riole, cette fièvre primaire, qui cesse un moment lors du développement des pustules et qui reparaît si vive à l'instant de leur suppuration. En un mot, il n'y a pas de fièvre secondaire. L'état de malaise, d'insomnie et d'agitation des enfants est le même que dans la variole. L'appétit est perdu, et l'on observe quelquefois des vomissements. Les convulsions sont rares : cependant elles peuvent s'expliquer par l'intensité de la fièvre chez les jeunes enfants. On sait, en effet, que chez eux c'est par des convulsions et non par du délire que se traduit l'agitation cérébrale. Comment auraient-ils du délire, puisque leur intelligence n'est pas encore développée?

Les pustules de la varioloïde ombiliquée durent un peu plus longtemps que celles de la varioloïde globuleuse et conoïde. Leur marche est souvent semblable à celle des pustules varioliques, et elles suppurent quelquefois complètement avant d'arriver à la cicatrisation. Toutefois, au moment de la suppuration, il n'y a pas de fièvre secondaire comme dans la variole. Les symptômes de cette espèce de varioloïde sont aussi plus graves. C'est là surtout qu'on observe les vomissements et les convulsions. Le seul fait de convulsions que j'aie observé dans la varioloïde se trouvait précisément chez un enfant autrefois vacciné, et dont les pustules étaient toutes déprimées à leur centre.

Pronostic. — La varioloïde n'est pas une maladie grave, les enfants guérissent avec facilité; cependant la varioloïde ombiliquée est quelquefois plus sérieuse qu'une variole discrète. Dans une épidémie de variole, à Marseille, vingt vaccinés périrent, et chez eux la maladie avait offert les caractères de la varioloïde pustuleuse (Rayer). Cette affection n'est jamais suivie de l'éruption de furoncles et des hémorrhagies qu'on observe quelquefois dans la variole. Dès que la dessiccation commence, on ne voit guère survenir de nouveaux accidents; et, à moins de complications toutes spéciales et imprévues, les enfants peuvent être regardés comme guéris.

Traitement. — La marche à suivre dans le traitement est parfaitement indiquée. Il faut surveiller l'éruption et la laisser accomplir ses phases obligées. Les enfants doivent être mis à la diète et placés dans un lieu convenablement échauffé, à l'abri de l'action de l'air froid et humide. Il ne faut pas trop les couvrir, pour ne pas augmenter la fièvre et pour ne pas provoquer, avec des sueurs abondantes, ces érythèmes qui accompagnent la sécrétion sudorale. Il faut, enfin, leur donner des boissons émollientes et chaudes jusqu'au moment où l'on croira devoir les alimenter de nouveau.

Dans le cas de complications du côté des voies digestives ou de la tête, il faut employer des moyens propres à triompher de ces accidents. La poudre d'ipécacuanha peut alors être utile pour vider complètement l'estomac, et la poudre de magnésie pour saturer les acides qu'il renferme. Quant aux convulsions, comme elles ne sont pas liées à une altération du cerveau, il n'y a rien à faire contre elles; elles cessent naturellement, et l'on ne pourrait donner que les différents antispasmodiques dont j'ai parlé dans le chapitre consacré à l'histoire de ces accidents.

CHAPITRE IV

VARICELLE

La *varicelle* est une maladie épidémique et contagieuse, probablement bacillaire comme la variole, caractérisée par la présence sur la peau de vésicules

plus ou moins nombreuses, remplies de sérosité incolore et limpide. On l'appelle aussi *petite vérole volante*, et en anglais *chickenpox*. Il ne faut pas confondre cette maladie avec la varioloïde, qui s'en rapproche à certains égards, mais dont le caractère anatomique est essentiellement différent. En effet, la varicelle est une affection vésiculeuse, et la varioloïde, au contraire, une affection pustuleuse bien caractérisée.

La varicelle est précédée d'une fièvre légère qui dure de douze à quarante-huit heures au plus. Souvent l'état fébrile est à peine sensible, et, comme l'indique Rayer, il n'empêche pas les enfants de se livrer à leurs jeux ordinaires. Dans quelques cas rares, l'invasion de la varicelle est précédée de douleurs abdominales, de vomissements, etc.; mais il faut que ces faits soient bien exceptionnels, car j'ai réuni cinquante-deux exemples de cette maladie sans avoir jamais observé aucun de ces symptômes.

« La varicelle est discrète ou confluente. Elle est caractérisée par de petites « taches rouges un peu saillantes, circulaires lorsqu'elles sont isolées, irré- « gulières, au contraire, lorsque plusieurs se trouvent réunies au même en- « droit. Dès le lendemain il se forme, au centre de la plupart de ces élevures, « une vésicule proéminente remplie par une humeur absolument limpide, « incolore ou citrine, qui s'écoule facilement lorsqu'on pique la vésicule. Le « deuxième jour, cette vésicule a environ une ligne et demie de diamètre; « elle s'élève en pointe ou prend la forme arrondie. Le troisième jour, la « couleur de la lymphe est jaunâtre; mais c'est le seul changement qu'aient « subi les vésicules. Le quatrième jour, celles qui n'ont pas été accidentelle- « ment rompues diminuent de volume et se rident à leur circonférence. Le « cinquième, une petite croûte adhérente à la peau s'est formée à leur centre, « et une petite quantité de lymphe opaque est renfermée dans leur circon- « férence, ce qui leur donne quelquefois une apparence ombiliquée. Le « sixième, de petites croûtes jaunâtres ou brunes occupent la place des vési- « cules. Le septième et le huitième, les croûtes tombent, et laissent sur la « peau des taches rouges sans dépression, qui subsistent encore pendant « quelques jours.

« Durant le cours de cette éruption, plusieurs élevures semblent avorter; « les unes restent à l'état de simples taches ou d'élevures papuleuses et s'ef- « facent graduellement; les autres ne sont surmontées que d'une très petite « vésicule, qui se rompt ou s'affaisse très rapidement (1). »

Les vésicules de la varicelle ne sont pas toujours précédées par une tache rouge de la peau : ce sont alors de véritables bulles qui se développent sans signe local précurseur. Si j'en puis juger d'après les observations que j'ai recueillies, et qui sont assez nombreuses, la vésicule se formerait d'emblée dans la majorité des cas et sans altération préalable du derme. Ainsi, j'ai maintes fois observé, au milieu de l'éruption ordinaire de la varicelle, des vésicules, ou plutôt des bulles assez volumineuses, arrondies, remplies de sérosité transparente et sans aréole inflammatoire. Cette aréole ne s'établissait que deux ou trois jours après, au moment de la dessiccation et de la guérison de la bulle.

Le différence n'est pas capitale, je le sais; mais elle peut être intéressante à reconnaître pour ceux qui s'occupent généralement des maladies de la peau et qui ne veulent rien ignorer de leurs caractères anatomiques.

La varicelle discrète est toujours une maladie légère qui trouble à peine la santé des enfants. Lorsqu'elle est confluente, elle est accompagnée de fièvre

(1) Rayer, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1836, t. XV p. 556, article VARICELLE.

plus ou moins vive, qui ne tarde pas à se dissiper à mesure que disparait l'éruption. La varicelle dure de huit à quinze jours au plus, et elle ne laisse que de légères traces à la surface de la peau.

La varicelle se présente sous la forme épidémique, aussi bien dans le cours des épidémies de variole que dans les circonstances contraires. Ainsi j'ai observé à l'hôpital Necker une épidémie de varicelle, alors qu'il n'y avait point d'épidémie de variole La maladie, restreinte dans les salles d'enfants, se porta successivement sur chacun d'eux, et persista pendant plusieurs mois, car de nouveaux enfants venaient chaque jour dans le foyer d'infection et ne tardaient pas à être affectés au bout de peu de jours.

La varicelle résulte de l'absorption de microbes particuliers, et elle est contagieuse comme la variole; elle ne préserve pas de cette maladie.

Elle peut être transmise par inoculation de l'humeur séreuse de ses vésicules, et quoique les expériences que j'ai faites soient contraires à cette opinion, elles ne sont pas assez nombreuses pour détruire l'assertion de Willan, qui déclare avoir réussi dans son inoculation. Le même succès a couronné les nombreuses expériences de Steiner qui, par inoculation, a toujours reproduit la varicelle, et jamais la variole. Il y a eu huit jours d'incubation, quatre jours de prodromes d'anorexie, de courbature, de fréquence du pouls et de la température dont le maximum a été le jour de l'éruption.

D'après Rayer, la varicelle peut produire la variole, et celle-ci peut donner naissance à la varicelle; cela semblerait établir une identité de nature entre les deux maladies, mais il n'y a rien de catégoriquement démontré à cet égard. Il y a même des faits qui sont en complète opposition avec cette manière de voir: ceux de Steiner d'abord que je viens de rapporter et celui du docteur Roebbelen (1). Ce médecin a rapporté l'observation d'un garçon d'un an non vacciné qui, après avoir subi une variole intense et confluente, fut pris, un mois après la guérison, d'une varicelle bien caractérisée. Si les deux maladies étaient de nature identique, elles n'auraient pu se succéder ainsi à une courte distance.

Diagnostic. — Le diagnostic n'est pas difficile. En effet, il n'est pas de maladie cutanée qui présente ce caractère des vésicules éparses et isolées de la varicelle. Elle se rapproche du pemphigus, lorsqu'elle apparait d'emblée par une petite bulle non entourée d'un cercle inflammatoire; mais les bulles du pemphigus sont toujours plus grosses et moins nombreuses que les bulles de la varicelle. En outre, la varicelle ne présente pas d'une manière générale le caractère d'éruption bulleuse dont nous avons parlé; on rencontre chez le même malade des vésicules bien caractérisées, ce qui n'a pas lieu dans le pemphigus.

Traitement. — Le traitement est fort simple : il faut mettre les enfants à l'abri du froid et leur donner quelques boissons émollientes diaphorétiques, sans se préoccuper de la terminaison de la maladie, qui est constamment heureuse.

CHAPITRE V

SCARLATINE

La *scarlatine* est une fièvre éruptive contagieuse, épidémique, due à l'absorption de microbes particuliers, et caractérisée par la présence d'un exanthème spécial disposé sous forme de teinte écarlate pointillée de rouge,

(1) Roebbelen, *Deutsche Klinik*, 1855, n° 28.

étendue sur la peau et sur la muqueuse du pharynx. Dans beaucoup de cas, l'éruption se propage sur les muqueuses du nez, des bronches, des voies digestives et urinaires, constituant ce que l'on pourrait appeler une *scarlatine interne*, par opposition à la *scarlatine externe* qui a la peau pour siège principal.

