de la désinfection dans la chambre ou l'appartement d'un rubéoleux? Si oui, il fera une œuvre vexatoire et inutile. Mais si le médecin sanitaire ne peut prescrire utilement ni l'isolement du rubéoleux, ni la désinfection, que fera-t-il? Rien. D'où je conclus qu'il faut rayer la rougeole de la liste des maladies épidémiques entraînant la déclaration obligatoire. » Or c'est ce qui a été fait.

Le médecin traitant, consulté par les familles sur la nécessité ou l'opportunité de la désinfection en cas de rougeole, pourra donc hardiment répondre par la négative. Mais la désinfection des objets et des locaux, superflue en général, pourra devenir utile et nécessaire dans certains cas particuliers. Quand un enfant aura succombé à une complication, à la broncho-pneumonie par exemple, ou à toute autre infection secondaire, la désinfection s'imposera. La chambre où sera mort un rougeoleux ne devra pas servir à un autre enfant avant d'avoir subi une désinfection complète. C'est dans cette mesure que la prophylaxie sera appliquée aux familles.

⁽¹⁾ Plus tard, il est vrai (1905), la rougeole devait être réintégrée dans la liste des maladies soumises à la déclaration obligatoire. Cette fois, l'Académie a eu tort, il faut bien le reconnaître. Sa décision pourra réjouir les statisticiens et les démographes, elle ne servira en rien la prophylaxie.

Dans les écoles, les asiles, et généralement dans toutes les collectivités d'enfants sains, quelles sont les mesures prophylactiques à prendre à l'égard de la rougeole? Un cas est importé dans une école, dans une pension; doit-on immédiatement licencier l'école entière, le collège, le pensionnat? Si, dans l'école ou le collège, il y a plusieurs sections, plusieurs classes, plusieurs dortoirs; si ces différentes sections d'enfants n'ont pas de rapports entre elles et vivent parallèlement, à une certaine distance, sans se rencontrer dans leurs jeux comme dans leurs études, on pourra circonscrire l'épidémie sans en venir aux moyens extrêmes, et au licenciement absolu et général. Il s'agit d'ailleurs d'enfants déjà grands, dont plusieurs ont eu la rougeole; il n'est pas certain que l'épidémie prendra une grande extension, et cette extension, un licenciement prématuré pourrait la développer hors des murs du collège. On commencera donc, après avoir isolé le malade, par mettre en observation ou en quarantaine les voisins immédiats de ce malade, pendant toute la durée de l'incubation et de l'invasion, en dépassant un peu cette durée. Quinze jours pleins d'observation donneront toute sécurité. Si de nouveaux cas se déclarent dans le groupe isolé, on redouble de rigueur dans l'isolement. S'il s'agit d'externes ou de demi-pensionnaires, on refusera l'accès des études aux frères du malade pendant 15 jours. Enfin, si, malgré ces précautions, l'épidémie se développe, on se résoudra au licenciement provisoire.

Dans les crèches destinées à abriter les enfants du premier âge, il convient de redoubler de prudence, à cause de la gravité de la rougeole dans la première enfance; les médecins chargés de la surveillance de ces établissements, ainsi que les directeurs et directrices, devront refuser tout enfant suspect, tout enfant qui tousse, qui éternue, qui a de la fièvre, etc. Si la rougeole se déclare, malgré les précautions prises, on devra fermer la crèche. Dans les consultations des hôpitaux, dans les dispensaires, dans les polycliniques, la rougeole peut se propager, avec d'autant plus de facilité que les enfants sont plus entassés et font un plus long séjour dans les salles d'attente. Cette promiscuité a fait bien des victimes autrefois, quand on ne prenait aucune mesure préservatrice. Aujourd'hui la nécessité de faire une sélection à l'entrée des enfants dans les salles de consultation est reconnue par tout le monde. Dans les hôpitaux, tous les matins, dès l'ouverture des salles d'attente de consultation, un externe est chargé d'examiner les enfants et d'interroger les parents, ne laissant pénétrer dans la salle commune que les cas non transmissibles; les contagieux sont, ou bien reçus d'urgence et dirigés sur les services d'isolement, ou bien priés d'attendre dans de petites salles séparées de la salle commune. Quand la sélection est bien faite, elle rend de très grands services. Dans les dispensaires, les mêmes mesures s'imposent, et je n'ai pas manqué de les appliquer au dispensaire d'enfants que j'ai dirigé pendant 11 ans à la Villette-Paris.

