

Le pronostic de la rubéole doit conséquemment être déclaré toujours avantageux et l'usage d'un *traitement* spécial est sans objet.

## CHAPITRE SEPTIÈME.

### VARIOLE.

(Petite vérole. Varioloïde.)

**Étiologie.** Connue depuis des siècles déjà, bien que maintes fois confondue avec d'autres maladies et comprise avec elles dans une même description (1), la variole est une des maladies infectieuses aiguës les plus redoutables, qui, par les ravages qu'elle exerçait autrefois, emportait des milliers de victimes. C'est seulement depuis la découverte de l'inoculation prophylactique et après l'introduction de plus en plus extensive de celle-ci, que la maladie a perdu une partie du moins de ses terreurs.

Malgré les nombreux microbes qu'on prétend avoir découverts dans l'éruption variolique de la peau et des muqueuses, nous devons reconnaître cependant que le poison spécifique et organisé de la variole, si autorisé que nous soyons d'ailleurs à admettre son existence, ne nous est pas encore connu avec certitude. En effet, la plupart des bactéries qui se rencontrent dans les bourgeons varioliques, dérivent de l'air ambiant et n'ont rien à faire avec le processus spécifique de la maladie. De même les foyers bactériques qu'on découvre dans les organes internes (foie, rate, reins), dépendent, comme WEIGERT lui-même qui les a décrits le premier en convient, d'une immigration secondaire de microorganismes d'une autre nature et n'ont aucun rapport avec le processus variolique comme tel.

La *prédisposition* à la variole, pour autant qu'elle n'a pas été atténuée par la vaccination (voyez plus bas), est universellement répandue. La maladie se présente chez tous les peuples, à tous les âges, déjà même pendant la vie intra-utérine. Les femmes gravides et celles qui sont dans l'état puerpéral y semblent disposées d'une façon spéciale. Par contre, les personnes atteintes d'une autre maladie infectieuse aiguë (scarlatine, rougeole, typhus) sont, pendant sa durée, assez sûrement préservées de la contagion de la variole, règle qui n'est pourtant pas sans exception. Une première attaque de la petite vérole procure, sauf de très rares exceptions, une immunité presque certaine contre une invasion ultérieure.

1. Les termes de *small-pox* et de *petite vérole* encore usités aujourd'hui, indiquent la confusion qui existait autrefois entre la variole et la syphilis qu'on désignait du nom de *grande vérole*.

L'infection variolique s'opère toujours par le transport du poison morbide d'un malade à une personne saine. Ce germe morbifique adhère le plus souvent au corps des malades, surtout au pus des pustules varioliques, et quand celles-ci sont déjà desséchées, aux croûtes et aux squamés de la peau. Cependant la maladie est déjà contagieuse dès ses premiers stades, avant que les pustules se soient formées, et d'après quelques observations, peut-être même pendant la période d'incubation. En tout cas le poison variolique est très « subtil de sa nature », c'est-à-dire qu'il imprègne facilement l'atmosphère qui environne le malade, de sorte que ce n'est pas seulement le contact avec ce dernier qui produit la maladie, mais le simple fait de séjourner quelque temps dans son voisinage. Très souvent on ne parvient pas à déterminer le mode intime de la contamination, vu que cette dernière peut s'effectuer en dehors de la *contagion* immédiate, *par les objets et ustensiles* avec lesquels le malade s'est trouvé en rapport (infection par le linge des variolés, etc.). En outre, les cadavres des varioleux peuvent aussi être des agents de transmission, de nombreuses expériences tendant d'ailleurs à assigner une grande viabilité (ténacité) au germe variolique. La *voie d'introduction de ce germe* n'est pas encore connue avec précision. Le plus probable c'est qu'il est inhalé avec l'air qu'on inspire.

La transmissibilité de la maladie par *inoculation directe* de personnes saines à l'aide du contenu des pustules, est un fait acquis (on prétend qu'elle se transmet aussi de cette façon aux singes et à d'autres animaux). Il n'est pas encore établi que l'inoculation puisse se faire à l'aide du *sang* des varioleux. Le germe infectieux ne semble pas se mêler directement aux produits de sécrétion (salive, sueur, urine, lait).

