

directement sur ce sujet. Les particularités ci-dessus mentionnées sont marquées en raison de l'âge plus tendre de l'enfant, tandis qu'au-dessus de cinq ans, les quelques cas de fièvre intermittente que j'ai vus différaient à peine de ce qui existe chez l'adulte dans la même maladie.

Le traitement de cette maladie est le même chez l'enfant que chez l'adulte, et la quinine est aussi bien un spécifique dans l'un que dans l'autre cas. Je crois, toutefois, que la tendance à la récurrence est très grande au début de la vie, et j'ai vu la fièvre intermittente reparaitre après plusieurs mois, par un transport dans un district qui, bien que sain et exempt de fièvres d'accès, était pourtant un peu moins sec et plus bas que la précédente résidence. Sous ce rapport il faut beaucoup de soin, et cela pendant longtemps, dans le choix d'une habitation pour un enfant qui, en apparence, est parfaitement rétabli d'une attaque de fièvre intermittente.

QUARANTE-TROISIÈME LEÇON

DE LA PETITE VÉROLE.

Elle est tenue en échec, mais non extirpée, par la vaccination. — La principale mortalité porte sur les enfants. — La moyenne de la mortalité n'a pas diminué pendant les cinquante dernières années. — Les symptômes se distinguent bientôt de ceux des autres exanthèmes. — Caractères et marche de l'éruption; particularités de la petite vérole confluente. — Dangers de la période de suppuration et de la fièvre secondaire. — Traitement.

De la petite vérole modifiée (varioloïde). — Chiffre peu élevé de sa mortalité. — Action protectrice et atténuante de la vaccine. — Objections à la vaccine. — Inoculation de la syphilis par la vaccination. — Particularités de la petite vérole modifiée (varioloïde).

(Chicken-pox) Varicelle. — Ses symptômes, et ses différences d'avec la petite vérole.

Petite vérole. — Jusqu'au commencement de ce siècle, la maladie sur laquelle je veux aujourd'hui, en peu de mots, appeler votre attention, avait un degré d'importance de beaucoup supérieur à celui qu'on lui accorde actuellement. Avant l'introduction de la vaccine, la petite vérole était une maladie qui régnait presque partout, causant environ 8 % de la mortalité de cette ville, défigurant pour la vie les milliers de personnes qu'elle n'enlevait pas. Sa nature repoussante et ses formidables symptômes conduisirent à la pratique de l'inoculation variolique, au moyen de laquelle on communiquait la maladie sous sa forme bénigne, et dans des conditions favorables. Par ce moyen les sujets ayant enduré des souffrances relativement minimes, et ayant été exposés à un danger encore moindre, jouissaient d'une immunité presque complète contre les attaques subséquentes de variole. Mais si grands que fussent ces avantages, l'inoculation de la variole entretenait en tout temps et en tous lieux une maladie qui, sans cela, eût obéi aux lois générales des épidémies et eût eu ses périodes de production rare, aussi bien que de

diffusion et de prédominance. Aussi, comme on l'a remarqué avec raison, pendant que les avantages de cette pratique étaient considérables et manifestes pour les individus, ils étaient douteux en ce qui concernait la communauté en général.

Il n'y a point de ces restrictions à faire au sujet de la vaccination, bien que malheureusement l'expérience actuelle ne justifie pas tout à fait les espérances pleines de confiance de ses premiers promoteurs. Des particularités de climat opposent de sérieuses barrières à son introduction dans quelques contrées (1), et, quelquefois, dans notre pays il se trouve certains individus sur lesquels la vaccination échoue complètement, ou sur lesquels elle ne semble exercer qu'une action préservatrice partielle ou temporaire.

