

à Lupara, les proportions d'une petite épidémie. On s'est appuyé sur ces faits et sur ceux rapportés par Trousseau, A. Turenne, MM. Millard, Laroyenne, Rodet, Bouvier, pour faire le procès au vaccin jennérien, pris de bras à bras, et pour tenter de lui substituer le vaccin animal. Le vaccin animal qu'on se procure en inoculant à des génisses du vaccin humain est certainement capable de rendre des services, il peut fournir à un moment donné de grandes quantités de vaccin, lorsque sous la menace d'une épidémie on doit pratiquer de nombreuses vaccinations; quand on n'a à sa disposition que du vaccin conservé d'origine suspecte, il est sage de l'inoculer à une génisse et de se servir du cowpox artificiel ainsi produit pour faire les vaccinations; mais le vaccin animal est loin d'être plus efficace que le vaccin humain; la vaccination de bras à bras reste en somme le procédé le plus pratique et le meilleur, à condition de prendre les précautions indiquées plus haut pour le choix des vaccinifères.

Le docteur Cory, un des directeurs de l'institut de vaccination animale à Londres, s'est inoculé volontairement la syphilis avec du vaccin provenant d'enfants syphilitiques; trois fois l'inoculation du vaccin syphilitique n'eut aucun résultat, l'inoculation réussit la quatrième fois. Ce fait montre une fois de plus que le vaccin peut servir de véhicule au virus syphilitique, mais il montre aussi que cette inoculation de la syphilis par le vaccin n'est pas très facile, puisqu'elle a échoué trois fois sur quatre.

Les accidents de la vaccine sont très rares en somme, mais leur existence n'est pas douteuse, et c'est là une grave objection qui a été faite avec raison aux partisans de la vaccine obligatoire. Le jour où il existera une loi déclarant la vaccine obligatoire, c'est l'État qui sera rendu responsable de tous les accidents qui pourront se produire. Nous pensons que l'État doit se borner à développer les institutions fondées pour la propagation de la vaccine et à encourager par tous les moyens en son pouvoir la pratique des vaccinations et des revaccinations.

SYDENHAM. Méd. prat. — TROUSSEAU. Clinique médicale. — CORNIL. Anatomie de la pustule de la variole (Journ. de l'inst. et de la physiol., 1866). — BESNIER. De la période d'incubation dans les maladies éruptives (Gaz. des hôp., 1868). — DESSOS et HUGHARD. Des compl. cardiaques dans la variole (Un. méd., 1870). — DESSOS. Considér. sur le diagn., le pron. et la thérap. de quelques-unes des principales formes de la variole. Soc. méd. des hôpitaux (Un. méd., 1870). — QUINQUAUD. Sur les lés. viscérales diffuses de la variole (Gaz. des hôp., 1870). — L. COLIN. La variole et la rougeole pendant le siège de Paris, 1873. — LEGROUX. Article *Rash* du Diction. encycl. des sc. méd. — HUGHARD. Ét. sur les causes de la mort dans la variole, th. Paris, 1872. — Vaccine et variole. Nouvelle étude sur la question de l'identité de ces deux affect. par une commission de la Soc. des sc. méd. de Lyon (Gaz. hebdomad.,