**Marche de la maladie. Variole et varioloïde.** Le *stade d'incubation* dans la variole comporte de 10 à 14 jours, parfois un peu moins, rarement davantage. Pendant ce stade, les *prodromes* sont presque entièrement défaut ou ne sont que peu marqués.

La maladie elle-même commence brusquement par des *symptômes initiaux* ordinairement très caractéristiques : le *frisson*, la *fièvre*, la *céphalalgie* et une *rachialgie* intense. Il est rare que l'un ou l'autre de ces symptômes manque ou ne soit qu'ébauché. Les *symptômes généraux* peuvent être excessivement prononcés, ce sont : la sécheresse de la langue, la stupeur, l'insomnie, le délire. La *fièvre* persiste avec toute son intensité les jours qui suivent. Le pouls est fortement accéléré. En outre, l'*anorexie* est le plus souvent complète et parfois se déclarent des *vomissements*. Les selles sont supprimées, plus rarement diarrhéiques. Quelquefois se produit une *angine* légère, et dans les poumons un peu de *bronchite*. La *rate* est gonflée dans la plupart

des cas graves, l'urine souvent légèrement albumineuse. Il importe de remarquer que chez les femmes les règles apparaissent quelquefois (à échéance fixe, ou en avance). Sur la peau on ne voit encore aucune trace de l'exanthème variolique proprement dit, mais à partir du second jour on aperçoit assez fréquemment d'autres exanthèmes caractéristiques qu'on considère comme des *exanthèmes initiaux* de la variole (le *rash* des Anglais). Ceux-ci sont constitués par un *érythème* tantôt diffus, tantôt tacheté, qui se répand sur le tronc et sur les extrémités dans une étendue variable, ou bien par une *éruption finement ponctuée et hémorrhagique* qui se montre de préférence au bas-ventre et à la face interne des cuisses (dans ce qu'on appelle le *triangle crural* de SIMON). Il est étrange que c'est tout juste cet endroit de la peau qui plus tard est quelquefois exempt de l'exanthème variolique proprement dit. L'érythème disparaît promptement, les taches hémorrhagiques au contraire demeurent plus longtemps visibles.

La durée du *stade initial* que nous venons d'esquisser, s'étend communément à trois jours. La gravité des manifestations pendant cette période n'exclut pas la bénignité de la marche ultérieure de la maladie, mais des symptômes légers sont presque toujours un indice favorable.

À la fin du troisième ou au quatrième jour de la maladie, commence, à la faveur d'un *déclin marqué de la fièvre*, le développement des vraies pustules cutanées de la variole : le *stade d'éruption*. C'est pendant ce stade que, d'après les cas, se manifestent dans l'évolution morbide deux tendances notablement divergentes qui, à la vérité, n'ont pas de limite rigoureusement tracée, mais qui, en tout état de choses, sont assez tranchées pour autoriser l'admission de deux types de variole. Nous voulons parler de la division de la variole en une *forme grave (variole vraie)* avec *exanthème abondant*, formation pustuleuse très développée et un second stade fébrile qui en dépend, la *fièvre de suppuration*, et puis en une *forme légère (varioloïde)* avec exanthème beaucoup plus rare et fièvre de suppuration moindre ou même nulle le plus souvent. Nous devons maintenant traiter à part de chacune de ces formes.