Donc, dans les consultations hospitalières, comme dans les polycliniques privées, les enfants atteints ou soupçonnés de rougeole ne devront jamais, sous aucun prétexte, séjourner dans la salle d'attente commune. Cette dernière étant réservée aux maladies non transmissibles, toute polyclinique doit

être pourvue de petites salles d'attente en nombre suffisant pour les maladies contagieuses et pour les cas douteux ou suspects.

Dans les hôpitaux, la prophylaxie n'a pas un moindre rôle à jouer. Les rougeoles importées dans les salles de malades créent de petits foyers successifs très difficiles à éteindre, et, malgré tous les efforts des médecins, les *cas intérieurs* ne diminuent pas. Sur 715 malades soignés en 1895 au pavillon d'isolement de la rougeole à l'hôpital Trousseau, il n'y avait pas moins de 80 cas déclarés dans les salles communes de médecine et de chirurgie. Or ces rougeoles, nées dans l'hôpital, sont plus graves que les autres, car elles atteignent des enfants déjà malades; ce sont des *rougeoles secondaires*. Les services de chirurgie sont souvent décimés par la rougeole, les suites opératoires sont compromises, les interventions les plus rationnelles sont soumises à un aléa fâcheux. Il y aurait donc le plus grand intérêt à supprimer ce danger permanent. Le seul moyen efficace serait de transformer tous les hôpitaux d'enfants en véritables lazarets, c'est-à-dire d'établir, avant l'accès aux salles communes, un véritable filtre qui arrêterait toutes les maladies contagieuses en incubation. Pour cela il faudrait, soit un grand nombre de chambres d'isolement individuel, soit un nombre suffisant de petites salles permettant, sinon de supprimer la contagion, du moins de la restreindre au minimum possible. En tenant en observation pendant 15 jours tout enfant qui entre à l'hôpital, on prévient sûrement les cas intérieurs. Mais cette mesure radicale implique des dépenses devant lesquelles toutes les administrations françaises ont reculé. En attendant, que voyons-nous? Depuis quelques années, dans les hôpitaux d'enfants, la rougeole est isolée dans des pavillons ou des salles séparées. Cet isolement, qui n'est pas individuel, qui se fait en masse, dans des salles trop grandes, contenant trop d'enfants, n'a permis de diminuer ni les cas intérieurs, ni la mortalité. L'isolement en masse des rougeoleux les expose à des complications meurtrières, qui sont contagieuses, et qui se multiplient avec une déplorable facilité dans les salles d'isolement.

La mortalité des rougeoleux, qui oscillait entre 27 et 58 pour 100, de 1876 à 1885, à l'hôpital des Enfants, monta à 40, 48 pour 100 dès que l'isolement en masse fut mis en pratique. La mortalité par rougeole, chez les enfants de 2 à 15 ans, qui, de 1867 à 1871, dépassait 42 pour 100 à l'hospice des Enfants-Assistés, où les rougeoleux étaient isolés dans une grande salle, n'atteignait pas 20 pour 100 à l'hôpital Sainte-Eugénie, où ils étaient disséminés dans les salles communes. Sans doute les pavillons d'isolement peuvent rendre des services, mais à la condition d'être eux-mêmes divisés en de très nombreuses petites chambres où l'on fera l'isolement individuel. Si cet isolement individuel ne peut être réalisé, faute d'argent ou faute de place, on s'en rapprochera le plus possible, en ne mettant dans chaque salle que 5 ou 4 enfants seulement. En agissant ainsi, on évite les effets funestes de l'encombrement, et surtout la transmission de la broncho-pneumonie. En outre, on prévient la transmission de la rougeole à des enfants qui auraient été envoyés par erreur au pavillon d'isolement.

L'absence d'isolement vaut assurément mieux que l'isolement en masse,

et M. Grancher l'a démontré dans son service où il a pu combattre la contagion, sans isolement réel, par une discipline sévère à laquelle il a soumis son personnel, ses élèves et ses malades. Partant de ce principe que la contagion ne se fait pas à distance par l'atmosphère, mais plutôt par les intermédiaires solides (mains des infirmières, des élèves, objets souillés, etc.), il a entouré chaque enfant suspect d'un cordon sanitaire visible, et pratiqué une antisepsie médicale rigoureuse qui lui ont donné d'excellents résultats. Tous les coins des salles communes sont réservés aux enfants suspects; leur lit est entouré d'un grillage métallique, sorte de paravent de 1 m. 20 de hauteur, qui empêche les contacts directs avec les autres malades. Une porte permet à l'infirmière de pénétrer dans ce *box* pour les soins à donner au malade. Cette infirmière ne doit soigner que les suspects; elle se lave les mains et la figure chaque fois qu'elle a touché à l'enfant. Tous les objets d'usage courant, les couverts, les assiettes, les gobelets, sont stérilisés par l'eau bouillante après avoir servi aux enfants suspects.