1865). — VIENNOIS. De la transmission de la syphilis par la vaccination (Arch. gén. de méd., 1860). — Disc. sur la syphilis vaccinale à l'Acad. de méd. en 1864, 1865 et 1869. — B. TEISSIER. Les revaccinations. Communic. au Congrès méd. de Lyon, 1872. — WARLOMONT. Communic. au Congrès méd. de Vienne (Gaz. hebdomad., 1874). — A. LAVERAN. Traité des maladies des armées, p. 374. — J. RENDU. Épidémie de variole à Lyon (Lyon méd., 1875). — CHAUVEAU. Contr. à l'étude de la vaccine originelle (Rev. mensuelle de méd. et de chir., 1877, p. 244). — PINGAUD. Épizootie de horse-pox (Acad. de méd., 3 juin 1879). — CORBEAU. De la vaccine ulcéreuse, th., Paris, 1878. — SAENZ. Mêmes sujet, th., Paris, 1879. — VIEUSSE. Remarques pratiques sur une série d'inoculations de horse-pox (Gaz. hebdomad., 1880). — Discussion sur la vaccination obligatoire (Acad. de méd., 1881). — LEUDET. Des hydropisies et des accidents rénaux dans la convalescence de la variole (Assoc. pour l'avanc. des sc. méd., Reims, 1880). — JOFFROY. De la bronchite et de la broncho-pneumonie dans la variole (Arch. de physiol., 1880). — BREYNAERT. Des accidents bronchiques et broncho-pneumoniques de la variole. Paris, 1881. — ANTONY. Études sur les causes susceptibles de faire varier les résultats des vaccinations (Rec. mém. méd. milit., 1879-1880-1881). — HERVIEUX. Vaccinations animales (Acad. de méd., 24 janvier 1882). — WARLOMONT. Traité de la vaccine et de la vaccination humaine et animale. Paris, 1883. — VAILLART. Manuel pratique de vaccination animale. Paris, 1886.

## VARICELLE

On admet généralement aujourd'hui que la varicelle constitue une entité morbide et non pas une variété bénigne de la varioloïde; cette dernière opinion est encore défendue cependant par des auteurs du plus grand mérite, notamment par Hébra et Kaposi. La spécificité de la varicelle nous paraît ressortir des propositions suivantes, qui ont été bien établies par Trousseau, Bouchut, West, Tordeus, Thomas, Hénoch et Picot.

La vaccine ne préserve pas de la varicelle et la varicelle n'empêche pas le développement de la vaccine.

La variole ne préserve pas de la varicelle ni la varicelle de la variole; on a pu inoculer la variole à un convalescent de varicelle.

L'inoculabilité de la varicelle est encore contestée; en tous cas, l'inoculation de la varicelle n'a jamais produit la variole ni la varioloïde.

L'analogie symptomatique de la varicelle et de certains cas de varioloïde est d'ailleurs incontestable.

ÉTIOLOGIE. — La varicelle est contagieuse, presque au même degré que la rougeole; elle règne le plus souvent sous forme de petites épidémies, mais on l'observe aussi à l'état sporadique. C'est une maladie de l'enfance, aussi faut-il en rechercher surtout la description dans les traités des maladies des enfants. La varicelle a été observée cependant quelquefois chez des sujets âgés de vingt à trente ans.

La plupart des auteurs qui ont essayé d'inoculer la varicelle



n'ont obtenu que des résultats négatifs. Steiner et d'Heilly auraient été plus heureux; Steiner dit avoir réussi huit fois à inoculer la maladie, et les inoculations faites par d'Heilly, à l'hôpital Trousseau en 1885, auraient donné un résultat positif trois fois sur dix. On a objecté avec raison, à ces expérimentateurs, que les individus inoculés par eux n'ayant pas été isolés, rien ne démontrait qu'ils eussent pris la varicelle par le fait de l'inoculation et non par contagion à distance. Les observateurs qui reprendront ces expériences devront, pour se mettre à l'abri de cette cause d'erreur, isoler avec soin les sujets inoculés.

La récurrence n'est pas très rare.

**DESCRIPTION.** — L'incubation est de quinze à dix-sept jours, beaucoup plus longue, par conséquent, que celle de la variole.

La fièvre prodromique peut manquer complètement; elle est, en tout cas, beaucoup plus légère et plus courte que dans la varioloïde. Le thermomètre dépasse rarement 38°5.

L'éruption est souvent le phénomène initial; elle est caractérisée par de petites taches rouges, arrondies, qui se développent indifféremment sur toutes les parties du corps, et qui se transforment rapidement en vésicules ou en bulles. La varicelle, dit Trousseau, est une maladie éruptive à forme *bulleuse*.