**I. Variole vraie.** Cette éruption variolique commence presque toujours par la face et le cuir chevelu, pour s'étendre un peu plus tard au tronc et aux bras et finalement aux extrémités inférieures. Elle se présente sous forme de petites taches rouges et acuminées qui dans l'espace de deux jours se transforment en petites papules (*stade de floraison*). Si l'on promène la main sur ces papules étroitement serrées les unes contre les autres, on perçoit une sensation particulière de mollesse et de velouté. Au sommet de ces papules s'élève une petite vésicule qui croît de plus en plus

en étendue, dont le contenu devient de plus en plus louche et purulent, jusqu'à ce qu'enfin au sixième jour à dater de l'éruption, par conséquent au neuvième de la maladie, le développement des *pustules varioliques* proprement dites est accompli (*stade de suppuration*). Celles-ci présentent généralement à leur sommet une petite dépression appelée « *ombilic pustuleux* » et elles sont entourées d'une zone rouge, dite « *halo* ». Aux endroits où les pustules sont les plus denses, comme à la face, la peau interposée est tendue de tous côtés et la gêne locale (douleurs cuisantes) est très considérable. Les traits sont extraordinairement altérés, et souvent les yeux, par suite de l'œdème, peuvent à peine s'ouvrir. Les mains et surtout leur face dorsale, sont fortement endommagées, de même que toutes les parties de la peau qui ont subi auparavant un froissement quelconque (pression des habits, frottement, etc.). Nous avons déjà indiqué plus haut que la peau du triangle crural est médiocrement affectée.

Concurremment avec l'éruption variolique cutanée ou même un peu avant elle, des efflorescences tout à fait analogues se développent sur les *muqueuses*. Elles se montrent de préférence sur la muqueuse de la bouche et du pharynx, sur la langue, sur le voile du palais, dans la cavité nasale, puis, dans le larynx, la trachée, la partie supérieure de l'œsophage, rarement et d'une façon discrète dans le vagin et dans le rectum. Seulement, ce ne sont pas des pustules proprement dites qui se forment en ces endroits; mais, par suite de la macération des couches supérieures, il s'établit des *ulcérations superficielles* de petite dimension qui s'agrandissent parfois par confluence. Les malaises résultant de l'éruption variolique dans la bouche et le pharynx sont nécessairement très considérables. Les pustules du larynx se manifestent par la raucité de la voix, souvent même par des phénomènes de coarctation.

Comme nous l'avons dit, avec le *début de l'exanthème* la fièvre subit une détente très marquée, qui pourtant, dans la variole vraie, ne fléchit pas jusqu'à la normale ou ne l'atteint que passagèrement. Les autres symptômes morbides, surtout les douleurs de tête et du dos, cèdent également. Au *début de la suppuration*, la fièvre reprend de nouveau, en même temps que l'état général empire. C'est le moment de ces graves et redoutables délires, pendant lesquels les malades doivent être sévèrement surveillés, pour prévenir des malheurs; c'est aussi l'heure où les complications peuvent le plus facilement survenir (voyez plus loin).

Au 12<sup>me</sup> ou au 13<sup>me</sup> jour commence le *stade de dessiccation* de l'exanthème. Le contenu purulent des pustules crevées en partie, se dessèche en croûtes jaunâtres, la peau dégonfle, et peu de jours après, ces croûtes et ces squa-

mes commencent à se détacher. Dès le début de la dessiccation la fièvre tombe à son tour, les malaises locaux en même temps que les désordres généraux s'amendent de plus en plus, le malade entre en convalescence. La guérison des pustules varioliques est souvent accompagnée de démangeaisons extrêmement pénibles. Après la complète élimination des squames, c'est-à-dire après 3 à 4 semaines environ, la peau reste parsemée d'endroits pigmentés qui ne disparaissent qu'après des mois. Partout où la peau elle-même a été détruite par la suppuration dans un espace quelque peu étendu, la guérison ne peut s'opérer que par un travail cicatriciel. Ainsi se forment ces *cicatrices varioliques* bien connues qui demeurent visibles pendant tout le reste de la vie. Très souvent après le décours de la maladie il existe une *alopécie* presque complète, à laquelle succède parfois, quoique pas toujours, une poussée de nouveaux cheveux.

II. Varioloïde. La varioloïde n'est pas une maladie essentiellement différente de la variole vraie, elle ne constitue guère qu'une forme atténuée du processus variolique. Il n'y a pas de limite fixe entre ces deux formes, comme nous venons de le dire. On observe principalement la varioloïde chez les gens dont la prédisposition pour l'infection variolique a été affaiblie par la vaccination (v. plus bas).