Causes. — La scarlatine est bien plus fréquente que la variole dans les premières années de la vie. On n'en a cependant jamais vu d'exemples chez le nouveau-né. Elle ne se montre guère que vers la fin de la première année. Mais son maximum de fréquence paraît être entre cinq et dix ans. Passé cette époque, elle est de plus en plus rare, mais elle se rencontre également chez l'adulte. Elle s'observe indistinctement chez les garçons et chez les filles. C'est une maladie *épidémique*, surtout dans les pensionnats et dans les hôpitaux de l'enfance. Elle se développe *sporadiquement*.

La scarlatine, produite par des germes vivants et invisibles, est *contagieuse* et se transmet indirectement par l'air ou plus directement par le contact, par l'intermédiaire de linges et de vêtements ayant servi à des sujets infectés, ou enfin par une lancette chargée de sang pris dans une plaque scarlatineuse vive. C'est du moins ce qu'ont déclaré Stoll, Mandl et Miquel (d'Amboise), etc.

Les altérations cutanées de la scarlatine siègent sur le corps de Malpighi et les cellules superficielles du derme. Des exsudats remplis de micrococcus se sont substitués aux cellules épidermiques et infiltrent le derme. De là, sans doute, la contagiosité de la scarlatine jusqu'à la fin de la desquamation, le contage ayant pénétré jusqu'aux cellules épidermiques (1), où il a été retrouvé.

La cause nécessaire et absolue de la scarlatine est la présence, dans le sang, d'un agent spécifique, inconnu dans sa nature, insaisissable, si ce n'est par ses résultats, et que l'on désigne sous le nom de *virus* ou de *miasme scarlatineux*. C'est lui qui se reproduit toujours identique avec lui-même, dans l'évolution de la même maladie, en ayant le corps humain pour support et la peau comme lieu d'épanouissement. « *Scarlatina oritur a miasmate exteriore quod in aere volitat, aut contagione et contactu suscipitur.* » C'est ainsi que s'exprimait Borsieri, et nous n'avons rien à désavouer de ces judicieuses paroles, confirmées par l'observation de tous les siècles.

La scarlatine se montre sous plusieurs formes, que l'on doit désigner, d'après les phases de son évolution, sous le nom de *régulière*, *irrégulière* et *maligne*; et, d'après son siège, sous le nom de *interne* et *externe*. La scarlatine interne comprendrait la *scarlatine du pharynx*, la *scarlatine des bronches*, la *scarlatine rénale avec albuminurie*, etc.

Symptômes. — Les symptômes de la *scarlatine régulière* sont différents aux diverses périodes de la maladie, dans la période de *germination* ou *incubation*, d'*invasion*, d'*éruption* et de *desquamation*.

Incubation. — Le jeune enfant soumis à l'influence morbide qui doit amener ultérieurement la scarlatine résiste plus ou moins longtemps à l'action des granulations du virus. Il s'écoule plusieurs jours durant lesquels, au milieu d'une apparente santé, le virus vivant ou le microbe germe dans l'économie, temps variable qui me paraît être de trois à dix jours. — Chez une jeune femme adulte, cette période a été de six semaines. C'est la *période de germination* de la scarlatine. La fièvre apparaît ensuite et signale l'*invasion* des accidents.

Invasion. — L'invasion s'annonce quelquefois par une attaque d'éclampsie.

(1) *Ann. de dermat. et de syph.*, p. 595, 25 octobre 1882, et *Med. Jahr. der Gesell. der Aerzte*, 1882.

Elle est accompagnée d'accablement ou d'agitation considérable et de méchanceté; le sein de la mère et de la nourrice est un objet de dégoût et de colère; les boissons sont prises avec avidité, et l'on ne sait que faire pour calmer et endormir l'enfant irrité. Des efforts de vomissements se répètent à plusieurs reprises, plus souvent des vomissements ont lieu; quant aux garde-robes, elles sont nulles ou insignifiantes.

La langue est blanche, villeuse, la bouche chaude; — au bout de quelques heures, le pharynx rougit, ainsi que les amygdales, qui offrent des grains pultacés et semblent douloureuses, car les enfants se refusent à boire : on pourrait croire à une simple angine, lorsque l'éruption vient dissiper les doutes du médecin.

Quelquefois l'agitation nerveuse est des plus violentes et, en même temps que paraît la fièvre d'invasion, une attaque d'éclampsie ouvre la marche des accidents.

Éruption. — Au bout de quelques heures, dans la scarlatine bénigne, d'une demi-journée, de vingt-quatre ou quarante-huit heures au plus, l'*éruption* apparaît et se montre d'abord au cou, puis à la face et sur le reste du corps. Dans la scarlatine irrégulière, l'éruption peut ne sortir qu'au quatrième jour (fig. 121).

De petits points rouges plus ou moins nombreux apparaissent çà et là, se multiplient et se confondent en s'élargissant, pour former des taches plus grandes, de dimension variable, sans relief à la peau, et dont la couleur disparaît momentanément sous le doigt pour revenir dès que la pression a cessé. Ces taches sont d'abord isolées, puis se multiplient, se réunissent, et, devenant confluentes, couvrent la surface du corps d'une teinte écarlate presque uniforme et générale.

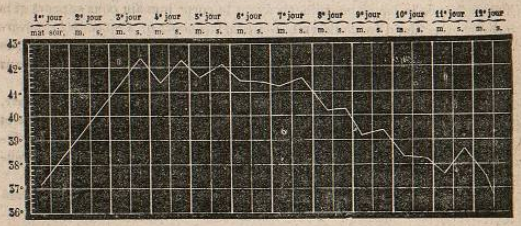

FIG. 121. — Tracé de température dans la scarlatine.

La rougeur de cet exanthème est toujours très foncée : elle approche très souvent de la couleur du jus de framboises ou de mûres écrasées, et elle varie aux différentes époques du jour. Le soir elle est souvent plus foncée que le matin.

L'exanthème scarlatineux a cela de particulier et de caractéristique qu'il disparaît momentanément et passagèrement, pendant une minute, par un léger frottement de la peau. J'ai utilisé ce phénomène pour en faire un signe diagnostique spécial de la scarlatine, car il suffit de tracer très légèrement, avec le bout du doigt, ou avec l'ongle, une raie sur un exanthème de scarlatine, pour faire apparaître *une rayure blanche* tout à fait significative. Il ne se fait rien de semblable dans la rougeole, l'érysipèle et les autres éruptions

cutanées. On peut ainsi faire apparaître, sur la cuisse d'un malade, le diagnostic de la maladie avec le bout d'un corps dur légèrement appuyé sur la peau. Vingt fois dans mes cliniques, écrivant aussi légèrement le mot *scarlatine* sur l'épiderme, j'ai fait voir toutes les lettres de ce mot écrites en blanc et rester une ou deux minutes exposées aux yeux de l'observateur. C'est ce que j'ai appelé la *rayure scarlatineuse*. Elle résulte de la contractilité exagérée des capillaires qui chasse momentanément le sang de leur intérieur. Il ne se fait rien de semblable dans la rougeole ni dans les autres exanthèmes, parce que dans ces affections l'hypérémie cutanée est toute superficielle et que les capillaires à demi paralysés sont peu contractiles. La contractilité exagérée des capillaires de la peau se traduisant par la *rayure blanche* sur l'exanthème peut donc être considérée comme un symptôme de la scarlatine.

L'exanthème de la scarlatine s'étend ordinairement sur tout le corps. Il peut cependant n'en couvrir qu'une partie. La peau est quelquefois en même temps couverte de quelques papules, mais bien plus souvent de *vésicules incolores* ou *opalines*, ce qui constitue la *Scarlatine miliaire*.

En même temps que l'éruption occupe la peau, une éruption de même nature, mais bien plus fâcheuse, se développe souvent dans la bouche et le pharynx. La muqueuse de ces parties est pointillée de rouge, injectée de sang, quelquefois couverte de flocons pultacés, ou de fausses membranes couenneuses peu résistantes; les amygdales sont tuméfiées, quelquefois ulcérées à leur face interne; la langue est elle-même gonflée, rouge et toute dépouillée sur les bords : — c'est l'*angine scarlatineuse*, affection qui devient exceptionnellement fort grave et souvent mortelle. J'en parlerai plus loin. C'est une des formes de la *scarlatine interne*.

La peau est sèche, très chaude, et sa température augmentée s'élève jusqu'à 38 et 40 ou 41 degrés centigrades. La fièvre reste aussi vive que dans la première période et le pouls est toujours très vif et très agité.

Au bout de deux à trois jours, l'éruption commence à pâlir, et elle disparaît graduellement en même temps que la miliaire sèche et s'écaille. Alors commence la *desquamation*, qui dure de six à dix jours. Elle est quelquefois peu considérable, mais ordinairement elle amène la rénovation de tout l'épiderme qui se détache sous forme de larges lambeaux, tandis que dans la rougeole, comme nous le verrons, ce n'est qu'une desquamation fine, dite furfuracée.

La scarlatine *régulière* se montre sous la forme que je viens d'indiquer, et se termine généralement bien, lorsque les enfants sont dans l'intérieur de leur famille et convenablement soignés. Mais dans les hôpitaux d'enfants, la scarlatine, même régulière, peut se porter à l'intérieur sur les muqueuses du pharynx, des intestins, de la vessie, des reins, sur les viscères, etc. Elle est fort souvent suivie de complications fâcheuses qui sont très graves et qui entraînent la mort de la moitié des enfants affectés.

La scarlatine est dite *irrégulière* quand les symptômes de l'invasion manquent ou sont fort peu prononcés; quand l'éruption est tardive, très pâle, ou très foncée, noire, hémorrhagique avec 41 degrés; quand il n'existe pas d'angine, ou enfin, ce qui est plus rare, quand l'éruption manque tout à fait et qu'il y a angine avec scarlatine des bronches suivie de suffocation.

Il y a des cas où la scarlatine est accompagnée de phénomènes convulsifs et comateux dès le début de l'affection, et d'autres où l'angine scarlatineuse se transforme en diphthérite laryngo-pharyngée ou en sphacèle de la bouche, ce qui constitue la *scarlatine maligne*.

Complications. — La scarlatine peut être compliquée d'angine tonsillaire, pultacée, couenneuse, et secondairement de l'inflammation des ganglions du cou, avec suppuration désignée sous le nom de *bubons scarlatineux*: j'en ai vu de nombreux exemples, tous très graves, à l'hôpital et en ville. Dans un cas observé avec Lhuillier, l'enfant est mort asphyxié, et Mondière a vu un jeune enfant périr asphyxié par le fait de cette inflammation.