Mais je ne veux pas traiter la question des avantages de la vaccine, non plus que des circonstances qui affaiblissent son pouvoir préservateur et rendent sa répétition nécessaire, car, bien que le sujet soit aussi intéressant pour le médecin que pour le philanthrope, je n'ai pas eu l'occasion de me former à son égard une opinion qui ne soit en tout conforme à ce que vous savez tous. Probablement mon expérience sur ce point est moindre que celle de beaucoup d'autres. Avec assez de raison, les varioleux ne sont pas reçus à l'hôpital des Enfants; et je ne crois pas avoir eu à traiter plus de cinq cas de cette maladie pendant les vingt dernières années. Dans le travail de Grégory, autrefois médecin de l'hôpital des varioleux; dans le traité de la vaccine de Stein Brenner, auquel l'Institut de France a accordé un prix en 1835; et dans le rapport encore plus récent au conseil de santé (Board of Health), présenté par M. Simon en 1875 (2), vous trouverez tout ce qu'une vaste expérience et une ardeur de recherches infatigable a pu fournir pour élucider la question.

Un fait qu'il convient d'avoir toujours présent à l'esprit c'est que, bien que la propagation de la variole ait été fortement restreinte par la vaccine, cette éruption n'en reste pas moins une des maladies les plus

(1) L'estimable rapport du Dr Duncan Stewart sur la petite vérole à Calcutta et la vaccination au Bengale (in-8°, Calcutta, 1844) montre d'une manière concluante que les particularités du climat de l'Inde présentent à la vaccination des obstacles propres à en diminuer la valeur, en même temps qu'il est à craindre qu'ils soient d'une nature telle que le plus grand soin ne puisse jamais les faire disparaître.

(2) Rien ne peut établir d'une manière plus concluante l'immensité du bienfait qu'a été la vaccine pour la société que le contraste présenté par le rapport de M. Simon entre la mortalité par la petite vérole avant et après l'introduction de la vaccine. La mortalité par la variole, à Copenhague, n'est plus que le dixième de ce qu'elle était; en Suède, un peu plus du treizième; à Berlin et dans une grande partie de l'Autriche, un vingtième seulement; en Westphalie, un vingt-cinquième. Dans ce dernier pays, il ne meurt plus que cinq personnes là où il en mourait cent (Voyez p. XXIII du rapport).

meurtrières de ce pays, et que de plus, elle choisit comme ses victimes parmi les enfants et les jeunes sujets. Presque les trois quarts des cas mortels se produisent avant l'âge de cinq ans et plus des neuf dixièmes avant celui de quinze.

De même, malgré le progrès des connaissances médicales, pendant les cinquante dernières années, la proportion des cas de petite vérole qui se terminent par la mort est aussi considérable, d'après les meilleures autorités, aujourd'hui, qu'elle l'était il y a un demi-siècle. Jusqu'à un certain point, peut-être, la très grande diminution de fréquence de la maladie peut avoir eu une influence défavorable sur sa terminaison dans les cas individuels; attendu que les praticiens ne la rencontrant pas aussi fréquemment maintenant qu'autrefois, ne sont pas aussi familiarisés avec la signification de ces légères variations de symptômes, d'où ceux qui savaient les bien interpréter pouvaient tirer d'importantes déductions pratiques.

Laissez-moi donc vous engager à observer tout cas de cette formidable maladie, qui se présentera à votre observation, avec le soin le plus minutieux, dans la crainte d'en mal interpréter les symptômes, ou de mal traiter quelque malade, dont le salut peut dépendre de votre habileté. Pour ma part, je ne puis prétendre à vous donner mieux qu'une esquisse de ses caractères, et je dois vous renvoyer pour compléter son portrait aux ouvrages de ceux qui ont eu des occasions plus nombreuses de l'observer que moi-même.

