

## IV

## RUBÉOLE

PAR LE D<sup>r</sup> J. COMBY

La rubéole, connue en Allemagne sous le nom de *rötheln*, en Angleterre et aux États-Unis sous les noms de *German measles*, *rubella* ou *rubeola*, etc., est une maladie spécifique, infectieuse et contagieuse, qui présente de grandes analogies avec les autres fièvres éruptives (rougeole et scarlatine). Cependant elle en est distincte et doit être décrite séparément, quoique son agent pathogène soit encore inconnu<sup>1</sup>.

Autrefois la rubéole était confondue avec la roséole saisonnière et les éruptions estivales. Mais sa contagiosité et son épidémicité doivent l'en faire distinguer. Si le nom de roséole était adoptée, il faudrait lui accoler l'épithète *épidémique*. Hensch ne croyait pas à l'autonomie de la rubéole. Malgré l'autorité qui s'attache à son nom, la spécificité de la rubéole a été admise par tous les médecins d'enfants. Le D<sup>r</sup> Theodor von Jürgensen (*Encyclopédie de Nothnagel*, 1902) a bien exposé toutes les opinions des auteurs à ce sujet, tout en donnant une description très complète de la maladie.

Récemment, aux États-Unis, on a essayé de démembrer la rubéole, et sous le nom de *quatrième maladie* (fourth disease), le D<sup>r</sup> Ch. Dukes a décrit une fièvre éruptive nouvelle, qui se placerait à côté de la rubéole sans se confondre avec elle et qui se différencierait également de la scarlatine et de la rougeole.

Le D<sup>r</sup> Crozer Griffith (*Phil. med. Jour.*, 12 avril 1902) critique les faits et l'opinion de Ch. Dukes et repousse absolument l'existence de cette quatrième fièvre éruptive qui, pour lui, n'est qu'une variété de rubéole.

Trompé par le polymorphisme, souvent très accusé, de l'éruption, les auteurs allemands, avec Schönlein, ont cru longtemps à une forme hybride, à une combinaison de rougeole et de scarlatine qu'ils désignaient sous le nom de *rötheln*. Mais cette hybridité n'est plus admise aujourd'hui.

**Étiologie.** — La rubéole est une fièvre éruptive contagieuse et épidémique. Les cas sporadiques sont rares et bien plus souvent on assiste à de petites épidémies de familles, d'écoles, de pensions ou d'asiles.

La maladie a une prédilection marquée pour les enfants, elle est plus commune dans la seconde que dans la première enfance. Elle peut aussi atteindre les adultes. Elle est aussi contagieuse que la rougeole et se transmet comme elle directement d'enfant malade à enfant sain, ou indirectement par les personnes ou les objets récemment contaminés. En effet, l'agent contagieux paraît peu vivace en dehors de l'organisme, et il ne semble pas pouvoir être transporté très loin par des tiers.

<sup>(1)</sup> Consulter l'article *Rubéole*, par le D<sup>r</sup> BOULLOCHE, dans le vol. I de la première édition.

La contagiosité de la rubéole est très précoce; elle s'observe dès l'invasion et pendant l'éruption. Cette dernière terminée, elle n'existe plus. On peut donc estimer à 4 ou 5 jours au plus la durée de la période contagieuse. La rubéole ne récidive pas; une première atteinte confère l'immunité. Cependant cette règle comporte des exceptions comme pour les autres fièvres éruptives.

**Symptômes.** — On doit distinguer, dans la symptomatologie de la rubéole, comme dans celle des autres fièvres éruptives, quatre périodes: incubation, invasion, éruption, desquamation.

L'*incubation* est longue, plus longue que celle de la rougeole; elle est évaluée par la plupart des auteurs à 12 ou 14 jours; cette incubation est plus longue que celle de la rougeole puisque cette dernière ne dépasse pas 10 jours.

En revanche, l'*invasion* de la rubéole est beaucoup plus courte que celle de la rougeole, parfois réduite à quelques heures. Tout compte fait, si la durée de la période incubatrice est calculée d'après le symptôme le plus frappant, l'éruption, on peut dire que l'incubation de la rubéole égale celle de la rougeole (14 jours).