Elle est souvent compliquée de broncho-pneumonie, d'entérite, et enfin pendant la convalescence, à la fin de la desquamation, d'une *anasarque*, qui résulte du trouble de la perspiration cutanée, ou d'une altération organique des reins. Dans ce cas, il y a suffusion séreuse générale avec ou sans albuminurie. Ce dernier cas est rare; mais j'en ai vu plusieurs exemples, notamment un en 1859, sur une fille de onze ans, ayant présenté une scarlatine très rouge, sur laquelle la rayure du doigt laissait une raie blanche très prononcée et qui n'avait été suivie que d'une faible desquamation. Il y eut anasarque générale pendant sept à huit jours, et les urines, plusieurs fois analysées, ne renfermaient pas trace d'albumine. J'ai vu depuis plusieurs faits semblables, un entre autres avec le docteur Hallu chez un enfant qui a guéri en restant sourd, et un en 1861, sur l'enfant d'un de nos confrères de Paris. Le docteur Trapenard (de Gannat) en a publié six exemples (1). Quand au contraire l'albuminurie existe, fait le plus ordinaire, il se forme souvent dans les reins ou une congestion, ou l'altération anatomique connue sous le nom de *maladie de Bright*, qui est une *néphrite parenchymateuse*, et *infectieuse*. Cette dernière complication est fort grave. Elle peut disparaître au bout de quelques semaines, ce que j'ai vu quinze ou vingt fois à l'hôpital et en ville, notamment sur les enfants de deux de mes confrères; mais lorsqu'elle se prolonge, elle amène presque infailliblement la mort. Elle peut être accompagnée de cécité, qui d'ailleurs disparaît avec l'anasarque et l'albuminurie.

J'ai également rencontré, parmi les complications, l'*endocardite végétante*, l'*hydropéricarde*, signalée une fois par J. Franck, une fois par Fraenchel, une fois par Rilliet et Barthez; Thore en a rapporté deux exemples observés chez des enfants de quatre et de sept ans. Cela est rare.

Observation I. — Un enfant convalescent de scarlatine sortait au neuvième jour pour aller à l'école, et il tomba de nouveau malade. Un épanchement de 10 centimètres carrés, accompagné de fièvre et d'anhélation, s'était formé dans le péricarde. Au bout de quinze jours le liquide avait disparu, et il n'y avait plus à la région du cœur qu'une matité de 1 centimètre et demi dans un sens, et 2 centimètres dans l'autre. Il y avait en même temps un peu de bouffissure et d'anasarque, et malheureusement les urines n'ont pas été analysées par le médecin; s'il eût fait cette analyse, il y eût peut-être rencontré de l'albumine.

Observation II. — Une enfant de quatre ans, sortie au dixième jour d'une éruption scarlatineuse, fut prise, au bout d'une semaine, d'anasarque et d'hydropéricarde mesurée par une matité de 10 centimètres de la région du cœur; il y eut également de la fièvre et de l'anhélation, puis tous les accidents disparurent au bout de quinze jours, et la matité du cœur revint à 2 centimètres. Malheureusement encore ici les urines n'ont pas été analysées, et l'on ne sait si elles renfermaient de l'albumine.

Je ferai ici une observation sur la matité normale du cœur chez les enfants. Elle est évaluée à 1 centimètre et demi ou 2 centimètres carrés, par Thore. Cela me paraît au-dessous de la réalité.

Récidives. — On dit que la scarlatine peut se montrer plusieurs fois chez

(1) Trapenard, *Gazette des hôpitaux*, 1861, p. 130.

le même individu. Les exemples en sont rares, et pour mon compte je n'en ai vu aucun qui vienne appuyer la justesse de cette observation antérieure.

Elle succède quelquefois à la rougeole, dans les hôpitaux de l'enfance et en ville, dans le cas d'épidémie. Le docteur Roger a vu un certain nombre de faits de ce genre. Dans une épidémie de scarlatine, les deux tiers des enfants affectés avaient été, peu de temps auparavant, malades de la rougeole: ainsi, 3, deux semaines auparavant; 4, trois semaines; 6, quatre semaines; 6, cinq semaines; 9, six semaines. Chez ces enfants, la scarlatine ne présenta aucune différence qui la distinguât en quoi que ce soit de celle des autres enfants. Quelques-uns, qui étaient encore affectés de toux depuis la rougeole, l'ont perdue par la seconde maladie. Ce qui caractérisa encore cette épidémie, c'était la rareté de l'urine albumineuse et de la maladie de Bright.

Diagnostic. — Le diagnostic est difficile au début de la fièvre d'invasion, car alors les premiers accidents ressemblent à ceux des autres fièvres éruptives. C'est après vingt-quatre ou trente-six heures seulement qu'il est possible de prévoir le mal qui va paraître, lorsque se montre le mal pultacé de la gorge, et bientôt après l'exanthème sous forme de larges taches réunies en nappe d'un rouge framboisé, avec ou sans éruption miliaire concomitante, et sur lequel on fait apparaître la *rayure blanche scarlatineuse* en faisant très légèrement une raie sur la peau avec le bout du doigt.

Ainsi donc, fièvre, mal de gorge, rougeur du pharynx, exanthème étendu, très foncé en couleur, et *raie blanche scarlatineuse* par le frottement très superficiel de la peau, voilà la scarlatine; tandis que *dans la rougeole*, avec la fièvre, il y a coryza, larmoiement, toux de bronchite, et ultérieurement exanthème rosé formé de petites taches irrégulières plus ou moins relevées, discrètes ou confluentes, ne disparaissant pas sous la friction des doigts, et ne formant pas la rayure blanche dont j'ai parlé plus haut.

Dans la variole, la fièvre et les vomissements se montrent d'abord, puis les pustules caractéristiques, et ensuite, s'il y a angine et bronchite, c'est consécutivement à l'éruption, tandis que c'est tout le contraire dans les deux exanthèmes dont je viens de parler.

Dans la *miliaire sudorale*, il n'y a pas de fièvre.

Pronostic. — La scarlatine est moins grave dans la ville et lorsqu'elle se développe sur des enfants de la classe aisée que lorsqu'elle affecte les sujets de l'hôpital. Il en est de même pour toutes les maladies du premier âge, et ce serait prendre une idée très fausse de leur gravité que d'en croire à cet égard les tableaux statistiques faits dans les hôpitaux destinés à l'enfance.

La scarlatine est une fièvre éruptive très grave chez les enfants à la mamelle; quoiqu'elle puisse se terminer par résolution et par desquamation régulière, elle est souvent le point de départ d'accidents nerveux immédiats ou d'accidents ultérieurs. Elle est un peu moins grave chez les enfants plus âgés, mais les accidents consécutifs sont les mêmes. Parmi eux, je citerai l'impétigo du visage et du cuir chevelu; les bubons scarlatineux du cou, avec ou sans suppuration; la délitescence ou la disparition subite de l'exanthème; l'angine ulcéreuse et couenneuse quelquefois suivie de croup, la gangrène de la bouche, l'entérite, la bronchite chronique, la tuberculisation, l'anasarque, l'hématurie et la néphrite albumineuse; la tumeur et la fistule lacrymales; l'otite avec perforation du tympan, chute des osselets, carie du rocher, et quelquefois abcès du cerveau ou méningite consécutive, etc., etc. C'est le cas des scarlatines *internes*, irrégulières et compliquées.

Lorsque la maladie est simple, sa terminaison est constamment heureuse; dès qu'elle offre des irrégularités ou des complications, la vie est immédia-

tement menacée et le plus grand nombre des enfants y succombent. La mort s'annonce très souvent par la formation, sur le visage, d'une traînée fronto-nasale et mentonnière, blanchâtre ou livide.

Traitement. — Le traitement de la scarlatine est à la fois prophylactique et curatif.

Le *traitement prophylactique* a pour but de prévenir le développement de la scarlatine dans le cas d'épidémie. On y réussit à l'aide de la belladone administrée en teinture, à la dose de six à dix gouttes en vingt-quatre heures. C'est là un des faits les plus curieux de la thérapeutique moderne. Nous en devons la connaissance à Hahnemann, et ce fait a été confirmé par une foule de médecins, au nombre desquels nous citerons Schenk, Massius, Hufeland, Berndt, Méglin, Bayle, Godelle (de Soissons), Stievenard (de Valenciennes) (1), etc., qui ont employé ce moyen dans plusieurs épidémies, et qui prétendent avoir ainsi limité le nombre des victimes. Bayle (2) rapporte que sur 2,027 individus ainsi traités lors d'une épidémie de scarlatine, 79 seulement ont été atteints, et 1,948 ont échappé. Il y a beaucoup de faits de ce genre acceptés dans la science.

Lorsqu'on emploie la belladone comme moyen prophylactique de la scarlatine, il faut l'administrer de la manière suivante, d'après Berndt:

℞ Extrait de belladone. . . . . 5 centigrammes.
Eau de cannelle. . . . . 15 grammes.

Deux ou trois gouttes matin et soir pour un enfant d'un an, et une goutte de plus par année pour les enfants plus avancés en âge.

La plus grande objection, — et ce n'en est pas une à notre avis, — la plus grande objection qu'on pourrait faire à cette méthode thérapeutique, c'est de ne pas remplir le but qu'on se propose: c'est, en un mot, d'être inutile. Ce serait d'abord une chose à démontrer. On ne l'a pas fait. Par conséquent, le médecin se trouve, au moment d'une épidémie, dans l'expectative, ou de laisser la maladie faire beaucoup de victimes, ou d'administrer une substance inoffensive, qui peut-être doit en diminuer le nombre. Il n'y a pas à hésiter, et fût-ce une chose inutile, on doit la faire dans l'espérance d'un bon résultat.

Lehmann et Miquel (d'Amboise) ont proposé l'inoculation de la scarlatine comme moyen prophylactique. Ils ont pensé qu'en faisant naître, en état de santé, une scarlatine bénigne, on pourrait éviter les accidents qui résultent de cette affection plus grave développée sous l'influence épidémique.

D'autres médecins considèrent, comme le seul moyen prophylactique possible, l'isolement des enfants affectés. Il est évident qu'en dehors de tout autre procédé prophylactique, celui-là est le meilleur.

Le *traitement curatif* a pour but de favoriser l'éruption et de combattre les complications qui peuvent se manifester. Il est différent dans la scarlatine régulière et dans la scarlatine irrégulière.

Dans la *scarlatine régulière et simple*, le traitement consiste à couvrir modérément les malades pour ne pas les accabler de fatigue et de chaleur, et ensuite à leur donner moins à téter, ou du lait coupé avec de l'eau ou des boissons émollientes. Si l'angine est forte, il faut boire du sirop de mûres dans de l'eau, donner une potion avec chlorate de potasse 4 grammes, et promener de petits cataplasmes sinapisés sur les jambes.

(1) Stievenard, *De l'emploi prophylactique de la belladone dans la scarlatine épidémique*. Paris, 1843.
(2) Bayle, *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1828-1837.