Symptômes. — Les premiers symptômes de la variole sont ceux d'une fièvre; et s'il règne une autre affection fébrile au moment de leur apparition, ils peuvent être pris pour des signes indicateurs de l'épidémie régnante. Il y a pourtant dans le mode de début de la petite vérole quelques particularités qui la caractérisent suffisamment, même chez l'enfant, et qui, en général, permettent de la distinguer de toute fièvre éruptive. Les nausées du début sont en général intenses, et le trouble de l'estomac continue souvent pendant quarante-huit heures, durant lesquelles le vomissement se produit fréquemment. Dans la rougeole, ce trouble est relativement minime; et le vomissement qui annonce souvent l'invasion de la scarlatine, bien que très prononcé, n'est pas aussi persistant. Chez les jeunes enfants, nous n'avons pas les plaintes d'une douleur lombaire qui, chez les malades plus âgés, éveillent souvent nos soupçons; mais, en revanche, l'intensité du trouble cérébral est un fait important du début de la maladie. Au commencement de la rougeole, il n'y a d'habitude que peu de trouble cérébral; dans la scarlatine, le délire se montre souvent de très bonne heure; mais dans la petite vérole il s'agit plutôt d'un état de stupeur que de délire, et il se produit quelquefois des convulsions, qui peuvent continuer

pendant une période qui n'est pas moindre de vingt-quatre à trente-six heures, en alternant avec le coma. Enfin, bien que dans la variole la peau soit chaude, elle n'est ni aussi chaude, ni aussi sèche que dans la scarlatine; la langue ne présente ni la rougeur particulière, ni la saillie des papilles, qui se voient dans la scarlatine; et il n'y a point le mal de gorge qui est un symptôme si caractéristique de cette dernière maladie. Les premières périodes de la variole ne sont point marquées par les symptômes de catarrhe propres à la rougeole; l'éruption de cette dernière se fait en général plus tardivement; celle de la scarlatine est toujours plus hâtive que celle de la petite vérole, dont le caractère papillaire suffit en général pour la faire distinguer de la rougeur (rash) des deux autres maladies. La variole ne se montre jamais avant qu'il se soit écoulé quarante-huit heures depuis les premiers signes de la maladie, souvent après un temps notablement plus long. Elle apparaît sous forme de petites papules, que l'on peut discerner d'abord sur la face, le front et les poignets; après quoi, il s'en montre sur le tronc et les bras, et enfin sur les extrémités inférieures. Les papules sont d'abord légèrement rouges, un peu acuminées, si petites, qu'à un examen rapide elles peuvent fort bien passer inaperçues, mais donnent sous le doigt promené à leur surface une sensation distincte de rugosité et de saillie. Elles augmentent de volume, et dans le cours de quarante-huit heures, prennent un caractère vésiculeux et contiennent un liquide blanchâtre, en même temps qu'au lieu de rester coniques, elles offrent maintenant une dépression centrale. Pendant une autre période de quarante-huit heures ou environ, les vésicules continuent à s'élargir, à présenter une dépression centrale de plus en plus prononcée, et leur contenu devient blanc opaque; ce ne sont plus maintenant des vésicules, mais elles se sont transformées en pustules, dont chacune, si elles sont distinctes, est entourée à la base d'une auréole rouge. Alors que les pustules augmentent de volume, la face, les mains et les pieds se gonflent, et une rougeur générale de la peau remplace la rougeur circonscrite qui, jusque-là, avait entouré chaque pustule isolément. En se développant, les pustules perdent la dépression centrale qu'elles présentaient à leur état de vésicules; elles prennent une forme sphérique ou même deviennent légèrement coniques. Une autre modification qu'elles présentent alors, c'est la transformation de leur couleur blanche en un jaune sale, qui persiste jusqu'à ce que commence la dessiccation de l'éruption. Ce signe du déclin de la maladie apparaît d'abord sur la face, où, comme vous pouvez vous le rappeler, l'éruption s'observe en premier lieu; tandis que sur les mains et les pieds, probablement en raison de l'épaisseur de l'épiderme de ces régions, le développement est plus lent à se produire, et que les pustules atteignent là un volume plus grand que partout ailleurs.