La grosseur des bulles est variable, elles sont entourées à leur base d'un liséré rosé ou bien la peau conserve sa teinte normale. Le contenu des bulles est un liquide parfaitement limpide au début; le deuxième ou le troisième jour de l'éruption, la sérosité se trouble, les bulles se rident, s'affaissent, et leur dessiccation donne lieu à la formation de petites croûtes noirâtres qui tombent en général sans laisser de cicatrice.

L'éruption de la varicelle est toujours discrète; il est très rare que le chiffre des vésicules ou bulles dépasse cent cinquante ou deux cents, et il est très souvent inférieur à cent. Quelques vésicules se développent parfois sur les muqueuses, et en particulier sur la muqueuse buccale.

L'éruption se fait rarement d'une seule poussée; pendant plusieurs jours on voit des vésicules ou des bulles se développer à côté d'éléments plus anciens qui sont déjà en voie de dessiccation. L'état général reste bon dans la grande majorité des cas, l'appétit est souvent conservé.

Les complications sont très rares, la néphrite a été observée dans quelques cas par Hénoc'h.

La varicelle est une affection très bénigne.

Le *diagnostic*, facile quand la varicelle se présente sous la

forme de petites épidémies, devient difficile quand les cas sont sporadiques; la varicelle peut être confondue surtout avec la varioloïde. Les éléments du diagnostic différentiel sont fournis par l'intensité et la durée de la fièvre initiale et par l'aspect de l'éruption; les vésicules ou bulles de la varicelle ne sont pas ombiliquées; la marche de l'éruption fournit aussi un signe important. La fièvre herpétique avec herpès généralisé pourrait être confondue avec la varicelle, les vésicules d'herpès sont en général groupées, contrairement à ce qui arrive dans la varicelle; la fièvre et les symptômes généraux sont d'ailleurs beaucoup plus marqués dans la fièvre herpétique que dans la varicelle. Les éruptions qui caractérisent l'hydroa et le pemphigus ont une certaine analogie avec l'éruption de la varicelle, mais ces maladies ont une évolution trop différente de celle qui caractérise la varicelle pour que l'hésitation puisse être de longue durée.

Aucun *traitement* actif ne doit être institué, il faut se borner à prescrire la diète s'il existe un mouvement fébrile et un léger laxatif s'il y a de la constipation. Il sera bon d'isoler les enfants qui atteints de varicelle pourraient transmettre la maladie dans une agglomération d'enfants (écoles, pensionnats, collèges); dans les familles l'isolement ne doit être prescrit que si le diagnostic hésite entre la varicelle et la varioloïde.

TROUSSEAU. Clin. méd., 3<sup>e</sup> édit., t. I, p. 92. — WEST. Leçons clin. sur les maladies des enfants. Trad. fr., Paris, 1875. — TORDEUS. De la varicelle. Bruxelles, 1877. — CADET DE GASSICOURT. Clin. des maladies de l'enfance, t. II, p. 339. Paris, 1882. — THOMAS, Ziemssen's Handb. der spec. Pathol., II, 2<sup>e</sup> partie, p. 5. — HENOCH. Vorles. über Kinderkr. 2<sup>e</sup> édit. Berlin, 1883 et Nephritis nach Varicellen (Berl. klin. Woch., 1884, n<sup>o</sup> 2). — D'ESPINE et PICOT. Man. prat. des maladies de l'enfance, 3<sup>e</sup> édit. Paris, 1884, p. 408. — PICOT. Art. *Varicelle* in Diction. de Jaccoud. — A. OLLIVIER. Deux épid. de varicelle à Paris (Rev. de méd., 1884, p. 731). — D'HEILLY. De la spécificité et de l'inoculabilité de la varicelle (Soc. méd. des hôp., 23 octobre 1885). — DUMONT-PALLIER. Soc. méd. des hôp., 13 nov. 1885.

## ROUGEOLE

La rougeole est une pyrexie contagieuse, caractérisée par un exanthème composé de petites taches roses disséminées sur toute la surface du corps, et par la tendance aux localisations inflammatoires vers les muqueuses.