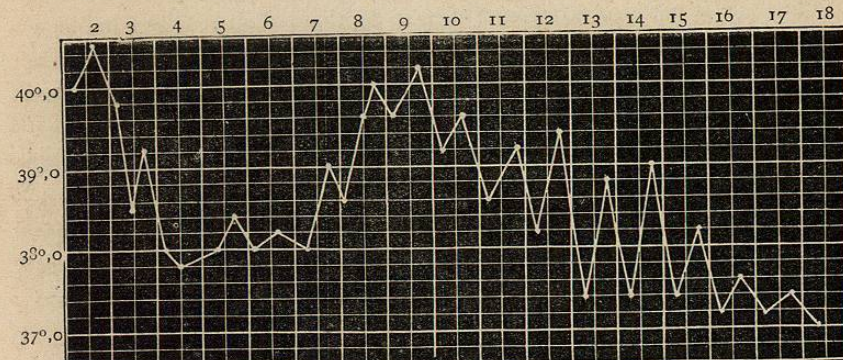
Comme nous l'avons exposé, on ne saurait induire avec certitude de la manière d'être de la maladie pendant son stade initial, s'il va se développer une variole vraie ou une varioloïde. Des symptômes initiaux d'une bénignité particulière présupposent cette dernière, de même que l'apparition de l'exanthème initial érythémateux, dont nous avons parlé plus haut, est un signe qui permet également un pronostic favorable.

Cependant aussitôt après le début de l'éruption variolique, cette distinction est presque toujours facile à établir. Dans la varioloïde, l'éruption est plus rare, parfois même très clair-semée. Elle se manifeste quelquefois très irrégulièrement, et ne débute pas toujours à la face, comme la variole vraie, mais souvent aussi au tronc. Les efflorescences, prises à part, ne se distinguent sous aucun rapport de celles de la variole véritable. Cependant il arrive qu'elles ne parcourent pas tous les stades jusqu'à complète suppuration, mais qu'elles rétrocedent, avant d'en arriver là. On désigne des cas semblables, constitués uniquement de nodosités ou de vésicules, sous le nom de *varioloïde verruqueuse* ou *miliaire*. La rareté et la pustulation moins intense de l'exanthème expliquent comment, dans la varioloïde, la *fièvre de suppuration* fait complètement défaut ou est à peine marquée. Ordinairement la température, lors de l'apparition de l'exanthème, tombe, sous forme de crise, jusqu'à la normale, et y reste à partir de ce moment. La

dessiccation commence dès le huitième ou dixième jour de la maladie, de manière que la durée totale de la varioloïde est, en réalité, plus courte que celle de la variole vraie. Les complications sérieuses sont très rares. Il se développe aussi dans la varioloïde des pustules sur les muqueuses, mais en général elles sont rares et peu dessinées.

#### Cours de la fièvre. Symptômes du côté des divers organes et complications.

1. *Fièvre* (v. fig. 7). A l'entrée du *stade initial*, et le plus souvent à la suite d'un frisson violent, la température, comme on sait, s'élève rapidement à une forte hauteur et atteint très fréquemment pendant les jours qui suivent 40 à 41° C. Du troisième au sixième jour de la maladie, en même



Fièvre initiale. Exanthème. Fièvre de suppuration.

Fig. 7. Schéma de la courbe fébrile dans la variole vraie.

temps que se développent les premières nodosités, la fièvre baisse et ne tarde pas, dans la *varioloïde*, à tomber au niveau normal auquel elle se maintient. Par contre, dans la *variole vraie*, la chute s'opère avec plus de lenteur et moins complètement, pour faire place à un relèvement nouveau qui coïncide avec le début de la suppuration. L'intensité de cette *fièvre de suppuration* est ordinairement en rapport direct avec la violence de l'affection cutanée. Par suite de ses multiples vacillations, la fièvre de suppuration, dans les cas graves, a rarement moins d'une semaine de durée. La température atteint souvent 40° et au-delà. Puis elle décline d'une façon lytique. A l'approche de la mort, on observe quelquefois des chiffres thermiques excessivement élevés, jusqu'à 42 et 43° C.