La maturation des pustules s'effectue d'habitude dans une période qui s'étend du cinquième au commencement du huitième jour de l'éruption, ou du huitième au onzième jour de la maladie, époque à laquelle commence le travail de *dessiccation*. Quelques-unes des plus petites pustules se séchent et se convertissent en croûtes, qui ensuite tombent; mais le plus grand nombre d'entre elles se rompent, et le pus qu'elles contiennent, en même temps qu'une matière visqueuse qu'elles continuent à sécréter pendant deux ou trois jours, contribue à former une croûte qui revêt, dans une étendue plus ou moins considérable, la surface de la peau pendant toute la période du déclin. Quand la croûte tombe, ce qui a lieu du troisième au cinquième ou sixième jour, la peau est marquée d'une couleur rougeâtre, qui souvent ne disparaît pas avant plusieurs semaines; mais, c'est seulement dans les cas où les pustules ont pénétré assez profondément pour détruire une portion du derme, que l'altération des traits, marque de la petite vérole, reste permanente.

C'est seulement dans la variole *discrète*, dans celle où l'éruption est modérément abondante et où, par conséquent, les pustules se développent sans se confondre les unes avec les autres, que l'on peut observer distinctement les changements sus-mentionnés. Dans la variole confluente, où les pustules sont si nombreuses qu'elles se confondent en augmentant de volume, on ne peut suivre les modifications qui caractérisent les pustules individuellement. Dans les points où elles sont confluentes, jamais les pustules n'arrivent au volume de celles qui sont isolées; elles ne deviennent pas aussi saillantes, et en général leur contour ne prend pas la même nuance jaunâtre, mais plusieurs se réunissent pour former une surface irrégulière de couleur blanchâtre; et quand arrive la période de dessiccation, chacune de ces plaques se convertit en une croûte brune humide, qui persiste pendant un grand nombre de jours avant de se détacher.

Et ce n'est pas seulement sur les parties, où, comme sur la face, elle est réellement confluente, que ses caractères sont modifiés; mais, même là où elles sont distinctes, les pustules font des progrès plus lents, et leur période de maturation est plus longue que dans les cas moins intenses de la maladie. C'est encore dans la variole confluente que l'altération produite par les pustules s'étend au derme proprement dit, et qu'il y a le plus de probabilité de voir se produire l'altération des traits; de plus, le degré du danger pour la vie est presque en proportion du degré de confluence de l'éruption.

L'apparition de l'éruption de la petite variole s'accompagne d'une grande diminution, quelquefois même de la disparition presque complète de ces symptômes du trouble général qui marquent le début de la maladie; et, dans les cas peu graves, l'enfant ne présente guère d'autre signe de

maladie que la présence de l'éruption sur la peau. Mais, à la période de maturité des pustules, la fièvre secondaire, comme on l'appelle, se produit, et alors commence la période du plus grand danger pour le malade. La chaleur de la peau s'élève de nouveau; le pouls s'accélère, l'agitation, la soif et tous les phénomènes de la fièvre inflammatoire se développent, pour continuer avec plus ou moins d'intensité pendant trois jours environ. Ces symptômes diminuent ensuite et disparaissent; enfin, les pustules se rompent, puis la période de dessiccation s'accomplit.

Ce n'est toutefois que dans les cas d'une nature favorable que la fièvre secondaire a une marche aussi simple. Dans la variole confluente, la fièvre secondaire est toujours plus intense que dans la forme discrète, bien qu'elle survienne plus tard en raison de la maturation plus tardive des pustules. Souvent, en effet, elle prend une apparence typhoïde; le pouls devient extrêmement fréquent et faible, la langue sèche et brune, et le malade meurt dans le délire. Dans d'autres cas, la maturation des pustules se fait pendant un jour ou deux avec très peu de réaction; et si cette bénignité extrême de la fièvre secondaire, dans les cas où l'éruption est très abondante, n'était pas elle-même une circonstance suspecte, nous serions disposés à exprimer sans hésitation un pronostic très favorable. Bientôt cependant le pouls commence à faiblir; les pustules, qui avant semblaient remplies, s'aplatissent, les extrémités se refroidissent, et en peu d'heures le malade succombe. Ce changement fatal est quelquefois annoncé par une attaque convulsive; d'autres fois il est précédé d'une agitation extrême qui contraste d'une manière remarquable avec le calme de l'enfant pendant les deux ou trois jours précédents; et il faut bien savoir que l'apparition de l'un ou de l'autre de ces deux symptômes, pendant la période de suppuration, est le signe avant-coureur presque certain d'une mort prochaine. Une autre cause de danger qui n'est pas rare pendant cette période consiste dans la présence des pustules qui se sont produites sur la membrane muqueuse de la bouche, de la gorge et des voies respiratoires.