Dans la *scarlatine irrégulière et compliquée*, le médecin doit veiller sur les moindres manifestations morbides, pour les combattre dès leur apparition. Il doit mettre une sangsue derrière chaque oreille, si des convulsions ou du coma indiquent une violente congestion sanguine des méninges et du cerveau. S'il y a fièvre ardente se traduisant par 41 ou 42 degrés, il faut passer rapidement *sur tout le corps nu une grosse éponge imbibée d'eau froide vinaigrée* et *recommencer toutes les trois heures*. Il pourra aussi recourir aux sangsues de chaque côté de la mâchoire, dans le cas d'une angine et d'une pharyngite trop intenses. Si l'angine est accompagnée d'ulcération des amygdales, de pseudo-membranes pharyngées couenneuses, résistantes, ou s'il y a commencement de gangrène du pharynx avec fétidité de la bouche, il faut cautériser les parties matin et soir, souvent trois fois par jour, avec un pinceau imbibé d'acide chlorhydrique, ou avec une solution concentrée de nitrate d'argent, d'acide phénique au 1000e, etc. (1). S'il y a *bubon scarlatineux*, il faut l'ouvrir de très bonne heure avant le décollement des parties profondes, ou bien c'est la mort.

Si la scarlatine est compliquée de bronchite et de broncho-pneumonie, il faut ausculter avec soin les deux côtés de la poitrine pour préciser nettement l'étendue et le degré de la lésion, afin de la combattre par les moyens qu'on oppose ordinairement à ces phlegmasies. Je les ai développés à propos du traitement de la pneumonie, et il est inutile d'y revenir ici.

Contre l'*anasarque*, il faut employer le régime lacté, les frictions sèches, avec une brosse de flanelle promenée sur la peau; les bains tièdes, les bains aromatiques, les bains de vapeur, les fumigations balsamiques sur le corps enveloppé de laine. A l'intérieur, tous les jours, 5 centigrammes, calomel en poudre jusqu'à effet purgatif. On interrompt alors le médicament pour y revenir dès que la diarrhée a cessé. On peut donner aussi le tannin, 10 à 40 centigrammes; la fuchsine, 10 centigrammes; le perchlorure de fer, 10 gouttes; la teinture de quinquina, 30 grammes dans de l'eau; la limonade nitrique; l'huile essentielle de térébenthine, 5 à 6 gouttes, etc. Mauthner (de Vienne) emploie l'urée ou le nitrate d'urée comme un puissant diurétique. Le médicament est donné à la dose de 10 centigrammes, mélangé avec du sucre et séparé en 6 doses administrées à deux heures d'intervalle. Quand l'enfant a pris 40 centigrammes, il éprouve une diurèse abondante et son hydropisie diminue. Toutefois l'auteur annonce lui-même que ses expériences ne sont pas assez nombreuses pour lui permettre de formuler une opinion précise; cependant les faits cliniques recueillis jusqu'ici l'engagent à conseiller l'essai de cet agent thérapeutique dans l'hydropisie survenant à la suite de la scarlatine. Mauthner (2) publie en même temps l'histoire de deux enfants chez lesquels l'administration de l'urée fit rapidement disparaître l'anasarque. Je préfère le maillot de laine, le régime lacté, les fumigations balsamiques et le tannin ou la fuchsine, à 25 ou 50 centigrammes par jour et plus.

CHAPITRE VI

ROUGEOLE

La *rougeole* est une maladie virulente, parasitaire, épidémique, infectieuse et contagieuse, caractérisée par l'éruption de petites taches rouges, ordinairement isolées, quelquefois réunies de manière à former des taches plus larges et irrégu-

(1) Voyez ANGINE COUENNEUSE.
(2) Mauthner, *Journal für Kinderkrankheiten*, et *Gaz. hebd. de méd.*

lières, proéminentes sur quelques points et séparées par des interstices irréguliers où la peau conserve sa couleur naturelle. Cet exanthème est toujours accompagné d'une éruption semblable sur les muqueuses nasale, oculaire, intestinale et bronchique. Cette éruption donne lieu à une affection catarrhale aiguë accompagnée d'éternuments, de larmoiement et de toux férine qui fatiguent les enfants à un si haut degré. L'éruption dure de cinq à six jours et disparaît. Elle est quelquefois suivie d'une desquamation furfuracée de l'épiderme.

On a dit que la rougeole était de même nature que la coqueluche, mais c'est une vue de l'esprit que rien n'autorise, car j'ai vu bien des enfants atteints de coqueluche avoir au même instant la rougeole, et réciproquement des enfants venant d'avoir la rougeole être affectés de coqueluche.

De son côté, le docteur Salisbury, de Newark (Ohio) (1), a émis l'idée la plus étrange sur la nature de la rougeole. Il l'attribue à l'intoxication de l'organisme par les spores d'un champignon qui se développe sur les céréales, et particulièrement sur le blé. Ayant vu des ouvriers occupés à battre la paille de froment, et les soldats fédéraux couchant au camp sur de la paille plus ou moins avariée, recouverte de moisissure dont les spores volaient dans l'atmosphère, être pris de lassitude, de fièvre, de constriction à la gorge, de larmoiement, de coryza, et d'une éruption morbilleuse au troisième jour, cessant en trois fois vingt-quatre, il a conclu que l'absorption des végétaux microscopiques de cette paille était la cause d'un empoisonnement dont la conséquence était la rougeole. Pour le démontrer, il s'inocula directement sous l'épiderme des spores de ces cryptogames, il fit de même sur sa femme, et le résultat fut un état fébrile accompagné de quelques taches de rougeole ; il a conclu que c'était là une rougeole spéciale, dont le développement pouvait éclairer la nature de la rougeole ordinaire. Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait n'en est pas moins curieux à retenir.

Neumann a étudié les *modifications histologiques de la peau dans la rougeole et la scarlatine*. D'après lui, dans la rougeole, les lésions siègent spécialement sur les glandes et les vaisseaux sanguins de la partie superficielle du derme et du corps papillaire. On observe une prolifération embryonnaire autour des glandes sudoripares et de leur canal excréteur, autour des glandes sébacées et des follicules pileux. De là, sans doute, l'insuccès des inoculations pratiquées avec les débris de l'épiderme des rubéoliques (Mayr, Monro), et la possibilité d'inoculer la maladie avec le sang, les sécrétions lacrymale, nasale et buccale. Le poison rubéolique agit comme les substances qui irritent les glandes cutanées (iode, brome, etc.).

Il y a plusieurs variétés de rougeole. La *rougeole vulgaire* est caractérisée par la fréquente et très constante uniformité de ses symptômes. Les autres, dites *rougeoles anomales*, sont infiniment plus rares, et diffèrent de celle-ci par la nature et la couleur de l'éruption : rougeole boutonnée, rougeole noire (*rubeola nigra*) ; par les symptômes : rougeole sans catarrhe, rougeole maligne, etc.

§ I. — Rougeole vulgaire.

La rougeole vulgaire offre quatre périodes : 1° la période d'*incubation*, qui commence le jour de l'arrivée d'un enfant dans le foyer de l'épidémie et cesse à l'instant de l'invasion des accidents morbilleux ; 2° la période de l'*invasion* (*stadium contagii*, Rosen) ; 3° la période d'*éruption*, et 4° enfin, la période de *desquamation* (*declinatio vel desquamatio*).

(1) Salisbury, *Gaz. hebd.*, 1862.

Première période (*période d'incubation*). — Quelques médecins ont cherché à déterminer quelle pouvait être la durée de l'incubation de la rougeole. Elle est de dix à seize jours, suivant Bateman ; de huit à vingt et un jours, suivant Gregory ; de dix à seize jours, suivant Willan ; de six jours, suivant Home, et d'après mes observations, de huit à vingt-neuf jours.

On conçoit combien ces approximations doivent être difficiles. Il est souvent impossible de savoir à quelle époque on s'est approché d'un foyer d'infection, et même on ignore si l'on s'est exposé à contracter cette maladie. A moins de se trouver dans les circonstances où je me suis trouvé placé lors de l'apparition de plusieurs épidémies, on ne peut arriver qu'à des résultats incertains.

Il faut voir arriver un enfant atteint de rougeole au milieu d'une réunion plus ou moins nombreuse d'autres enfants. Alors, en observant ce qui se passe, on arrive à préciser le temps nécessaire au développement de la maladie chez ceux qui avaient quelque aptitude pour la contracter. S'il y a des différences dans le temps d'incubation, c'est aux prédispositions particulières qu'il faut les rapporter.

Voici quelle fut la durée de cette période d'incubation dans une épidémie que j'ai observée à l'hôpital Necker. Quelques enfants ont offert les premiers symptômes de la rougeole au bout de douze jours : d'autres après le vingt et unième jour ; un après le vingt-cinquième ; un après le vingt-sixième ; un après le vingt-neuvième.

Il en est donc de l'incubation de la rougeole comme de l'incubation des autres maladies contagieuses épidémiques, elle n'a point la même durée chez tous les sujets. Il y aurait témérité à vouloir en préciser les limites ; elle varie suivant les individus et d'après des conditions qu'il est impossible de déterminer. C'est là que le mot de *prédisposition* vient se placer convenablement pour déguiser notre impuissance. En effet, selon la prédisposition des sujets, les uns sont rapidement frappés par l'épidémie, et les autres le sont à une époque beaucoup plus reculée, ou même sont entièrement épargnés par elle. Dans d'autres cas, c'est sur la forme même de la maladie que la prédisposition semble avoir quelque influence, puisque là se développe une affection morbilleuse légère, et là une affection morbilleuse grave.

Deuxième période (*période d'invasion*). — La période d'invasion n'est pas toujours très caractérisée ; chez quelques enfants elle passe presque inaperçue, c'est à peine si elle dure douze heures. Indiquée par des malaises et un peu d'agitation à l'approche de la nuit, par une légère rougeur des yeux et quelques éternuments, elle fait aussitôt place à la période d'éruption. Des taches rubéoliques se montrent sur la peau du cou et de la partie supérieure du corps.

Chez d'autres enfants, les phénomènes précurseurs sont mieux caractérisés ; ils durent de trois à quatre jours et peuvent faire prévoir l'éruption. Une fièvre assez vive, 39 à 40 degrés (fig. 122), accompagnée de chaleur et de sécheresse de la peau, signale le début des accidents. Les paupières sont gonflées, les yeux rouges, larmoyants. Les malades éternuent et leur nez distille une liqueur séreuse ; la langue est blanche, la muqueuse buccale uniformément rouge, piquetée de rose, couleur spéciale de l'éruption, qui apparaît d'abord sur la voûte palatine et dans le pharynx, différente de la rougeur scarlatineuse.

Quelques enfants ont une petite toux continuelle, sèche, *férine*, qui augmente après l'éruption cutanée, et indique la présence d'une éruption du larynx, de la trachée et des bronches, constituant la *bronchite morbilleuse*.