**ÉTIOLOGIE.** — La rougeole règne souvent à l'état épidémique sur les enfants; les adultes, qui, presque toujours, ont eu la rougeole dans leur enfance, jouissent de l'immunité que confère une première atteinte; lorsque la rougeole envahit une contrée



pour la première fois, ou lorsqu'elle reparait après une longue disparition, tous les habitants sont atteints, les vieillards eux-mêmes ne sont pas épargnés, c'est ce qui est arrivé aux îles Féroé en 1846. Dans l'armée la rougeole donne lieu souvent à de petites épidémies qui frappent surtout les jeunes soldats arrivant des campagnes dans les grandes villes.

La rougeole est contagieuse à la période d'état, peut-être aussi à la période initiale; la contagion a lieu à distance, par les voies naturelles; quelques tentatives d'inoculation n'ont pas donné de résultats probants.

Rougeole (Wandlich)

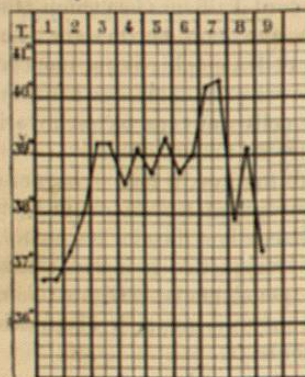


FIG. 19.

Nous décrirons d'abord la rougeole normale, puis les rougeoles anormales.

**DESCRIPTION. — Rougeole normale.** — L'évolution de la rougeole normale ne comprend que deux périodes : 1<sup>o</sup> période d'invasion; 2<sup>o</sup> période d'éruption. La desquamation qui survient à la fin de l'éruption est si peu marquée, qu'elle ne mérite pas de constituer une période distincte.

**1<sup>o</sup> Période d'invasion.** — La rougeole ne débute pas brusquement comme la variole et la scarlatine, l'ascension thermique est plus lente et beaucoup moins considérable que dans ces fièvres; la température s'élève, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, à 39 degrés ou 39,5 et ne dépasse guère ce chiffre, les rémissions matinales sont assez marquées (fig. 19); la fièvre initiale a une durée de quatre à cinq jours, c'est-à-dire qu'elle est plus longue que dans la variole et la scarlatine; le pouls est accéléré. La fièvre s'accompagne, comme toujours, de malaise, de céphalalgie, d'anorexie, de soif vive. Les enfants ont quelquefois des convul-

sions pendant la période d'invasion; chez les adultes, on observe des frissonnements, rarement un frisson unique et violent.

Dès le début de cette période les malades sont pris de larmolement, de coryza, de toux, d'éternuements; les conjonctives sont rouges, injectées, il existe de la photophobie et du larmolement, la face tout entière présente un aspect boursoufflé caractéristique. La toux est sèche, fêrine, quinteuse; il existe une sensation incommode de chatouillement au niveau du larynx, la voix est rauque, l'expectoration est nulle ou très peu abondante.

Dans bon nombre de cas on observe sur le voile du palais, vingt-quatre ou quarante-huit heures avant l'apparition de l'exanthème, des taches rosées, légèrement saillantes, séparées par des intervalles de muqueuse normale. Ce symptôme, indiqué par Heim et Trousseau, a de l'importance au point de vue du diagnostic de la rougeole. Girard (de Marseille) dit avoir rencontré sur la muqueuse buccale un pointillé rouge qui précédait, non seulement l'éruption cutanée, mais aussi tous les symptômes de la période initiale.

**2<sup>o</sup> Période d'éruption.** — L'éruption apparaît du quatrième au cinquième jour. Comme dans la variole, elle commence par la face, puis elle gagne le cou, le tronc et les membres. L'exanthème de la rougeole est caractérisé par de petites taches roses légèrement saillantes, à bords irréguliers, de dimensions variables; ces taches s'effacent complètement sous la pression du doigt pour reparaitre peu d'instant après que la pression a cessé. Il y a souvent un intervalle de vingt-quatre ou quarante-huit heures entre l'apparition de l'exanthème à la face et aux membres inférieurs, il en résulte que l'éruption est en voie de décroissance à la face, alors qu'elle arrive à peine à la période d'état aux membres inférieurs.