Dans presque tous les cas de variole, on peut voir quelques pustules sur la langue et à l'intérieur de la bouche; et l'examen des cadavres de personnes mortes de petite vérole a montré qu'il s'en forme également dans l'intérieur du larynx et de la trachée, quelquefois en très grand nombre. C'est à la présence de ces pustules que sont dues la voix rauque et altérée et la difficulté de la déglutition que l'on observe dans presque tous les cas de petite vérole un peu intense, de même que cette toux, courte, douloureuse, qui devient quelquefois un symptôme très pénible. De même, le ptyalisme qui survient dans beaucoup de cas, paraît dû à la sympathie des glandes salivaires avec la membrane muqueuse de la bouche irritée et enflammée. Dans les cas qui ont une marche favorable, ces symptômes se produisent vers le troisième ou le quatrième jour de

l'éruption, et après avoir augmenté en intensité jusqu'au huitième ou neuvième jour, ils diminuent alors progressivement. Dans des circonstances moins favorables, ils continuent à faire des progrès; la voix s'éteint complètement, la déglutition est presque impossible, et la mort résulte de l'obstacle que l'inflammation et le gonflement de la membrane muqueuse du larynx présentent au libre accès de l'air dans les poumons, bien que les symptômes soient rarement, sinon jamais, ceux d'un croup inflammatoire.

Vous trouverez, dans les écrits des auteurs qui ont eu de nombreuses occasions d'observer la petite vérole, la description de plusieurs modes d'après lesquels elle produit la mort. Ainsi, elle présente quelquefois une grande tendance à l'hémorrhagie; des pétéchies se montrent à la surface cutanée, et les pustules prennent une couleur noire par extravasation du sang dans leur intérieur. Dans d'autres cas, les pieds, ou quelque autre partie du corps, sont frappés de gangrène. Mais ce sont là des faits que je n'ai pas eu l'occasion d'observer, et je ne veux pas vous forcer à entendre une description de seconde main.

Laissez-moi maintenant pour un instant jeter un regard sur le traitement qui convient à cette maladie. Vous savez qu'avant Sydenham, les médecins adoptaient, en cas de petite vérole, un régime échauffant; excluant le renouvellement de l'air de la chambre, chargeant le malade de couvertures, et lui administrant des médicaments stimulants et des boissons cordiales. La théorie alors régnante de la fermentation, et des efforts faits par la nature pour éliminer du sang la matière peccante, avait donné naissance à cette pratique. D'accord avec ces notions, on présumait que plus l'éruption était abondante, plus la séparation de ces matières nuisibles serait complète, et par conséquent plus grandes seraient les chances du malade d'aller bien. L'observation de la nature enseigna, toutefois, à Sydenham, que c'était juste le contraire qui avait lieu; que plus l'éruption était abondante, plus grand était le danger; que moins les pustules étaient nombreuses, plus était grande la chance de voir le malade se rétablir. C'est pourquoi on adopte maintenant un régime rafraîchissant dans les premières phases de la maladie; on renouvelle librement l'air de la chambre, de façon à prévenir, s'il est possible, une éruption abondante, tandis qu'on cherche encore plus activement à arriver au même résultat en tenant le ventre légèrement relâché, en mettant le malade à une diète sévère, et en administrant de doux antiphlogistiques.