Dans quelques cas, cette toux est rauque et s'accompagne d'aphonie avec suffocation et sifflement laryngé par suite de laryngite aiguë qui peut entraîner la mort, si l'on ne fait la trachéotomie. J'ai vu plusieurs cas de ce genre, et chez une petite fille j'ai été obligé de recourir à l'opération, sans pouvoir conjurer le danger, car une pneumonie a occasionné la mort.

Il en est qui ont des vomissements et de la diarrhée, phénomène jadis assez rare dans la rougeole, indiqué par Sydenham, et que j'ai souvent observé soit dans une épidémie de l'hôpital Necker, soit dans mon service de l'hôpital Sainte-Eugénie. Sydenham dit que cela arrive surtout aux enfants qui font des dents. Mais c'est là une hypothèse, car la diarrhée s'observe dans la seconde enfance et en dehors de tout travail de dentition. C'est plutôt la conséquence d'une éruption de rougeole étendue à la muqueuse des intestins, constituant ce qu'on pourrait appeler la *rougeole interne*. Enfin, il y en a chez lesquels une convulsion passagère complète, éclamptique, signale l'invasion. — Dans un cas, j'ai vu sur un enfant de vingt-trois mois ces convulsions avoir le caractère du spasme de la glotte. Ces spasmes ont duré quarante-huit heures, puis l'éruption est sortie, et au cinquième jour une nouvelle crise de spasme a subitement causé la mort.

La durée de ces symptômes prodromiques est de quatre jours ; il paraît qu'elle peut être plus considérable. Guersant cite un fait dans lequel les accidents précurseurs ont annoncé, quinze jours à l'avance, l'éruption rubéolique, qui fut, d'ailleurs, assez bénigne.

Troisième période (*période d'éruption*). — Après l'éruption pointillée de la voûte palatine apparaissent sur le front et sur le visage des malades de petites taches rouges, véritable pointillé semblable à des morsures de puces, qui se montrent bientôt après à la partie supérieure du corps et sur les membres. Elles deviennent rapidement plus grandes et plus nombreuses, de manière à se réunir en formant des plaques saillantes et régulières, des plaques en forme de croissant ou de différentes figures irrégulières, comme le dit Sydenham. L'éruption est confluente chez les uns et discrète chez les autres.

Ces taches sont légèrement saillantes au moment de leur apparition, mais elles ne tardent pas à s'affaisser. Leur couleur, d'abord assez vive, ordinairement d'un beau rose, pâlit rapidement; cependant, au moment des efforts de toux, elles reprennent toute leur intensité. Elles disparaissent sous la pression du doigt, pour reparaître aussitôt que la pression a cessé; mais la rayure faite avec le bout de l'ongle sur ces plaques ne produit pas cette *rayure blanche* que j'ai fait connaître dans l'éruption de la scarlatine. Il est évident que la contractilité des capillaires n'est pas aussi excitable dans cette maladie que dans la scarlatine, où la même expérience produit une ligne blanche appréciable pendant une minute, par suite de l'excessive contractilité des capillaires superficiels de la peau.

Les symptômes de la rougeole, dit Sydenham, ne s'adoucissent pas par l'éruption, comme ceux de la petite vérole. La toux, la fièvre (fig. 122), la difficulté de respirer, augmentent; le larmoiement, l'envie de dormir et le dégoût de manger persistent comme auparavant. Cela s'explique facilement. En même temps que s'effectue l'éruption morbilleuse tégumentaire, il y a éruption *interne* semblable sur les muqueuses nasale, oculaire, palatine, bronchique et intestinale, d'où résultent des phénomènes d'inflammation dite catarrhale. Il y a *rougeole interne* localisée sur une ou plusieurs muqueuses, et il est impossible, tant que dure cette forme de la maladie, que cessent la fièvre, les éternuments, la toux, la diarrhée, qui indiquent la participation de telle ou telle membrane muqueuse à la maladie.

On retrouve, dans cette troisième période, les symptômes généraux de la première et de la seconde. Ils prennent beaucoup plus d'intensité; la fièvre est constante et assez vive, sans être toutefois considérable, elle est en rapport avec la discrétion ou la confluence de l'éruption rubéolique; la bouche est fort rouge, sèche au point de provoquer chez plusieurs malades de fré-

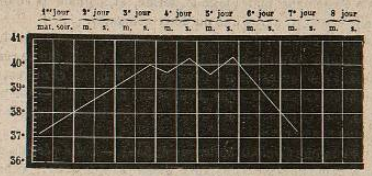

Fig. 122. — Tracé de température dans la rougeole.

quents besoins de boire ; la langue est couverte d'un enduit blanchâtre, criblée de petits points rouges correspondants aux papilles de la langue ; le ventre reste souple et indolent, et il y a quelquefois de la diarrhée qui dure plus ou moins longtemps.

Pendant toute cette période, on peut constater, comme dans la première, le gonflement des paupières et la rougeur des yeux, qui restent remplis de larmes; le flux nasal du coryza se convertit peu à peu en un mucus compacte, et il se dessèche promptement à l'entrée des narines pour y former des croûtes.

La toux augmente beaucoup : c'est le symptôme le plus grave de cette période, et il se retrouve chez presque tous les enfants; il est quelquefois accompagné par une dyspnée assez inquiétante. Chez les petits enfants, il n'y a point d'expectoration, mais dans la seconde enfance il y a une expectoration plus ou moins épaisse, muqueuse, puis purulente, et formant des crachats déchiquetés ou arrondis, *nummulaires*, nageant dans un liquide assez clair. On trouve alors dans les poumons tous les signes de la bronchite et de la broncho-pneumonie, c'est-à-dire du râle sibilant et du gros râle muqueux qui se convertit en râle sous-crépitant, lequel disparaît pour faire place à du souffle, et à de la matité dans le cas de pneumonie véritable.

Chez quelques enfants, la toux opiniâtre revient par quintes pénibles, qu'on pourrait prendre pour des quintes de coqueluche, s'il y avait cette reprise caractéristique observée dans cette affection.

La durée de cette période est de deux, six et huit jours; les taches rubéoliques s'éteignent dans l'ordre de leur apparition, pâlissent, diminuent d'étendue, et enfin disparaissent entièrement. La décroissance est assez rapide dans les rougeoles discrètes. Chez d'autres, l'éruption pâlit beaucoup, mais chaque tache de l'exanthème est remplacée par une tache jaunâtre, macule de la peau que plusieurs médecins ont considérée comme une ecchymose, et qui persiste pendant quinze à vingt jours avant de disparaître. Les symptômes généraux diminuent simultanément avec l'éruption.

Les stigmates que la rougeole laisse après elle sont la conséquence de l'accumulation du sang à la surface de la peau, et on peut les considérer comme le résultat de la phlegmasie morbilleuse locale et circonscrite du derme qui a occasionné l'altération du pigmentum cutané. Cette opinion est appuyée sur ce qui se passe chez les personnes peu accoutumées à supporter les ar-

deurs du soleil, et qui vont exposer leur tête nue à la chaleur de ses rayons. Il en résulte une rougeur vive d'une moitié de la face ou d'une de ses parties, le nez, le front, par exemple, rougeur à laquelle succède une teinte jaune semblable à la couleur des macules de l'affection morbilleuse. La coloration est plus étendue dans un cas que dans l'autre, ce qui importe peu d'ailleurs ; elle a également pour siège le derme, et, comme la coloration de la rougeole, elle disparaît après une ou deux semaines.

Chez quelques enfants, l'exanthème disparaît et laisse après lui, pendant plusieurs jours, un pointillé fin, rouge, noirâtre, violacé, qui se résorbe peu à peu, en passant par toutes les nuances de l'ecchymose, et qui est dû à de petites hémorrhagies miliaires dans l'épaisseur de la peau. — Ce pointillé ne disparaît pas sous la pression des doigts et constitue une variété de *rougeole hémorrhagique* sans gravité.

QUATRIÈME PÉRIODE (*période de desquamation*). — Cette période manque assez souvent. A ce moment la fièvre tombe, disparaît et la peau reprend sa température ordinaire. Les flux nasal et oculaire cessent, la toux est le seul symptôme qui persiste après les autres, soit qu'il indique une bronchite chronique, soit qu'il résulte de la tuberculose pulmonaire à ses débuts.

Lorsque l'éruption a disparu, l'épiderme desséché se fendille et tombe par écailles très petites, furfuracées jusqu'à son entier renouvellement, ce qui dure huit à dix jours environ.

La plupart des médecins décrivent la desquamation rapide ou tardive qui succède à la rougeole. Ils l'indiquent avec toutes les différences qui la séparent de la desquamation scarlatineuse. Ainsi, dans l'affection morbilleuse, l'épiderme des parties où se trouvaient les taches s'enlève par lamelles très petites et furfuracées. La desquamation est surtout visible à la face et à la partie supérieure de la poitrine.

Chez quelques enfants, la desquamation n'est pas appréciable ou se dérobe à l'observation.

Des faits semblables ont été observés par Sydenham et par Joseph Franck; ce qui indique au moins que si la desquamation furfuracée est ordinaire, ce n'est pas un phénomène constant.

On l'observe surtout chez les enfants dont l'éruption rubéolique a été très confluente.

Complications. — Parmi les complications de la rougeole, il en est quelques-unes, comme l'ophthalmie, le coryza, la stomatite, la pharyngite, la diarrhée, la laryngite, le catarrhe bronchique, la pneumonie, l'endocardite, qui sont complètement en rapport avec la maladie. Ce sont des *rougeoles internes* apparaissant avec la rougeole cutanée; mais il en est d'autres qui ne sont que des coïncidences morbides.

Deux enfants ont la diarrhée avec leur rougeole. Chez l'un, bien portant d'habitude, elle peut être considérée comme un phénomène lié à l'éruption qui se développe dans l'intestin et détermine le flux d'entrailles. Chez l'autre, au contraire, faible et débile, déjà malade d'une entéro-colite, la diarrhée, antérieure à la rougeole, l'accompagne dans sa marche et lui survit; elle est évidemment moins en rapport avec l'affection morbilleuse qu'avec la phlegmasie des entrailles.

Il en est de même de la toux, qui est la conséquence d'une laryngite aiguë plus ou moins grave et de la rougeole des bronches ou des poumons.

Quelques enfants ont, à la suite de leur rougeole, des éruptions cutanées secondaires, des furoncles sur le corps, une éruption confluente d'eczéma impétigineux sur la face, avec engorgement et phlegmasie des glandes cervicales, mais ces éruptions me paraissent liées à l'état de la constitution, et la rougeole intervient surtout à titre de cause occasionnelle.