2. *Peau*. L'état macroscopique de l'éruption variolique a été décrit plus haut. Il nous reste à esquisser brièvement les *données histologiques*. Les

premiers changements appréciables se rencontrent dans les cellules des *couches profondes du réseau de Malpighi*. Sous l'influence du poison varioleux, ces cellules meurent, se gonflent en absorbant la lymphe qui sort des vaisseaux du corps papillaire et se transforment en produits compactes, homogènes et sans noyau «nécrose de coagulation» d'après WEIGERT. La lymphe en devenant graduellement plus abondante, dissocie de plus en plus la couche épithéliale, de sorte que celle-ci finit par n'être plus que des filaments et des membranes qui forment dans l'intérieur des vésicules varioliques un véritable cloisonnement. De là vient qu'en piquant une vésicule semblable, tout le contenu ne s'en écoule pas en une fois. En même temps que la lymphe, il sort souvent des vaisseaux une masse de leucocytes qui à la fin convertissent en pus le contenu des vésicules. Par les processus de prolifération de l'épithélium avoisinant encore sain, les bords des vésicules se soulèvent, tandis que la partie centrale mortifiée se déprime, d'où résulte l'ombilication de la pustule. Si une partie du corps papillaire est compris dans le travail de suppuration, la guérison ne peut s'effectuer qu'au moyen d'un travail cicatriciel, tandis que si le processus demeure limité à l'épithélium, la régénération s'opère complètement et la peau peut parfaitement se restaurer.

Comme complications *secondaires* pouvant se produire à la peau, il faut encore mentionner les vastes *abcès*, les *phlegmons*, l'*érysipèle*, la *gangrène* et le *décubitus*. Tous ces processus sont indépendants de l'infection variolique.

3. *Organes respiratoires*. Les altérations subies par les organes respiratoires ne sont qu'en partie des manifestations du processus spécifique de la variole : pour une autre part, ce sont des affections secondaires dont la fréquence dans la petite vérole est facile à concevoir (V. le chap. de la pneum. lobulaire). Quant à celles de la première espèce, signalons l'*éruption de vraies pustules varioliques* dans le *larynx*, la *trachée* et les *grosses bronches*. A la suite de ces pustules, on voit très souvent se développer des *affections consécutives* plus ou moins graves, des *processus ulcératifs dans le larynx* qui peuvent même donner lieu à la *périchondrite laryngée* et à l'*œdème de la glotte*, puis la *bronchite* diffuse, des *pneumonies lobulaires par aspiration*, parfois très étendues et accompagnées de *pleurésie*. — Cependant il est digne de remarque que la variole est quelquefois aussi compliquée de *pneumonie lobaire croupale*. Mais on ne sait pas jusqu'ici si cette dernière est également de nature secondaire, ou bien si elle dépend directement du poison variolique.

4. *Appareil digestif*. Comme il a été dit, de *vraies pustules* se développent

souvent dans la *bouche*, le *pharynx* et aussi dans la *partie supérieure de l'œsophage*. Sur la muqueuse de l'estomac et de l'intestin on n'en aperçoit guère. La *diarrhée* qui se rencontre quelquefois avec une grande intensité tient à une affection catarrhale de l'intestin. Il est rare que celle-ci prenne un caractère *dysentérique*. L'éruption buccale et pharyngée amène quelquefois des lésions secondaires graves : l'*otite purulente*, la *parotidite*, la *diphthérie pharyngée*, etc. — La *rate* est d'ordinaire fortement tuméfiée, le foie l'est à un moindre degré.

5. *Appareil circulatoire*. A part de légères altérations parenchymateuses du muscle cardiaque, telles qu'elles se présentent dans presque toutes les infections graves, les lésions pathologiques du cœur sont rares. Parfois il existe une *endocardite* (presque toujours secondaire) de faible intensité (v. y.). La *péricardite* s'observe plus fréquemment.