Les émissions sanguines, qu'on ne doit pas pratiquer, même chez l'adulte, dans le simple espoir de diminuer ainsi la quantité de l'éruption, sont encore moins indiquées pour l'enfant, à moins que des symptômes d'un trouble cérébral grave ne les réclame, par exemple les convulsions fréquemment renouvelées et qui se terminent par le coma. Les cas

comme ceux-ci, toutefois, ne réclament pas seulement la soustraction du sang; mais veulent qu'elle soit faite d'une main libérale; car, comme je vous l'ai dit en commençant ces leçons, la congestion cérébrale qui se montre au début des fièvres éruptives, si elle n'est pas promptement dissipée, peut devenir mortelle dans un temps très court. On rencontre quelquefois des cas d'une nature opposée, dans lesquels le malade, avant l'apparition de l'éruption, est dans un état de dépression telle, qu'elle indique les applications chaudes sur la peau, l'emploi de bains chauds, les médicaments diaphorétiques et quelquefois même les stimulants. Ici, toutefois, il n'y a rien de plus que ce que nous pouvons voir quelquefois, pendant les premiers temps de la fièvre typhoïde, alors que le patient est prostré et qu'il est nécessaire, pour le préserver de la mort, de lui administrer librement du vin et de l'ammoniaque.

Une accalmie dans les symptômes suit la sortie de l'éruption, et il y a alors une période pendant laquelle nous n'avons rien de mieux à faire que de laisser la nature faire son œuvre librement. Même dans les cas de petite vérole confluente, il arrive souvent que pendant cette période il n'y a aucun symptôme qui soit de nature à provoquer l'inquiétude ou à réclamer un traitement; c'est pourquoi vous devez prendre garde de ne pas vous laisser aller, à ce moment, à formuler un pronostic très favorable, que l'apparition de la fièvre secondaire peut, en un jour ou deux, démentir de la manière la plus triste. Si toutefois il n'y a que peu de pustules, la fièvre secondaire sera peu forte; et dans ce cas, nous pouvons exprimer, avec quelque confiance, une opinion favorable, et très probablement nous n'aurons pas à nous départir, dans le cours de la maladie, de la méthode expectante adoptée au début. Si l'éruption est plus abondante, et si par conséquent la fièvre qui l'accompagne est violente, il faut adopter, et faire suivre exactement, un mode de traitement antiphlogistique, en même temps qu'il convient, dans tous les cas, de combattre l'agitation, qui est un symptôme si commun pendant la période de suppuration, par l'administration de la poudre de Dover, ou d'une autre préparation d'opium, une ou deux fois par jour. Lorsque la variole est confluente, il faut surveiller très attentivement le malade pendant la période de maturation des pustules; car au second ou au troisième jour de ce processus, les forces vitales tombent quelquefois soudainement. Les premiers indices d'une pareille occurrence sont fournis par une aggravation considérable de l'agitation antérieure, l'affaissement du gonflement de la face et des mains, la pâleur de la peau dans l'intervalle des pustules, l'affaissement des pustules elles-mêmes avec abaissement de la température de la peau et une grande diminution dans la force du pouls. Ces symptômes réclament l'emploi énergique, immédiat, des stimulants, l'administration du vin et la substitution d'une alimentation suffisante à la diète sévère suivie jusque-là. On doit

en agir de même, toutes les fois que la fièvre secondaire montre de la tendance à prendre le caractère typhoïde, et même, lorsqu'elle est exempte de symptômes particulièrement défavorables, il n'est pas rare qu'il soit avantageux, si l'éruption est abondante, de donner du thé de bœuf, et d'adopter tel autre moyen capable de soutenir les forces à partir du cinquième ou du sixième jour de l'éruption, période qui correspond, comme il est essentiel de vous le rappeler, au huitième ou neuvième jour de la maladie.