L'abondance de l'éruption est très variable. En général c'est à la face qu'elle présente le plus de confluence; l'éruption est légère, fugace, ou bien au contraire les taches roses se transforment en papules saillantes (rougeole boutonneuse), l'exanthème prend une coloration rouge, il peut même se produire de petites ecchymoses par suite de la violence du processus inflammatoire.

L'éruption n'a pas ici le caractère critique qu'elle présente dans la variole, la fièvre ne tombe pas au moment où elle apparaît, c'est même avec la période d'état de l'exanthème que coïncide le fastigium. Les catarrhes des muqueuses continuent pendant cette période, l'écoulement nasal s'épaissit, le catarrhe oculaire aug-



mente, l'inflammation s'étend du larynx à la trachée, puis aux bronches.

L'expectoration, composée d'abord de mucosités transparentes et filantes, prend un aspect caractéristique; les malades rendent des crachats jaunâtres, nummulaires, pelotonnés, qui nagent dans un liquide limpide, analogues en un mot à ceux des phthisiques; chez l'enfant l'expectoration est nulle; la toux est moins fatigante, moins bruyante qu'à la première période, mais la dyspnée augmente et devient considérable si la bronchite s'étend aux petites bronches. A l'examen de la poitrine on trouve une sonorité normale ou exagérée, des râles sonores si la bronchite se limite aux grosses bronches, des râles sous-crépitants si elle s'étend aux fines ramifications bronchiques. Les symptômes nerveux sont peu marqués. On observe assez souvent un peu de diarrhée.

L'éruption commence à pâlir à la face, vers le septième ou le huitième jour de la maladie; les taches prennent une teinte jaunâtre, cuivrée, elles ne s'effacent plus sous le doigt et présentent une grande analogie avec la roséole syphilitique, la défervescence suit de près la décroissance de l'éruption, elle est en général complète le huitième ou le neuvième jour. Les inflammations des muqueuses et en particulier la bronchite et la laryngite persistent souvent après la disparition de la fièvre.

L'éruption de la rougeole est suivie d'une desquamation *furfuracée*, les écailles épidermiques très minces sont facilement entraînées par la sueur, si bien que la desquamation passe souvent inaperçue.

*Rougeoles anormales.* — Il existe des formes légères, abortives, dans lesquelles la fièvre et l'exanthème sont réduits à leur minimum.

La rougeole prend plus rarement que la variole et la scarlatine la forme hémorragique; comme des symptômes nerveux graves accompagnent la tendance aux hémorragies, on a donné aussi à cette forme grave le nom de *rougeole ataxo-adydynamique* ou de *rougeole maligne*. Dès la période d'invasion on observe un affaiblissement extrême, du malaise, de la prostration, quelquefois des vomissements et de la diarrhée, la température s'élève beaucoup plus que dans la forme normale, le pouls est petit, très fréquent; l'exanthème est pâle, limité à quelques régions, très fugace, mélangé de pétéchiés; des hémorragies se produisent par les surfaces muqueuses: épistaxis, métrorrhagies, entérorrhagies, etc.; la mort arrive dans les convulsions et le coma.

La rougeole normale se complique souvent de bronchite capil-

laire, mais il arrive aussi que la complication devient la maladie principale; la rougeole concentrant toute son activité sur la muqueuse bronchique, il en résulte une maladie très grave, dont les rapports avec la rougeole ont été plus d'une fois méconnus et qui a été décrite sous le nom de *bronchite capillaire épidémique*. C'est une *rougeole des bronches*.