L'incubation de la rubéole ne se traduit par aucun symptôme; l'enfant conserve son entrain, sa gaieté, rien ne peut faire prévoir la maladie dont il a le germe. Cependant l'examen du sang révélerait déjà une altération bien mise en relief par le D<sup>r</sup> Plantenga dans une épidémie qu'il a eu l'occasion d'observer<sup>1</sup>. Pendant l'incubation de la rubéole comme pendant celle de la rougeole, il existe une hyperleucocytose considérable des leucocytes polynucléaires. Quand paraît l'exanthème, cette hyperleucocytose fait place à l'hypoleucocytose.

L'invasion est très courte et parfois réduite à zéro, l'éruption étant le premier symptôme apparent de la rubéole. On ne voit que rarement l'énanthème qui marque l'invasion de la rougeole: pas de catarrhe oculaire, pas de coryza, pas de taches de Koplik ni de stomatite érythémato-pultacée. Cependant le D<sup>r</sup> Forchheimer (*Arch. of Ped.*, oct. 1898) signale, au début de la rubéole, un énanthème maculeux, rosé, qui occuperait la lèvre et le voile du palais. En tout cas l'énanthème ne précède pas l'éruption; il l'accompagne ou la suit.

La fièvre peut être nulle ou à peine accusée (38°, 38°,5). Cependant elle est parfois très notable, et dans un cas que j'ai observé avec le D<sup>r</sup> Dupré, alors mon interne (*Soc. clin.*, 1886), le thermomètre accusait 40 degrés. Quand il y a hyperthermie, elle est passagère et la défervescence ne se fait pas attendre plus de 24 à 36 heures.

L'éruption se fait presque aussitôt, sans suivre les étapes régulières qu'on lui décrit dans la rougeole. Tantôt elle procède de haut en bas, commençant par la face, pour aboutir en dernier lieu au ventre et aux membres inférieurs. Tantôt elle commence par le tronc ou envahit simultanément plusieurs parties du corps. A la face, elle peut être confluyente, papuleuse,

<sup>(1)</sup> D<sup>r</sup> PLANTENGA. *Arch. de méd. des enfants*, mars 1905.

boutonneuse, comme dans le cas que j'ai vu avec Dupré, la malade ayant été envoyée au pavillon de la variole comme atteinte de variole confluente. En général, l'éruption se présente sous forme de macules isolées ou groupées, lenticulaires ou arrondies, avec intervalles de peau saine. C'est la *rubéole morbilliforme*. D'autres fois, on constate la présence sur le corps de larges placards érythémateux simulant la scarlatine (*rubéole scarlatiniforme*). Ailleurs l'éruption est *polymorphe* : taches morbillieuses en certains points, placards scarlatiniformes en d'autres points.

D'où le désarroi des observateurs, qui tantôt font le diagnostic de rougeole, tantôt celui de scarlatine, quand ils ne parlent pas de l'existence simultanée des deux maladies, ou d'une quatrième maladie qui ne serait ni la rubéole, ni la scarlatine, ni la rougeole. Mais cette variabilité des manifestations éruptives, ce polymorphisme sont précisément des caractères distinctifs qui doivent faire penser à la rubéole. Ils doivent y faire songer d'autant plus que les symptômes généraux contrastent par leur bénignité avec l'intensité des phénomènes éruptifs. En effet, le catarrhe est insignifiant, s'il existe; il y a un peu de rougeur du pharynx, peu ou pas de toux, pas de laryngite, ni bronchite. La fièvre est insignifiante ou éphémère. Enfin il existe une adénopathie sous-cutanée qui parfois donne d'emblée la signature de la maladie. Dans les cas qui me sont personnels, j'ai observé au cou des chaînes ganglionnaires volumineuses, sensibles à la pression, qui disparaissent après l'éruption rubéolique. Dans quelques cas l'engorgement ganglionnaire gagnait les aisselles et les aines, étant d'ailleurs moins marqué dans ces régions qu'au cou. Il est vrai que des adénopathies fugaces se voient aussi dans la scarlatine et dans la rougeole; mais elles sont moins constantes et moins notables dans ces maladies que dans la rubéole.