On a recommandé différents moyens locaux vers les premiers jours de la maladie, dans le but de prévenir le plein développement des pustules, et de préserver ainsi le malade de l'altération des traits produite par les cicatrices dues à l'éruption. La cautérisation de chaque pustule avec le nitrate d'argent est une manière de faire impraticable à cause de sa longueur. Les personnes qui ont employé les onctions, ou l'emplâtre mercuriel, ou encore les lavages avec une solution de sublimé, paraissent avoir obtenu des résultats qui n'étaient pas identiques. Les faits me paraissent, toutefois, parler en faveur des procédés de cette nature; et celui qui paraît avoir le mieux réussi consiste dans l'application d'un emplâtre mercuriel faite pas plus tard que le troisième jour après la sortie de l'éruption, ou dans celle d'une couche de collodion élastique.

Il faut faire attention à l'état des yeux, qui souvent sont très malades pendant la petite vérole, bien que le D^r Grégory affirme que la conjonctive n'est jamais le siège de pustules. A partir du moment où se fait le gonflement de la face, pendant la maturation de l'éruption, les paupières sont quelquefois gonflées au point de fermer complètement les yeux, pendant que leurs bords sont collés l'un à l'autre par une sécrétion visqueuse des glandes de Meibomius. On soulage beaucoup le malade en lui baignant les yeux fréquemment avec de l'eau chaude, et en cautérisant soigneusement avec le nitrate d'argent les pustules qui peuvent occuper le bord des paupières.

Il ne faut pas négliger l'état de la bouche et de la gorge; si l'enfant est assez âgé, il doit se gargariser avec une infusion de roses, tandis que, s'il est trop jeune pour le faire, on doit tenter de débarrasser la bouche et la gorge des sécrétions qui s'y accumulent, en les lavant fréquemment avec de l'eau tiède, ou en touchant l'arrière-gorge avec une solution faible de chlorure de chaux. S'il survient de la gêne de la respiration par suite d'une affection sérieuse portant sur le larynx et la trachée, l'état du malade, d'après l'avis de tous les écrivains, devient presque désespéré.

Les démangeaisons vives de l'éruption, pendant les derniers temps de la période de maturation, et celle de dessiccation, non seulement sont pénibles au malade, mais, souvent, sont la cause des cicatrices consécutives, parce que le besoin de se gratter est irrésistible, et que les pus-

tules, par l'arrachement de leur partie supérieure, se trouvent transformées en ulcérations douloureuses.

L'application d'huile douce, de cold-cream, d'onguent spermaceti, contribuera à soulager l'irritation; mais vous serez souvent contraints d'envelopper les mains des enfants pour les empêcher de produire ces plaies en arrachant les pustules.

La convalescence de la variole est quelquefois très difficile; diverses affections intercurrentes viennent souvent interrompre le rétablissement, et cette maladie pousse fréquemment au développement actif des semences latentes de l'affection scrofuleuse. Ce sont là toutefois des faits qui n'ont aucun caractère particulier, et il est par conséquent inutile de présenter aucune observation relative à leur traitement.

Petite vérole après vaccination. — Bien que la vaccine confère habituellement à l'organisme une immunité complète contre les attaques à venir de la petite vérole, il y a pourtant à cette loi des exceptions. Dans beaucoup de cas, il est vrai, on peut expliquer la production de la petite vérole par le peu de soin avec lequel la vaccination est pratiquée, par l'emploi d'un virus emprunté trop tard au bras qui le portait ou par la production, en quelques circonstances, d'une fausse au lieu d'une vraie vaccine. Il faut pourtant avouer qu'après avoir fait la part de toutes les circonstances, les cas de petite vérole qui se montrent chez des sujets ayant été bien vaccinés sont proportionnellement plus nombreux que ceux d'une seconde atteinte de variole survenant chez des personnes qui ont eu déjà cette maladie accidentellement, ou chez lesquelles on en a provoqué le développement par inoculation.

Il faudrait plus de temps que nous n'en avons à y consacrer, pour essayer d'entrer dans l'examen des causes qui peuvent affaiblir la puissance protectrice de la vaccine. Des manières de voir différentes, sur ce sujet, appartiennent à des autorités très haut placées; mais il y a un fait important sur lequel presque tous sont d'accord: c'est que la disposition à une atteinte subséquente de petite vérole est diminuée dans une proportion presque incalculable par la revaccination.