La bronchite capillaire épidémique a été observée presque exclusivement dans l'armée; nous rappellerons en particulier les épidémies de Nantes (1840-1841), de Metz, de Saint-Omer et de Lyon (1840), de Paris (1841), du camp de Boulogne (1854-1856), de Paris (1870-1871). Dans toutes ces épidémies les circonstances étiologiques sont les mêmes et peuvent se résumer ainsi: 1<sup>o</sup> fréquence de la rougeole; 2<sup>o</sup> fréquence des bronchites développées sous l'influence d'un hiver rigoureux; 3<sup>o</sup> arrivée des conscrits. Les choses se passent presque toujours de la manière suivante: pendant le règne d'une épidémie de rougeole un abaissement de température provoque l'apparition de nombreuses bronchites; la muqueuse des bronches, irritée, enflammée, chez les hommes qui contractent alors la rougeole, appelle les manifestations morbides et l'éruption se localise sur les voies respiratoires, de même que les pustules de la variole se développent de préférence sur les surfaces rubéfiées par un sinapisme; l'éruption cutanée avorte ou fait défaut (A. Laveran, *Traité des maladies des armées*, p. 400).

La bronchite capillaire morbilleuse s'accompagne, comme la rougeole normale, d'une fièvre rémittente et de frissonnements répétés; l'expectoration, d'abord muqueuse, devient bientôt mucopurulente, les crachats prennent l'aspect nummulaire décrit plus haut. Lors de l'épidémie de Nantes, la sécrétion bronchique était si abondante, qu'immédiatement après l'excrétion d'une grande quantité de mucosités, les conduits aériens s'obstruaient de nouveau, quelquefois les crachats étaient striés de sang.

La dyspnée est le symptôme dominant, d'où le nom de *catarrhe suffocant*. Les malades, assis dans leur lit, luttent péniblement contre l'asphyxie, toutes les puissances inspiratrices sont mises en jeu, le thorax se dilate, mais l'air ne se renouvelle plus suffisamment dans les alvéoles pulmonaires; l'acte mécanique de la respiration s'accomplit, mais les échanges de gaz, qui constituent en réalité la respiration pulmonaire, ne peuvent plus s'effectuer; une sensation d'angoisse précordiale tourmente les malades, la face se cyanose, les extrémités se refroidissent, le pouls devient petit, irrégulier et la mort arrive par asphyxie ou syncope. La



sonorité du thorax est souvent exagérée; à l'auscultation, le murmure vésiculaire est affaibli, des râles sonores ou humides remplissent la poitrine, le râle sous-crépitant domine.

L'exanthème morbillieux très incomplet, et très fugace, passe souvent inaperçu, la gravité de la complication thoracique absorbant toute l'attention.

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS. — Les principales complications de la rougeole se produisent sur les muqueuses.

Nous ne reviendrons pas sur la description de la bronchite capillaire morbillieuse. La pneumonie lobulaire complique assez souvent la bronchite, la pneumonie lobaire est beaucoup plus rare.

Sous l'influence des efforts respiratoires qui accompagnent la bronchite capillaire, il peut survenir de l'emphysème du cou et de la paroi antérieure de la poitrine, ainsi que l'un de nous en a observé un exemple.

L'abondance de la diarrhée constitue parfois une grave complication; dans quelques cas, on observe à la suite d'évacuations répétées des symptômes cholériformes, d'autres fois l'entéro-colite revêt la forme dysentérique.

Les gangrènes de la bouche (noma) et de la vulve ne sont pas rares chez les enfants cachectiques qui peuplent les hôpitaux.

L'otite est très commune à la suite de la rougeole; tantôt il s'agit d'une otite externe, tantôt d'une otite moyenne qui se termine par suppuration et qui entraîne la rupture de la membrane du tympan.

Bon nombre d'auteurs ont rangé la phthisie parmi les complications tardives de la rougeole. La tendance qu'ont la rougeole et la tuberculose à se localiser sur l'appareil respiratoire nous paraît expliquer la coïncidence assez fréquente de ces deux maladies; l'inflammation produite par la rougeole peut réveiller la diathèse tuberculeuse; lorsque la rougeole se produit chez des individus déjà phthisiques, elle ne fait que donner un coup de fouet à la maladie.

Les complications du côté des séreuses : pleurésie, péricardite, méningites, arthrites, sont beaucoup plus rares que dans la scarlatine.