6. *Organes des sens*. Les paupières et la conjonctive oculaire sont le siège de pustules véritables. Dans les phases tardives de la variole se développent la *kératite*, l'*iritis* et la *choroïdite*. Nous avons déjà signalé les affections de l'*oreille*, qui sont relativement plus fréquentes, surtout l'*otite moyenne purulente*.

7. Des *gonflements articulaires* se montrent aussi dans la période de suppuration, notamment aux épaules et aux genoux ; il en est de même des *périostites*.

8. *Système nerveux*. Tandis que tout substratum anatomique manque aux symptômes nerveux graves pendant la durée même de la maladie, après le décours de la variole se déclarent parfois des *affections spinales*, sous forme de paralysies ou d'états ataxiques, dont WESTPHAL attribue la cause à de nombreux foyers inflammatoires disséminés dans la moelle épinière.

9. L'*albuminurie* est assez fréquente dans la variole grave, la *néphrite* vraie est par contre une complication très rare.

**Anomalies de la marche.** Indépendamment des deux formes typiques signalées plus haut, on voit la marche morbide s'écarter d'une foule de manières du type normal. Et d'abord il est des *cas extraordinairement bénins*, avec symptômes initiaux à peine marqués, et à exanthème nul ou indistinct (*Febris variolosa sine exanthemate*). La vraie interprétation d'affections semblables ne peut se faire qu'au cours d'une épidémie régnante, en tenant compte des circonstances étiologiques. Puis, il y a aussi des *cas abortifs* avec des symptômes initiaux graves, mais à guérison d'une rapidité remarquable.

Les *cas d'une gravité anormale* sont plus importants à noter. C'est à cette catégorie qu'il faut rapporter d'abord la *variole confluente*, qui n'est à propre-

ment parler que la manifestation la plus accentuée du processus varioleux typique. Après des phénomènes initiaux le plus souvent très intenses et sans détente appréciable de la fièvre, éclate l'exanthème varioleux par centaines de pustules à la fois qui, plus-tard, à la face surtout et aux mains, transforment la peau en une surface suppurée largement confluyente. La gêne locale, de même que la violence de la fièvre et des symptômes généraux, principalement du côté du système nerveux, atteignent le plus haut degré. En même temps se déclare une éruption variolique d'une remarquable abondance sur les muqueuses. Les complications mentionnées plus haut, de la part de certains organes particuliers, se manifestent fréquemment. L'issue de l'affection est souvent mortelle et la convalescence, si tant est qu'elle ait lieu, est ordinairement retardée par des maladies consécutives de longue durée.

De toutes les formes anormales, la plus maligne est la *variole hémorrhagique*, nom qui sert à désigner *plusieurs formes varioliques différentes*. D'abord, dans certaines circonstances, toute éruption variolique peut devenir plus ou moins fortement hémorrhagique, sans que pour cela l'aspect général de la maladie soit modifié dans son essence. C'est ce qui a lieu particulièrement chez les vieillards, les gens cachectiques, les buveurs et ainsi de suite. Mais de plus, il existe aussi une forme variolique très grave, rapidement mortelle d'ordinaire, dans laquelle, après un stade initial se distinguant par une véhémence extraordinaire des symptômes, *l'éruption abondante de pustules devient promptement hémorrhagique* et s'accompagne en outre d'hémorrhagies des muqueuses et des organes internes (*petite-vérole noire, variole hémorrhagique pustuleuse*, d'après CURSCHMANN).