La toux férine est la complication la plus fréquente de la rougeole; elle existe à divers degrés chez tous les enfants au début ou dans le cours de l'éruption. C'est le phénomène le plus inquiétant de la maladie; il est en rapport avec la phlegmasie du larynx, des bronches et des poumons.

Quand la toux est passagère et que la bronchite n'existe qu'à un faible degré, la maladie mérite peu d'attention; si la bronchite augmente, il faut surveiller avec soin l'état des poumons. L'auscultation est d'un grand secours pour reconnaître les degrés de la phlegmasie; on entend, des deux côtés du thorax, des bruits musicaux, des sifflements, du râle ronflant, du râle sibilant mêlé de râle muqueux, qui change facilement de place, augmente ou disparaît par les efforts de toux, ce qui caractérise la bronchite; mais le catarrhe morbilleux passe très facilement à l'état de pneumonie. Il faut suivre cette transition et la saisir à son début pour la combattre avec succès. Très souvent j'ai observé le *catarrhe suffocant* et la *pneumonie* dans le cours de la rougeole ; mais quelle que soit leur gravité, les enfants peuvent en guérir. J'en ai vu de remarquables exemples. Dans un cas même, la phlegmasie du parenchyme pulmonaire était caractérisée par la matité absolue d'un lobe du poumon, par du souffle et par le retentissement du cri. Chez d'autres enfants, la pneumonie peut être regardée comme douteuse, si elle n'est point accompagnée de souffle bronchique; elle est alors indiquée par du râle sous-crépitant d'un côté. Ceux qui ont observé les maladies des enfants à la mamelle savent bien qu'il n'en faut pas davantage pour caractériser une pneumonie lobulaire.

Ces exemples de pneumonie morbilleuse, que je viens de mentionner à titre de complication, m'ont offert des symptômes identiques avec ceux de la pneumonie des enfants du même âge, et il est inutile d'y insister.

La *toux* est parfois rauque, croupale et la voix enrouée ou éteinte, ce qui peut faire croire à l'existence du croup membraneux Le fait est rare. Les autopsies démontrent qu'il ne s'agit en général que d'une laryngite morbilleuse aiguë; mais il se forme parfois un véritable croup membraneux. Cette complication peut devenir très grave, et il n'est pas d'année que je ne sois obligé d'opérer ou de faire opérer des enfants asphyxiés par laryngite simple ou membraneuse de rougeole.

Une autre complication de la rougeole est l'endocardite végétante que l'on trouve dans tous les cas où, par suite de maladie intercurrente, l'enfant vient à mourir. Alors on constate sur les bords de la valvule mitrale ou tricuspide un boursouflement granuleux rouge formé d'un amas de cellules conjonctives. Il y a en même temps de la fibrine coagulée sur les tendons valvulaires. Ces lésions ne sont guère appréciables pendant la vie, et, après guérison de la rougeole, elles disparaissent ou laissent des traces; elles peuvent devenir l'origine des maladies cardiaques ultérieures.

La conséquence la plus fâcheuse et malheureusement très fréquente de la rougeole, chez les enfants lymphatiques ou scrofuleux, c'est la *tuberculisation pulmonaire*. A cet âge, la phthisie pulmonaire n'a souvent pas d'autre origine appréciable. La rougeole a préparé le terrain ou se développent facilement les bacilles de la tuberculose.

Si je voulais ranger indistinctement parmi les complications de la rougeole toutes les maladies qui surviennent dans son cours ou qui lui succèdent, il faudrait y placer la coqueluche. En effet, on observe des malades qui ont, après la disparition de l'exanthème, une exacerbation de la toux, qui devient

quinteuse, convulsive, comme dans la coqueluche, à l'exception toutefois de la reprise, qui est mal caractérisée.

Cependant je n'abuserai pas des résultats de l'observation et des coïncidences qui pourraient faire admettre un fait que la raison comprend avec peine. Je ne rapporterai pas à la rougeole ces quintes de toux convulsive, que je regarde comme des phénomènes nerveux accidentels, greffés sur un catarrhe morbilleux, et je les rapporterai à la disposition impressionnable du sujet plutôt qu'à l'influence épidémique.

Une autre complication heureusement fort rare, c'est la *stomatite* et la *gangrène de la bouche et des parties génitales* chez les filles, à la suite de l'inflammation des follicules de la muqueuse buccale et vulvaire.

L'*albuminurie et l'anasarque* sont très rares à la suite de la rougeole. On a nié l'existence de cette complication, mais c'est peut-être un tort, car j'en ai vu plusieurs exemples à l'hôpital Sainte-Eugénie ou à l'hôpital des Enfants-Malades, et l'un d'eux a été suivi de mort subite, ce qui a permis de constater, par autopsie, l'hypertrophie et l'anémie de la substance corticale des reins, lésions ordinaires de la néphrite albumineuse.

Diagnostic. — On ne saurait trop accoutumer ses yeux à l'étude des formes extérieures des maladies. Un grand nombre d'entre elles se traduisent au dehors par des signes qu'il est impossible à un médecin exercé de méconnaître. Ainsi la rougeole, à part de rares anomalies, est facile à distinguer à distance. On la reconnaît dès son début beaucoup mieux qu'aucune autre fièvre éruptive. La fièvre, la congestion de la face et des conjonctives, l'écoulement des larmes, les éternuments et la toux rauque ou férine signalent l'invasion de la maladie. La persistance de ces symptômes, la toux plus forte et l'apparition de l'exanthème viennent établir la réalité de son existence. A part la roséole, il n'est aucune autre affection qui puisse être confondue avec elle, et le nouveau signe que j'ai fait connaître, la rayure du doigt ne faisant pas disparaître l'éruption morbilleuse, comme elle fait disparaître momentanément l'exanthème de la scarlatine, dissipera tous les doutes. La roséole s'endistingue par l'absence de prodromes, la fièvre assez faible et l'absence de desquamation.

Pronostic. — La rougeole épidémique est en général plus fâcheuse que la rougeole qui se manifeste isolément : ce n'est pas toujours une maladie grave, elle n'est dangereuse que par ses complications, et surtout par les affections intercurrentes, aiguës ou chroniques, des poumons. C'est cette complication qui rend l'affection morbilleuse si inquiétante dans un grand nombre de cas; sans elle, la rougeole serait une maladie légère, qui guérirait facilement chez l'immense majorité des enfants. Son influence sur la santé est immédiate ou éloignée.

Influence immédiate ou éloignée de la rougeole sur la santé. — La rougeole est assez souvent la cause d'accidents morbides fort sérieux. La pneumonie lobulaire, appelée, en raison des circonstances qui président au développement, *pneumonie morbilleuse*, est, comme on le sait, fort grave.

La diarrhée est un accident moins fréquent, mais non moins dangereux, car l'entéro-colite ulcéreuse en est souvent la conséquence. Les convulsions dans la rougeole sont très souvent mortelles. Quant à l'endocardite végétante, elle n'engendre presque jamais d'accidents graves.

L'éruption morbilleuse est quelquefois la source d'affections cutanées des oreilles, des paupières ou de la peau en général. Elle est souvent accompagnée de vésicules semblables à celle de la miliaire, de bulles de pemphigus, et surtout d'impétigo chez les enfants scrofuleux. Cette dernière affection est celle qui se développe sur les paupières et derrière les oreilles. Il faut

la combattre par de légers purgatifs et par des topiques astringents, pour ne pas la laisser s'établir d'une manière définitive.

Si la rougeole est l'occasion du développement de quelques affections cutanées, elle est aussi, en revanche, dans plusieurs circonstances, la cause de leur disparition. Ainsi, on rapporte que certains enfants atteints de maladies chroniques de la peau en ont été guéris par cette affection. Toutefois on n'est pas d'accord sur la nature de l'influence exercée dans ce cas par l'affection morbilleuse. Est-elle salutaire ou bien est-elle fâcheuse ? c'est ce qu'il est impossible de décider.

Rayer croit que cette influence est salutaire, et il se fonde sur le fait d'une jeune fille qu'il a soignée, et qu'il a vue guérir d'un eczéma chronique du cuir chevelu de la face et des oreilles à la suite de la maladie dont il est question. On pourrait, au contraire, regarder cette influence comme très fâcheuse, si l'on en jugeait par les deux exemples rapportés par Alibert, et dans lesquels on a vu la mort survenir rapidement chez les enfants guéris par la rougeole d'un impétigo du cuir chevelu. Comme on le voit, la question n'est pas suffisamment éclairée par l'expérience, et il est nécessaire d'attendre de nouveaux faits pour se prononcer à son égard.

Les accidents thoraciques qui se développent si fréquemment à la suite de la rougeole témoignent de son influence *éloignée* sur la constitution des enfants. Que de fois, en effet, n'a-t-on pas vu, après la bronchite morbilleuse, se préparer un terrain propre à l'apparition des bacilles de la tuberculose, les tubercules pulmonaires se développer chez des sujets qui ne paraissent pas y être prédisposés ! Que de fois aussi n'a-t-on pas vu sous cette influence l'affection tuberculeuse, latente chez les enfants, prendre son essor et marcher avec une rapidité inattendue ! C'est qu'en effet la rougeole est une cause de développement des tubercules pulmonaires et accélère de beaucoup la marche de cette affection chez les enfants qui en sont atteints.

Quel est, dans ce cas, le mécanisme de la tuberculisation ? Si l'on réfléchit qu'il y a une rougeole cutanée et une rougeole interne bronchique amenant l'une et l'autre la rénovation de l'épiderme et de l'épithélium, il devient évident que la desquamation bronchique laissant au milieu des vésicules pulmonaires des amas de cellules épithéliales faisant office de corps étrangers, il y a là une cause de tuberculisation incontestable. Les cellules épithéliales détachées par la rougeole bronchique agissent sur les poumons de la même façon que peuvent agir les poussières végétales et minérales. Chaque amas devient le point de départ d'une phlegmasie vésiculaire avec granulation demi-transparente et plus tard ces granulations se remplissent de *bacilles* et se transforment en véritable matière tuberculeuse.

Causes. — La rougeole se montre à l'état sporadique ou épidémique, chez l'enfant et chez l'adulte, chez l'homme comme chez la femme.

Elle règne surtout à l'état épidémique, et alors sa cause est difficile à déterminer.

Il est souvent difficile de remonter aux causes des épidémies qui viennent s'abattre sur les cités populeuses. On est réduit à invoquer vainement les modifications plus ou moins fréquentes de la température, les modifications de composition de l'atmosphère; on se perd en conjectures, et il faut en définitive confesser l'impuissance de nos recherches. Sauf de rares exceptions, il est impossible de trouver la cause de l'épidémie et souvent de connaître son origine.