Les épidémies de diphthérie, d'oreillons, de coqueluche, de scarlatine, coïncident souvent avec les épidémies de rougeole.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Lorsque la mort arrive à la période d'éruption, l'exanthème disparaît en grande partie sur le cadavre. L'examen de la peau ne révèle que des marbrures violacées et de petites ecchymoses.

Dans les formes graves, hémorrhagiques, le sang est diffluent, d'un rouge vineux, la quantité de fibrine est notablement diminuée et les globules sont altérés. Chez les sujets morts de bronchite capillaire, le cœur renferme des caillots blancs fibrineux, résistants, qui se prolongent dans les veines caves et dans l'artère pulmonaire, et dont la formation est évidemment antérieure à la mort; ces caillots expliquent la petitesse, l'irrégularité du pouls et la mort par syncope. Les ganglions bronchiques et mésentériques sont tuméfiés ainsi que la rate.

Les principales lésions anatomiques portent sur les voies respiratoires. M. Coyne, qui a étudié les lésions laryngées de la rougeole, distingue une forme catarrhale et une forme ulcéreuse; les ulcérations siègent en général sur le bord de la corde vocale inférieure.

Dans les cas de bronchite capillaire, le larynx, la trachée et les bronches sont remplis de muco-pus. Les poumons sont volumineux, ils ne s'affaissent pas au moment de l'ouverture de la poitrine; à côté de lobules emphysémateux, on en distingue d'autres qui renferment très peu d'air et qui sont comme atelectasiés. Sur les surfaces de section du parenchyme pulmonaire, on voit sourdre des gouttelettes de pus qui proviennent des petites bronches et qui rappellent l'aspect des tubercules; les muqueuses trachéale et bronchique, une fois débarrassées du pus qui les recouvre, apparaissent vivement injectées.

Au microscope, les bronches présentent les altérations suivantes. Dans les grosses bronches, l'épithélium persiste presque partout, mais la couche sous-jacente est infiltrée de jeunes éléments; dans les petites bronches l'épithélium est le plus souvent détruit; la couche sous-muqueuse est épaissie, infiltrée d'éléments embryonnaires et là où l'épithélium a disparu elle constitue de petits bourgeons charnus qui font saillie dans le canal des bronches. L'inflammation est plus profonde dans les petites bronches que dans les grosses; tandis que dans la trachée et les grosses bronches l'infiltration par des éléments embryonnaires ne dépasse pas la couche musculuse, dans les petites bronches elle s'étend entre les glandes bronchiques, voire même entre les cartilages et dans le tissu pérbronchique.

Du côté des voies digestives on observe souvent une injection plus ou moins vive de la muqueuse intestinale et un développement anormal des follicules clos de l'intestin (psorentérie).

La bouche et le pharynx sont injectés; on y trouve quelquefois de petites ulcérations ou des fausses membranes diphthériques.



La pharyngite s'étend souvent à la trompe d'Eustache, d'où la fréquence des otites; sur vingt-trois sujets morts de rougeole, M. Cordier a trouvé dans tous les cas des lésions inflammatoires à différents degrés des muqueuses de l'oreille moyenne et de la trompe.

**DIAGNOSTIC. PRONOSTIC.** — La fièvre, le larmolement, le coryza, la toux qui caractérisent la période d'invasion, permettent le plus souvent d'établir le diagnostic sans attendre l'apparition de l'éruption, on ne peut guère confondre la rougeole à cette période qu'avec la grippe; on est guidé par l'épidémicité de l'une ou de l'autre de ces maladies et par les prédispositions dépendant de l'âge des malades et du milieu dans lequel ils se trouvent. Lorsqu'on veut rechercher la filiation des cas de rougeole, il faut se rappeler que l'incubation est de douze jours en moyenne; on s'informerait donc si douze jours avant l'apparition des symptômes morbides le malade n'a pas été en contact avec un individu atteint de rougeole. Pendant une épidémie de rougeole à Marseille, le docteur Girard a pu s'assurer de la filiation de tous les cas observés par lui; dans les grandes villes, cette recherche est cependant particulièrement difficile. L'existence d'un énanthème précoce sur le voile du palais favorise beaucoup le diagnostic, mais c'est un signe inconstant.