Il est encore une forme de variole hémorrhagique, différente de cette dernière, bien que s'y rattachant par des nuances de transition, dans laquelle la *diathèse hémorrhagique aiguë* se fait jour dès le stade initial de la maladie et conduit presque constamment à la mort, même avant l'éruption de l'exanthème varioleux proprement dit. Cette forme, la plus redoutable de toutes, est ordinairement appelée *purpura variolique*. Sa parenté avec la variole ne se base avec certitude que sur les relations étiologiques. Autrement, on pourrait à peine la différencier de certains autres processus septiques aigus. Elle atteint surtout les individus forts et jeunes. Le frisson, la céphalalgie et la rachialgie constituent ici également les symptômes initiaux. Mais à partir du deuxième ou du troisième jour on voit déjà se produire des hémorrhagies cutanées qui s'étendent avec une rapidité que le regard peut suivre et qui se répandent au large, de préférence dans la région abdominale inférieure. Ajoutez à cela des hémorrhagies dans les

paupières, la conjonctive, la cavité buccale et pharyngée, et comme l'autopsie le démontre, des épanchements multiples de sang dans les organes internes. La mort arrive avec les symptômes généraux les plus graves, rarement plus tard que le cinquième ou le sixième jour.

**Diagnostic.** Quelque certain que soit le diagnostic de la variole dans tous les cas prononcés, la distinction n'en est pas moins difficile parfois, et même impossible au commencement de la maladie ou en présence de l'exanthème à son début. C'est ainsi que l'éruption variolique en voie de formation peut être confondue avec la rougeole papuleuse, avec le typhus exanthématique, avec des syphilides, avec certaines formes d'érythème sudoral commençant. Il est impossible de donner ici une description détaillée de tous les éléments dont il faut tenir compte et qui sont à utiliser pour le diagnostic. Il faut avant tout prendre en considération, non seulement les phénomènes que présente la peau, mais en même temps tous les autres symptômes, et ce n'est parfois qu'après l'observation prolongée de ces cas douteux qu'on arrive à en pouvoir affirmer le diagnostic.

**Pronostic.** La plupart des faits ayant une certaine valeur pronostique ont été mentionnés plus haut. Il est bon de rappeler encore une fois que dans la période initiale, le pronostic de chaque cas en particulier doit le plus souvent être tenu en suspens. Des signes initiaux de légère intensité, l'exanthème érythémateux du début sont considérés comme de favorable augure. Dans la période d'efflorescence, c'est l'abondance de l'exanthème qui décide principalement de la gravité du cas. Il va sans dire que les circonstances individuelles (l'âge, la constitution, l'alcoolisme, etc.) entrent également en ligne de compte. Le danger de la variole confluyente et le pronostic presque absolument funeste de la variole hémorrhagique véritable ont aussi été signalés. La *mortalité* varie considérablement dans les diverses épidémies. On admet qu'en moyenne elle est de 15 à 30 %. Il est indubitable que la léthalité variolique a baissé notablement depuis l'introduction de l'inoculation préservatrice, par suite de la moindre fréquence des formes graves.

**Traitement.** 1. *Prophylaxie. Vaccination.* Comme dans toutes les autres maladies contagieuses, c'est l'isolement aussi complet que possible des varioleux, qui peut seul empêcher l'extension de la maladie. C'est pourquoi, dans les épidémies récentes, on a cherché autant qu'on pouvait à remplir cette indication par l'érection d'hôpitaux spéciaux. En outre, tous les objets avec lesquels un varioleux s'est trouvé en contact, ses habits, literies, etc. doivent être soigneusement désinfectés, de préférence par l'emploi du calorique à un degré très intense (115-120° C.).