Cela se comprend, et il ne saurait en être différemment dans les grandes villes. Comment savoir, à Paris, si un enfant aujourd'hui affecté de rougeole

n'a pas été en contact plus ou moins éloigné avec un autre enfant atteint par cette maladie ? De quelle manière apprendre qu'il s'est approché d'un foyer d'infection ? Est-ce possible ? Assurément non. Et de même pour quantité d'autres maladies épidémiques. Combien d'affections de cette nature, déterminées par la contagion, qui sont regardées par les médecins comme des maladies sporadiques ! Ces erreurs sont journalières, et il n'est personne qui puisse se flatter de ne point les commettre.

C'est que le théâtre d'observation est si vaste, que la vue d'un homme ne saurait l'embrasser. Il faut, pour étudier la marche d'une épidémie et pour en donner une description convenable, il faut, dis-je, se placer dans une localité circonscrite où l'on puisse tout voir et tout apprécier. Alors on connaît la source des premiers accidents; on les suit dans leur manifestation sur toutes les personnes soumises à l'influence des germes infectieux, et on les voit disparaître pour toujours ou pour se reproduire en d'autres lieux. Le dénombrement de la population est facile, et l'on achève en évaluant le nombre des victimes pour les comparer au nombre des personnes qui ont joui de l'immunité.

La rougeole est éminemment contagieuse, directement ou indirectement, par contact ou à distance, par l'intermédiaire de l'atmosphère.

L'affection morbilleuse est une des maladies épidémiques qui répandent au loin l'infection sans avoir besoin du contact direct. Elle lance autour d'elle et à sa suite d'impalpables émanations remplies de micrococcus et de bacilles qui empoisonnent ceux qui les respirent. La contagion s'opère dans l'espace et dans un rayonnement qu'il est impossible d'apprécier. C'est cette variété de contagion que les épidémiographes ont appelée *contagion immédiate* ou *indirecte*.

Dans l'épidemie que j'ai observée à l'hôpital Necker, les choses se sont passées de cette manière. Peu après l'arrivée d'une rougeole dans cette salle où se trouvaient d'autres enfants, un grand nombre d'entre eux, sans avoir communiqué avec le malade, se trouvèrent atteints par cette affection. Il faut bien considérer la venue du premier enfant comme la cause de tout le mal, et, en un mot, comme l'origine de l'épidémie qui a frppé sur tous les enfants, à l'exception d'un seul, placés au milieu du foyer d'infection.

L'épidémie, née de la contagion vivante, renfermée entre quatre murailles, ne saurait se prêter aux spéculations, excellentes d'ailleurs, faites pour en expliquer les causes, d'après l'étude de la température et de la composition de l'air, de la direction des vents et de l'état électrique de l'atmosphère. Ces recherches, dont Hippocrate et beaucoup de médecins ont tiré si grand parti, nous paraissent au moins superflues dans certaines circonstances. En voici la preuve dans mon hôpital :

Deux salles d'hôpital sont voisines, séparées par une faible cloison; toutes deux tirent jour sur les mêmes jardins; elle ont la même atmosphère, la même température, le même vent et la même électricité. La rougeole se développe dans l'une et frappe sur la presque totalité de sa population, qui se renouvelle et qui va être de nouveau ravagée. Malgré d'incessantes communications, elle ne se développe pas dans l'autre. D'où vient cette anomalie ? Les influences extérieures sont cependant les mêmes. Si elles pouvaient quelque chose sur l'apparition de l'épidémie, on aurait bien pu le constater. Leur action, ayant été nulle, peut être considérée comme non avenue, et nous revenons à la contagion dont nous avons parlé.

Il ne suffit pas de démontrer l'existence d'une cause, il faut encore expliquer son action. Ainsi nul doute qu'un virus morbilleux ne fût répandu dans l'atmosphère de notre salle lors de l'apparition de l'épidémie. Mais je me demande ce qu'est devenu ce virus, et comment il a pu s'éteindre. Pour les malades, je m'interroge dans le but de savoir comment les uns ont été préservés et les autres pris par la rougeole au bout d'un temps variable. C'est, en un mot, faire l'histoire de la prédisposition.

Parlons d'abord du virus et des microbes qu'il renferme. Quoique impalpable, son existence est certaine et généralement admise. Dans l'épidémie dont je parle, il m'a paru avoir une action sans cesse décroissante. En effet, toute la population de la salle, moins deux enfants, a été frappée. De nouveaux sujets sont venus remplacer les premiers, et deux seulement prirent la rougeole à de longs intervalles, puis tout cessa. En serait-il de même des virus qui frappent à distance comme des virus que l'on inocule, et ne pourrait-on pas croire qu'ils s'affaiblissent en se divisant? Je le pense, et je compare l'action du virus morbilleux absorbé par les voies aériennes ou cutanées à une véritable inoculation. L'enfant atteint de rougeole empoisonne un certain nombre de ceux qui l'entourent, parce qu'il a formé un foyer d'infection considérable. A la seconde génération, ce foyer est moindre; il diminue encore à la troisième, à la quatrième peut-être, pour disparaître enfin définitivement. Je ne présente ces idées que comme des hypothèses; mais elles me paraissent rendre compte de la disparition d'une épidémie qui se développe dans un hôpital, un pensionnat ou dans toute autre localité. C'est pour cette raison que j'ai cru devoir les avancer.

Si l'on fait la part du virus qui infecte les malades, il faut aussi parler de la résistance apportée par chaque sujet à l'action des microbes. Le temps d'incubation n'est pas le même chez tous les enfants. Il est de douze, de vingt et un, de vingt-cinq et de vingt-neuf jours, suivant les sujets. Un enfant, au début de l'épidémie, n'est pas frappé par elle. Il en est de même d'un grand nombre d'autres vers sa terminaison. Ces différences dans l'apparition de la maladie et dans la résistance à la contracter sont le résultat de la faiblesse du virus morbilleux ou de la prédisposition des enfants. Tout n'est qu'hypothèse à l'égard des microbes du virus, mais la prédisposition des sujets est beaucoup plus importante à mentionner.

Il est évident que les enfants doivent à la prédisposition individuelle l'immunité dont ils jouissent au milieu du foyer d'infection. C'est un phénomène inexplicable, il est vrai, mais il est admis par tous les médecins et se trouve justifié par un grand nombre d'observations. Seul, il peut rendre compte du temps plus ou moins long que la maladie met à se développer chez les enfants soumis au même moment à l'influence contagieuse. Nous ajouterons qu'il faut, avec la prédisposition naturelle, faire la part de la disposition accidentelle des individus. Ainsi, je crois cette remarque très fondée : les sujets atteints d'une maladie, pendant qu'ils demeurent dans le foyer d'infection, sont moins soumis à l'influence du principe contagieux. C'est ce que j'ai observé plusieurs fois, et c'est ce qui explique les différences si remarquables d'incubation que j'ai citées. Il en est ainsi de la plupart des malades dont on cite les exemples comme fort extraordinaires, et qui n'ont été atteints, dans les salles d'hôpital où la rougeole régnait épidémiquement, qu'au bout de quarante, cinquante et même soixante jours.

En résumé, la rougeole est produite par la transmission, d'un enfant à un autre, d'un principe contagieux de nature spéciale, dont l'essence, formée de microbes, ne nous est révélée que par ses effets sur l'organisme : c'est une maladie *infecto-contagieuse*. Son incubation est modifiée par la prédisposition naturelle, toute normale, de certains enfants, et par la prédisposition qu'un état morbide antérieur donne aux autres.

§ II. — Rougeoles anomales.

Ces rougeoles diffèrent de la rougeole vulgaire par les symptômes fonctionnels et anatomiques qu'elles présentent. Ainsi, certains enfants atteints de rougeole n'ont point de catarrhe bronchique ni d'ophthalmie morbilleuse; d'autres offrent des symptômes généraux fébriles fort intenses et des symptômes nerveux convulsifs très graves. Il en est qui présentent une éruption rubéolique singulière, caractérisée par un exanthème très foncé en couleur et presque noir, entremêlé, chez quelques sujets, d'ecchymoses cutanées, véritables hémorrhagies de la peau semblables à celles du *purpura simplex*, parsemé, chez d'autres, d'un grand nombre de taches saillantes, comme papuleuses. Ici l'éruption tend beaucoup à se manifester et s'évanouit presque aussitôt après son apparition ; ailleurs, enfin, elle ne paraît point, et cependant on observe chez les malades tous les autres symptômes de la rougeole.

Comme on le voit, l'affection morbilleuse présente un grand nombre de modifications qu'on ne saurait étudier avec trop d'attention, pour ne pas commettre d'erreur de diagnostic à leur égard.

1° La *rougeole sans catarrhe* (*rubeola sine catarrho ; spuria vel incocta*, Willan) se rencontre surtout dans les épidémies de rougeole. On voit des enfants qui présentent une éruption dont les apparences extérieures et la marche sont les mêmes que celle de la rougeole vulgaire. Il paraît, d'après Willan, qu'un intervalle de plusieurs mois sépare quelquefois cette éruption du développement de la rougeole vulgaire, mais le plus souvent celle-ci se manifeste trois ou quatre jours après l'éruption non fébrile. Rayer a plusieurs fois observé cette rougeole sans catarrhe. Il a vu « plusieurs enfants d'une « même famille, habitant le même appartement, couchant souvent dans la « même chambre, être atteints d'une rougeole catarrhale fortement dessinée, « hors un seul d'entre eux, dont la maladie offrait les symptômes du premier « stade de la rougeole et ceux de l'éruption, moins les phénomènes de la « bronchite. Ces rougeoles *sans catarrhe*, considérées comme effet d'une cause « épidémique, sont-elles les analogues des varicelles observées dans les épi- « démies de variole ? Il est difficile de distinguer les rougeoles sans catarrhe « de certaines roséoles autrement que par leur cause; toute distinction entre « elles est impossible lorsqu'elles sont sporadiques (1). »

2° Les *rougeoles malignes* sont celles qui se distinguent par l'intensité de leurs symptômes généraux fébriles, ou qui sont accompagnées de phénomènes nerveux très graves, tels que les convulsions. Elles sont fort rares.

3° La *rougeole noire* (*rubeola nigra*, Willan) est caractérisée par une éruption dont la couleur est tellement foncée, qu'elle approche de la couleur noire. Elle est accompagnée d'une notable dépression des forces et du pouls, et s'observe surtout chez les enfants de faible complexion. On remarque quelquefois en même temps des hémorrhagies cutanées semblables à celles du *purpura simplex*. C'est ce que l'on a appelé *rougeole hémorrhagique*. Le docteur Thomson rapporte que, dans un cas de rougeole noire, l'épiderme se détachait de la peau par la moindre traction et pouvait s'enlever avec une grande facilité.