La *desquamation*, au bout de 3 ou 4 jours, succède à l'éruption. Cette desquamation peut être minime, furfuracée, analogue à celle de la rougeole. Parfois elle est accompagnée de démangeaisons. Dans quelques cas, il est impossible de découvrir la moindre desquamation.

La durée de la rubéole est courte; l'invasion, qui se confond d'ailleurs souvent avec l'éruption, dure rarement plus d'une journée. L'éruption ne dure pas plus de 3 jours. De telle sorte qu'en 4, au maximum 5 jours, tout est terminé.

**Pronostic.** — Le pronostic de la rubéole est extrêmement bénin. Nous avons vu guérir, et promptement, tous les cas que nous avons observés. Nous n'avons noté la présence d'aucune complication : pas de bronchite, pas de broncho-pneumonie, pas de néphrite. Les adénopathies sont fugaces et ne suppurent jamais. On peut donc dire que la rubéole, quelles que soient la forme et l'étendue de ses manifestations éruptives, est une maladie des plus bénignes et ne menace en aucun cas la vie des malades.

**Diagnostic.** — Le point délicat de l'histoire de la rubéole est le diagnostic différentiel. La rareté relative de cette maladie, qui ne survient que dans certains milieux sous forme épidémique, fait que le médecin est peu préparé à la reconnaître. Il faut procéder par exclusion.

Dans un de mes cas; la confluence des éléments rubéoliques à la face et

leur apparence boutonneuse, l'intensité de la fièvre, avaient fait penser à la *variole*; mais cette confusion fut de courte durée.

On éliminera la *rougeole*, en tenant compte de l'absence d'invasion, de l'absence de catarrhe et de taches énanthématiques, de l'insignifiance ou de la courte durée de la fièvre, de la répartition et de la marche de l'éruption.

On éliminera la *scarlatine*, en tenant compte de l'absence d'évanthème pharyngé (angine scarlatineuse) et de dépouillement de la langue, de la faible ascension thermique, de l'absence de *diazo-réaction*, et plus tard de l'absence de desquamation à lambeaux. Quand l'éruption sera polymorphe, on ne sera pas plus embarrassé pour écarter la combinaison des deux maladies (scarlatine et rougeole) qu'on ne l'a été pour distinguer une rubéole morbilliforme ou scarlatiniforme d'une vraie rougeole, d'une vraie scarlatine. Les arguments déjà cités pourront servir de nouveau.

Quant aux *éruptions sériques*, qui imitent tout (y compris la rubéole), on les distinguera d'après les commémoratifs et d'après leur évolution. On aura à éliminer aussi toutes les *éruptions toxiques et pathogénétiques*, de même que les *roséoles saisonnières*, ce qui n'est pas toujours facile. Dans les cas douteux, on recherchera les adénopathies cervicales, axillaires, inguinales et on en tiendra compte pour le diagnostic.

Enfin, la notion épidémiologique ne sera jamais perdue de vue; on recherchera la filiation des cas, et bien souvent on trouvera dans cette recherche un guide sûr pour le diagnostic. C'est cette filiation des cas et cette notion épidémiologique qui permettent de se retrouver dans les épidémies analogues à celle qu'a relatée le Dr Watson Williams (*Brit. med. Journ.*, 21 déc. 1901), et dans laquelle des éruptions scarlatiniformes se voyaient à côté d'éruptions morbilliformes, sans parler des cas mixtes et polymorphes. Les cas du Dr Vitline (*Vratch*, 1902) sont également très instructifs; ils montrent en effet la rougeole suivie de rubéole et parfois aussi de scarlatine, les trois maladies évoluant sans se confondre, après un intervalle très court, chez le même malade.

**Traitement.** — Le traitement de la rubéole est fort simple. L'enfant sera gardé au lit pendant toute la période d'invasion et d'éruption. On le maintiendra à la diète lactée. A la période de desquamation, on lui fera prendre un bain savonneux et on pourra alors le rendre à la vie commune. La durée de l'isolement ne doit pas excéder 10 ou 15 jours au maximum quand il s'agit de rubéole vraie.

La prophylaxie est très difficile à cause de la contagiosité précoce de la maladie; nous sommes aussi désarmés en matière de rubéole qu'en matière de rougeole.