Dans les salles des pavillons d'isolement, il est très important d'isoler les cas simples des cas compliqués de broncho-pneumonie, ou d'autres maladies infectieuses. Si la désinfection est superflue dans les familles, elle devient très souvent nécessaire et périodiquement elle devrait être faite dans les salles encombrées. Les murs, les parquets doivent être lavés avec des antiseptiques puissants (sublimé à 1 pour 1000); les lits, les matelas doivent être désinfectés par l'étuve à vapeur sous pression. Les locaux, comme les objets mobiliers, doivent être stérilisés aussi parfaitement que possible, avant d'être remis en service.

L'isolement et la désinfection doivent prévenir l'infection exogène; mais il faut aussi songer à l'auto-infection et y parer dans la mesure du possible par des soins appropriés dont nous allons parler à l'occasion du traitement.

Traitement. — Quand la rougeole est simple, dénuée de complications, de symptômes anormaux, la thérapeutique doit être surtout hygiénique et préventive. Il faut mettre l'enfant dans de bonnes conditions d'air, de chaleur, d'alimentation, de propreté, et attendre la fin naturelle du processus morbide. On ne se départira pas d'une surveillance étroite, d'un examen attentif des organes menacés, mais on se gardera des médications violentes et perturbatrices. L'enfant sera placé, autant que possible, dans une chambre vaste, bien exposée, éclairée par de larges fenêtres, chauffée par une cheminée à feu de bois. Il est inutile de le surcharger de couvertures pour le faire transpirer et faire *sortir* son éruption; les éruptions *rentrées*, dont on avait autrefois une véritable frayeur, ne sont que des éruptions compliquées. Il n'est pas indispensable non plus de donner des tisanes sudorifiques, de forcer les enfants à boire de grandes quantités d'infusion de bourrache; cependant il faut faire boire, afin d'augmenter la quantité des urines et de favoriser la dépuraison par le rein. La diète sera liquide, et le lait paraît être le meilleur moyen de la réaliser, sans affaiblir le malade.

On donnera, dès le 1^{er} jour, un bain de propreté, qu'on pourra renouveler dans le cours de la maladie. Indépendamment des bains, qui ne sont pas toujours bien acceptés par les familles, il faut insister sur le lavage

soigné et répété, au moins 2 fois par jour, des orifices naturels touchés par l'énanthème. L'eau boriquée tiède servira dans ce but. On lavera, avec le plus grand soin, les yeux, les narines, la bouche, les parties génitales.

Il ne faut pas se borner à entretenir la propreté, l'asepsie des surfaces, il faut pénétrer dans les cavités accessibles à l'aide des pulvérisations, irrigations, badigeonnages, etc. En agissant ainsi, on fera beaucoup pour prévenir les infections secondaires, les otites, stomatites, broncho-pneumonies qui menacent les rougeoleux. Le Dr Belloir, élève du Dr Armand Siredey, a insisté sur ces soins préventifs, dans sa thèse (*De l'Antisepsie dans la rougeole*, Paris, 24 juillet 1894). Il s'est servi d'irrigations du nez, de la bouche, de la gorge avec l'eau naphtolée à 20 centigrammes par litre; on peut employer aussi le sublimé à 1 pour 10 000, le permanganate de potasse à 1 pour 5000, l'eau phéniquée à 1 pour 200, l'eau boriquée, l'eau bouillie, etc. Ce traitement n'est pas d'une application très facile chez les enfants, auxquels il faut faire violence.

J'avoue que, pour les enfants, je préfère les grandes pulvérisations répétées pendant 5 minutes toutes les 2 ou 3 heures avec le pulvérisateur à vapeur de Lucas-Championnière. L'enfant reçoit ainsi à bout portant, dans le nez, dans la bouche, et par suite dans le pharynx, le larynx et même les bronches, une buée qui détermine l'expulsion des mucosités des premières voies et assure un nettoyage suffisant. Quoi qu'il en soit, à l'hôpital d'Auberwilliers, les résultats obtenus par M. Siredey ont été excellents. Avant que ce traitement ne fût appliqué, 50 cas de rougeole avaient donné 25 complications (46 pour 100); grâce au traitement, 55 cas n'ont plus fourni que 7 complications (15 pour 100), ce qui est un bénéfice considérable. En résumé, dans tout cas de rougeole, il faut veiller à l'antisepsie de la peau, des organes des sens, des organes génitaux et des cavités muqueuses accessibles.