4° Chez quelques enfants, la rougeole sort mal; elle apparaît sur une partie du corps ou tarde à paraître, et quelquefois, après s'être manifestée, elle

(1) Rayer, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1835, t. XV, p. 817, article ROUGEOLE.

disparaît aussitôt. C'est là ce qu'on a appelé *rougeole anomale* proprement dite. Cette variété est fort grave, car elle est souvent accompagnée de symptômes nerveux convulsifs ou de troubles fonctionnels du côté du ventre.

5° Enfin, la *rougeole sans éruption* (*febris morbillosa*), dont l'existence a été, très à tort, niée par plusieurs médecins, est observée surtout dans les temps d'épidémie. Certains enfants ont de la fièvre, du coryza, du larmoiement, du catarrhe bronchique, mais ils n'ont point d'éruption (Gregory, Guersant). Ordinairement, en pareille circonstance, il n'y a pas d'éruption rubéolique bien caractérisée; mais il apparaît sur le cou et sur les épaules quelques taches qui ont l'aspect des taches de la rougeole. C'est à cette maladie que s'applique le nom de *febris morbillosa* donné par Sydenham.

Traitement. — Le traitement varie dans la *rougeole vulgaire* et dans les *rougeoles anomales*. Dans le premier cas, si l'éruption est discrète, régulière, exempte de complications, il ne faut pas troubler la marche naturelle de la maladie. On laisse à l'organisme toute sa liberté de réaction, ce que l'on devrait toujours faire dans les rougeoles bénignes et régulières.

Les médications énergiques, nécessairement perturbatrices, ne conviennent qu'aux rougeoles dont l'issue est incertaine, probablement grave, et dont on veut assurer la guérison par la puissance de l'art. Ces médications sont particulièrement applicables dans la rougeole contre certaines complications dont je parlerai plus loin.

Chez tous les enfants dont l'éruption est régulière, il faut prescrire le régime et les soins hygiéniques indiqués par Sydenham et par tous les médecins.

Les enfants doivent rester au lit pendant les deux premiers jours de l'éruption, sans être plus couverts que de coutume, et le lieu de leur séjour ne doit pas être plus échauffé que lorsqu'ils étaient en bonne santé, 16 à 18 degrés centigrades. On leur donne des boissons émollientes sucrées ou vineuses; plusieurs se contentent du sein de leur nourrice. Il ne doit leur être donné d'autres aliments que du bouillon et du lait coupé.

Ces soins sont importants et l'on aurait tort de les négliger. La précaution de ne pas trop couvrir les malades est surtout nécessaire. On a l'habitude de les surcharger de couvertures pour faciliter la sortie de la rougeole, et il en résulte une fluxion telle de la peau, qu'elle devient le siège d'une éruption secondaire qui cause de vives souffrances aux enfants.

Dans la période d'invasion, les moyens que je viens d'indiquer sont les seuls utiles. Il faudra, dès ce moment, surveiller le rapport de la toux aux lésions thoraciques, pour combattre la phlegmasie pulmonaire à sa naissance, si elle était près de se déclarer. Lorsque la toux n'est qu'un symptôme incommode de cette période du mal, il faut administrer, suivant le conseil de Sydenham, le sirop diacode, en potion ou dans la tisane, à la dose de 10 à 20 grammes dans les vingt-quatre heures.

La période d'éruption ne réclame pas de moyens différents de ceux qu'on emploie dans la période précédente. Quelques médecins ont conseillé l'usage des boissons diaphorétiques et ont recommandé de tenir les enfants au milieu d'une température assez élevée. Ces moyens sont inutiles, et même je les crois nuisibles.

Lorsque l'éruption sort avec peine et disparaît tout à coup, et que les accidents succèdent à cette disparition, il faut essayer de rappeler l'exanthème. L'urtication, les frictions irritantes sur le corps, les sinapismes, les vésicatoires, le jaborandi, etc., sont les moyens convenables dans la circonstance.

Dans la période de déclin, il faut encore rester le simple observateur de la

nature : seulement, comme chez plusieurs malades la toux persiste et devient inquiétante, on essaie de la calmer avec les potions gommeuses et l'usage des boissons émollientes.

Après la rougeole, il y a des médecins qui donnent un purgatif aux enfants, parce que, disent-ils, la diarrhée qui paraît naturellement chez certains malades est un phénomène critique avantageux, et que quand la crise n'a pas lieu, il faut la déterminer par un laxatif.

Il est fort important que les malades guéris de la rougeole ne sortent pas trop tôt, si l'on ne veut les exposer à contracter une phlegmasie pulmonaire.

Le traitement que je viens d'indiquer, et que j'ai l'habitude de prescrire, doit nécessairement subir quelques modifications chez les enfants qui sont affectés des maladies intermittentes mentionnées au chapitre des complications.

La phlegmasie pulmonaire, la plus fréquente des maladies qui surviennent dans le cours de la rougeole, doit être combattue dès son apparition par l'ipécacuanha à dose vomitive. Cette substance présente de grands avantages chez les enfants à la mamelle, car elle facilite l'expectoration, impossible à cet âge. Il est important de remplir cette indication au début de la phlegmasie, dont la marche peut ainsi être arrêtée. Le vomissement a pour résultat matériel et immédiat de diminuer l'engouement bronchique, et, pour résultat plus éloigné, il diminue la contagion pulmonaire en rendant l'hématose plus facile. L'ipécacuanha doit être donné à la dose de 30 à 40 centigrammes pour 30 grammes de sirop. Il faut réitérer chez les enfants qui n'ont pas suffisamment évacué, ou qui n'ont éprouvé qu'un médiocre soulagement. Ce moyen est convenable non seulement dans les pneumonies morbilleuses, mais aussi dans les autres variétés de pneumonie des enfants à la mamelle.

Aussitôt après l'administration du vomitif, il faut mettre en usage la médication révulsive cutanée, comme cela est indiqué dans mes observations. Le vésicatoire ordinaire, répété fréquemment, le soulèvement de l'épiderme à l'aide de l'huile de croton, etc., ont été employés avec succès.

Dans aucun cas, nous n'avons trouvé l'indication donnée par Sydenham pour la pratique de la saignée. « Si, après la rougeole, dit ce médecin, comme « cela arrive très souvent, le malade, pour avoir usé des cordiaux ou d'un « régime trop échauffant, est attaqué d'une fièvre violente, d'une difficulté de « respirer et d'autres symptômes de péripneumonie qui le mettent en danger « de sa vie, la saignée du bras est alors nécessaire; et je m'en suis toujours « bien trouvé, même chez les plus petits enfants, en tirant une quantité de « sang proportionnée à leur âge et à leurs forces... » Ailleurs, il dit qu'on ne doit pas être surpris de lui voir recommander la saignée chez les petits enfants, car son expérience lui a démontré qu'on pouvait les saigner aussi sûrement que les adultes. « La saignée leur est même si nécessaire, qu'il est « impossible, sans cela, de remédier comme il faut à la péripneumonie dont « nous avons parlé, et à quelques symptômes qui leur arrivent. »

Chez plusieurs malades, il devient nécessaire d'administrer à l'intérieur, et en même temps que des vésicatoires volants, le kermès minéral à la dose de 5 à 20 centigrammes. Malheureusement cette substance provoque quelquefois une irritation d'entrailles et une diarrhée qui se présentent de manière à inquiéter. Dans ces cas, les lavements amidonnés, les lavements de décoction de racine de ratanhia, les lavements avec la solution de nitrate d'argent, 5 centigrammes pour 100 grammes d'eau distillée, sont utiles à employer. On peut prescrire à l'intérieur les mêmes substances et le nitrate d'argent à la dose d'un centigramme seulement. Sydenham employait encore ici la saignée, comme le seul remède utile en pareil cas. Peut-être cet auteur exagère-t-il un peu les avantages de cet excellent moyen; on est porté à le croire quand on le voit justifier son emploi en disant qu'il fait une révulsion des humeurs âcres qui causent la diarrhée, et qu'il tempère le sang au point qui est nécessaire.

Dans la coqueluche qui succède à la rougeole chez quelques enfants, il faut donner la poudre de Dower et la poudre d'ipécacuanha à plusieurs reprises. Je suis fâché de n'avoir pas eu l'occasion de vérifier la justesse du dernier aphorisme que j'emprunterai à Sydenham, et dans lequel il vante encore le succès de la saignée dans la coqueluche: « La saignée est de la « plus grande utilité dans la coqueluche; ce remède surpasse infiniment tous « les remèdes pectoraux. »

Quelques enfants présentent aussi, au moment de la rougeole ou à la suite, une inflammation du bord des paupières qui se convertit facilement en eczéma ciliaire. Il en fut ainsi chez un enfant que j'ai observé et qui fut rapidement guéri par l'usage de la pommade au précipité rouge. J'en ai vu plusieurs autres qui furent pris d'une otorrhée abondante qui céda sous l'influence des injections avec le baume tranquille.

Quant aux moyens préservatifs de cette maladie, l'inoculation est le seul qui, jusqu'à présent, ait sérieusement occupé l'attention des médecins. L'usage intérieur du soufre, d'après Tortual, de la belladone, du camphre, de certains médicaments, a été tout à fait rejeté. L'inoculation, surtout au moment des épidémies, paraît avoir de grands avantages; mais cette question a besoin d'être éclairée par de nouvelles expériences.

De nouvelles idées émises sur la nature de la rougeole par le docteur Salisbury ont mis la pratique de l'inoculation morbilleuse dans une direction importante. — Pensant que son inoculation pourrait préserver de la rougeole épidémique, il fit, à titre de prophylaxie, des inoculations chez des enfants placés dans des pensions où régnait la maladie, et beaucoup de malades furent préservés. — Quelques-uns furent pris, mais chez eux l'éruption fut très modifiée. — Ces observations sont assez curieuses pour être enregistrées, et nous laissons à l'avenir et à l'expérience le soin de montrer ce qu'elles renferment de réel.

Aphorismes.

313. La fièvre accompagnée de rougeur des yeux, de larmoiement, de toux et de sternutation, est un signe précurseur de la rougeole.

314. Des taches rouges, irrégulières, peu saillantes, disséminées à toute la surface du corps, accompagnées de fièvre et suivies de desquamation furfuracée, caractérisent la rougeole.

315. La rougeole qui débute par une convulsion est toujours grave.

316. La rougeole sans catarrhe bronchique se termine toujours heureusement.

317. La rougeole accompagnée de catarrhe bronchique se complique souvent de pneumonie.

318. Les pneumonies de la rougeole, qu'on désigne sous le nom de *pneumonies morbilleuses*, ont une nature spécifique qui modifie leur évolution, ce qui les rend très graves.

319. Les pneumonies morbilleuses sont ordinairement lobulaires et fort souvent mortelles.

320. Les pneumonies morbilleuses engendrent plus que d'autres les gra-