Au début de la période d'éruption, on peut confondre la rougeole avec la variole ou avec la scarlatine; la rougeole boutonneuse simule quelquefois d'une façon complète l'éruption commençante de la variole. Dans ces cas difficiles, le diagnostic doit être basé bien plus sur les symptômes antérieurs ou concomitants que sur l'éruption elle-même. Si le malade a eu un frisson initial violent, des douleurs lombaires, des vomissements, si les catarrhes nasal, oculaire et bronchique font défaut, on se décidera pour la variole; si, au contraire, les douleurs lombaires ont fait défaut, si la fièvre n'a pas présenté une grande intensité, si le coryza, le larmolement et la toux sont bien marqués, le diagnostic de rougeole s'imposera.

La rougeole est en général facile à distinguer de la scarlatine, qui s'accompagne d'une angine caractéristique et dont l'éruption se fait par larges plaques d'un rouge framboisé. A propos de la scarlatine, nous aurons à revenir sur les caractères différentiels des deux éruptions.

L'éruption de la rougeole présente quelque analogie avec celle du typhus, avec la roséole syphilitique, avec l'exanthème copahivique et avec l'urticaire. L'éruption du typhus n'envahit pas la

face, elle est souvent *exanthémo-pétéchiale*, la fièvre concomitante est plus forte que dans la rougeole, etc.; la roséole syphilitique est plus pâle que l'exanthème de la rougeole, les taches roses ne font pas saillie à la surface de la peau, la fièvre fait défaut, ou si elle existe, elle ne s'accompagne pas de catarrhe; l'exanthème copahivique est apyrétique, il suffit du reste de demander aux malades s'ils ont pris du copahu; l'urticaire est intermittente et s'accompagne de démangeaisons qui font défaut dans la rougeole, les plaques d'urticaire ont d'ailleurs un aspect spécial.

La bronchite capillaire morbilleuse se présente le plus souvent à l'état de petites épidémies qui coïncident avec une grande fréquence des rougeoles normales; il faut rechercher avec soin chez les malades atteints de bronchite capillaire, s'il n'existe pas de traces d'une éruption.

La rougeole normale est une maladie bénigne dont la mortalité est très faible; au contraire, les rougeoles anormales, celles qui se compliquent de bronchites capillaires par exemple, sont extrêmement graves, leur mortalité peut s'élever à 40 pour 100 ou même davantage. L'intensité des symptômes thoraciques ou abdominaux, la tendance aux hémorrhagies coïncidant avec une éruption anormale, avortée, l'adynamie, sont d'un mauvais présage.

La convalescence est assez souvent longue et difficile; le catarrhe bronchique peut passer à l'état chronique. Il faut tenir compte, dans le pronostic, de la coïncidence assez fréquente de la tuberculose et de la rougeole.

Des paralysies peuvent se produire à la suite de la rougeole. Bayle dans sa thèse (Paris, 1886) a réuni vingt-quatre observations de paralysies consécutives à l'infection morbilleuse.

Parmi les conditions qui augmentent la gravité des épidémies de rougeole, il faut noter les températures humides et basses qui multiplient les complications thoraciques, et l'encombrement qui imprime à la maladie un caractère de malignité.

**PROPHYLAXIE. TRAITEMENT.** — Les malades atteints de rougeole doivent être isolés avec soin, surtout dans les hôpitaux d'enfants; la rougeole vient souvent se greffer sur une autre maladie en la compliquant, ou bien elle s'empare de convalescents qui n'ont pas une force de résistance suffisante. Lorsque la maladie est bénigne et qu'elle règne sur une agglomération d'enfants bien portants, placés dans de bonnes conditions hygiéniques, il y a lieu de se demander si l'on doit s'opposer à son extension, ou s'il ne faut pas faire bénéficier les enfants d'une immunité facile à acquérir