Quand la rougeole cesse d'être simple, quand elle présente des phénomènes inquiétants, une température excessive (41 degrés), du délire, des convulsions, que doit-on faire? Les antithermiques chimiques sont peu recommandables, parce qu'ils menacent tous plus ou moins le globule sanguin. Cependant j'ai essayé sur une vaste échelle l'antipyrine dans la rougeole, et je n'ai pas eu à m'en repentir (voyez la thèse de mon élève le Dr Leprévost, Paris, 1895). Avec ce médicament, employé à doses assez fortes, non fractionnées (1/2 gramme, 1 gramme à la fois), on obtient des abaissements de 1 degré, 1 degré et demi, 2 degrés, qui persistent 2, 3 et 4 heures, sans que le malade éprouve autre chose que du soulagement. La quinine est loin d'assurer les mêmes effets. Mais, dans les rougeoles hyperthermiques, délirantes, convulsives, ataxo-adiynamiques, malignes en un mot, je mets au-dessus de tout les bains froids à 20 degrés, qui produisent, outre l'abaissement momentané de la température, un soulagement manifeste. Quand une complication survient, la broncho-pneumonie par exemple, le bain froid peut être continué, s'il est toléré, si l'enfant réagit bien, s'il se réchauffe après le bain. Le bain froid trouve son indication surtout quand l'hyperthermie est très accusée et la lésion locale limitée. Dans les broncho-pneumonies diffuses,

dans les formes suffocantes, j'ai remarqué qu'il était mal toléré. En pareil cas, je le remplace par le drap mouillé ou par les compresses d'eau froide renouvelées fréquemment.

Dans quelques cas, les bains chauds à 58° répétés 2 ou 3 fois par jour ont donné de bons résultats. Ils sont applicables aux rougeoles hyperthermiques et aux rougeoles compliquées de broncho-pneumonie.

Le Dr Chatinière (*Presse médicale*, 1900) a préconisé le traitement systématique de la rougeole par la lumière rouge. Aussitôt le diagnostic fait, on pose des rideaux rouges aux fenêtres et on éclaire la pièce avec une lanterne rouge. D'après lui, la maladie serait bénigne, l'éruption atténuée et courte, les complications seraient prévenues. Cette photothérapie de la rougeole ne m'a pas paru efficace dans une petite épidémie familiale où je l'avais essayée.

Des tentatives sérumthérapiques ont été faites par M. Marmorek à l'hôpital Trousseau. Cinq rougeoleux broncho-pneumoniques de mon service ont été traités en 1895 par le sérum antistreptococcique; 2 ont succombé et 3 ont survécu. Cela pouvait être considéré comme un succès relatif. Mais, en 1896, mon collègue Netter, ayant confié à M. Marmorek une série de broncho-pneumonies morbilleuses, pour les traiter par les injections de sérum, a obtenu des résultats peu encourageants. Pas un des enfants, au nombre de 14, traités par le sérum, n'a survécu.

On ne peut donc, à l'heure actuelle, compter sur ce traitement spécifique pour atténuer la mortalité de la plus redoutable et de la plus répandue des complications de la rougeole. Quant à la sérumthérapie de la rougeole elle-même, elle ne saurait entrer en ligne tant que nos connaissances bactériologiques sur cette maladie resteront incertaines. Cependant le Dr Weisbecker (*Zeitschr. f. klin. Med.*, 1896) a traité quelques cas de rougeole par le sérum sanguin provenant de sujets guéris de cette maladie. Ce sérum serait efficace, non seulement contre la rougeole elle-même, mais encore contre ses manifestations et complications pulmonaires.

Dans les salles et pavillons réservés aux rougeoleux, on a à compter bien souvent avec la diphtérie, importée par les malades venus du dehors ou des autres services hospitaliers; pour se mettre à l'abri de cette association redoutable, il est bon d'inoculer systématiquement le sérum de Roux à tout enfant qui entre au pavillon. Grâce à cette pratique adoptée maintenant à l'hôpital des Enfants-Malades (1902), je n'ai plus eu à déplorer un seul cas intérieur de diphtérie chez les rougeoleux soignés au pavillon d'isolement. L'année précédente, mon collègue, le Dr Richardière, n'avait pas été moins heureux. Les doses injectées ont été les suivantes: 5 centimètres cubes au-dessous de 2 ans, 10 centimètres cubes au-dessus de cet âge, parfois 15 ou 20 centimètres cubes chez les enfants les plus grands. Aucun accident digne d'être rapporté, valeur prophylactique incontestable.