Considérant, par conséquent, combien cette opération est simple et presque exempte de douleur, et combien le bénéfice qu'on en retire est inestimable, je vous conjure de revacciner toute personne qui a dépassé douze ans, quand même dans sa première enfance elle aurait été vaccinée avec le plus complet succès (1).

(1) Pour les faits qui montrent l'influence préservatrice de la revaccination, voyez le *Traité* de Steinbrenner, in-8°, p. 683-734. Paris, 1846. — Le rapport de M. Simon, dont je vous ai déjà parlé, contient une quantité de preuves des plus concluantes sur la valeur de la vaccine, la part de la vaccine imparfaite sur la production de son insuccès apparent,

Mais, si minime que soit relativement l'idée que nous nous faisons de la valeur de la vaccination, et en admettant à son plus haut degré l'insuffisance de sa puissance préservatrice, nous trouvons encore dans l'influence qu'elle exerce pour modifier et adoucir la petite vérole, plus qu'il n'en faut pour nous la faire apprécier comme un inestimable bienfait.

Il y a trente ans, la petite vérole régnait épidémiquement à Marseille d'une manière furieuse, et elle s'attaquait presque exclusivement à des personnes au-dessous de 30 ans. M. Favart, qui fit à la Société de médecine de Marseille un rapport de cette épidémie, estimait que le nombre des habitants de cette ville, au-dessous de 30 ans, était de 40,000. Sur ce nombre, 30,000 avaient été vaccinés, 2,000 avaient eu la petite vérole accidentellement ou par inoculation, et 8,000 n'avaient été ni vaccinés ni variolés. Des individus de cette dernière catégorie, 4,000 ou 1 sur 2 furent atteints de la variole, et parmi eux 1,000 ou 1 sur 4 moururent. De ceux qui avaient eu la petite vérole antérieurement, 20 seulement ou 6 sur 1,000 furent pris de nouveau; mais 4 d'entre eux ou 1 sur 5 moururent; tandis que chez ceux qui avaient été vaccinés, bien qu'il y en eût 2,000 d'atteints ou 1 sur 15, 20 seulement ou 1 sur 100 succombèrent. Si nous considérons l'époque actuelle, et notre propre pays, les résultats auxquels nous arrivons ne sont guère moins frappants; pendant la dernière épidémie de variole, à Londres et dans ses environs, durant les années 1870-1872, la mortalité totale des non-vaccinés de tout âge, au nombre de 3,634, s'éleva à la moyenne de 44, 80 0/0, et sur 11,174 malades vaccinés, elle fut de 10, 15 0/0. De plus, si l'on divise en deux classes les malades ayant été vaccinés, suivant que les preuves d'une vaccination efficace sont plus ou moins évidentes, nous voyons diminuer le nombre de ceux qui sont atteints, à mesure que le nombre des cicatrices vaccinales augmente, et la mortalité décroît dans la même proportion; de façon que, dans le cas de ceux qui ont comme preuve d'une vaccination heureuse cinq grains et plus, elle ne s'élève qu'à 5, 5 0/0 ou environ un dixième de la mortalité propre aux non-vaccinés (1).

On peut dire que la vaccine a été récemment mise à une nouvelle épreuve, et le rapport fait à la Chambre des communes par le comité nommé pour faire des recherches sur l'application de la loi sur la vaccine

et enfin sur l'extrême importance de la revaccination comme moyen, là où elle est systématiquement pratiquée, de faire presque complètement disparaître la petite vérole. La publication de M. Marson et du Dr Balfour, d'abord écrite dans les *Medico-chirurg. Transactions* et reproduite dans un appendice à ce rapport, a spécialement contribué à élucider les deux derniers points.

(1) Voyez les tables du rapport du comité des administrateurs du *Metropolitan asylum district*, juillet 1872.