Indépendamment de ces moyens de prudence applicables à beaucoup d'autres infections, nous disposons contre la variole d'une mesure préservatrice particulière qui repose sur un fait des plus étonnants et des plus mystérieux, mais en même temps des plus féconds dans le domaine des maladies infectieuses, — nous voulons parler de l'*inoculation prophylactique*. Depuis longtemps il devait paraître étrange qu'une première atteinte de la maladie conférait une grande immunité contre une contamination nouvelle. On en vint donc à l'idée d'exposer intentionnellement les enfants au danger de l'infection, à l'effet de les garantir de la variole pour la suite de la vie. C'est ainsi qu'en réalité l'inoculation de la variole a été en usage depuis longtemps dans l'Inde et la Chine, et fut en premier lieu pratiquée avec succès en 1717 par une anglaise, Lady MONTAGUE, sur son propre fils. Cette méthode de la *variolation* ne put cependant acquérir beaucoup de crédit, puisque l'inoculation des pustules mêmes eut maintes fois une issue mortelle et provoqua, à son tour, une diffusion de proche en proche de la maladie par voie de contagion. En 1798 parut un écrit d'un chirurgien anglais, Édouard JENNER, qui fit part pour la première fois au public médical d'un fait, connu déjà des paysans de son pays natal, mais que JENNER établit sur une base scientifique et dont il reconnut le premier l'importance capitale. Aux trayons et au pis de la vache se déclare parfois une maladie analogue à la variole (*variole vaccinale*), qui constitue en apparence une maladie locale et qui peut facilement s'inoculer à l'homme. A l'endroit de l'inoculation se développent ces mêmes pustules vaccinales qui, presque sans exception, guérissent sans trouble notable du reste de l'économie et les *personnes vaccinées de cette manière possèdent alors contre la variole la même immunité que celles qui ont passé par la variole véritable*. Les idées de JENNER furent bientôt confirmées de toutes parts et conduisirent à la méthode de plus en plus répandue de la *vaccination prophylactique* qui, à cette heure, a déjà été introduite législativement dans plusieurs états et contre les bienfaits de laquelle une ignorance ou des préjugés déplorables peuvent seuls encore s'inscrire en faux.

Il n'y a pas moyen à cette heure de donner l'*explication* du fait de l'inoculation préservatrice. Cette dernière est devenue dans ces derniers temps un peu plus compréhensible, en ce sens qu'elle ne constitue plus un fait isolé, depuis qu'on a découvert que des faits analogues se rencontrent à propos de plusieurs autres maladies infectieuses (v. le chap. du charbon et de la rage). Au surplus, le lien qui rattache la variole à la vaccine est encore très obscur, puisque beaucoup d'auteurs ne considèrent le contagement vaccinal que comme une variété du contagement variolique, tandis

que d'autres admettent entre les deux agents infectieux une différence spécifique. Mais comme ni l'un ni l'autre de ces contagements n'a pu jusqu'aujourd'hui être obtenu avec certitude dans sa forme pure, cette question n'est pas susceptible d'une solution actuelle. On invoque en faveur de la première hypothèse, qu'en inoculant à la vache la variole humaine on provoque une *vaccine*, qui, rétroinoculée à des enfants, ne produit plus que de la vaccine et non pas la variole. Cependant cette assertion ne repose aucunement sur des faits certains. Des recherches consciencieuses, instituées à Lyon en 1865, démontrent plutôt que le transport du contenu des pustules varioliques sur la vache provoque une éruption distincte de la vaccine. En rétroinoculant des enfants avec cette lymphé, on produit de nouveau une vraie variole. En revanche en inoculant de la lymphé vaccinale véritable on n'a encore jamais donné naissance à la variole.

Quant aux nombreux détails concernant la vaccination et son application pratique, nous devons nous borner à ce qu'il y a de plus essentiel. L'*inoculation* se pratique soit directement de l'animal (*inoculation animale*), soit successivement d'homme à homme, au moyen de la « *lymphe dite humanisée* ». Cette lymphé provenant d'une pustule vaccinale peut se conserver longtemps, pure ou mélangée avec de la glycérine, sans perdre son activité. La conservation se fait dans de petits tubes en verre scellés, ou à l'état frais entre des plaques de verre bien désinfectées et coaptées. — Le procédé d'inoculation le plus en usage de nos jours consiste à pratiquer sur la peau du bras trois incisions superficielles, distantes de 3 à 4 centimètres l'une de l'autre, aussi peu saignantes que possible et à y introduire la lymphé vaccinale. Après 3 ou 4 jours, le pourtour se gonfle et en 7 ou 8 jours, quand tout marche normalement, se développent les vésicules vaccinales qui suppurent d'abord, éveillent en même temps un mouvement fébrile passager, puis se dessèchent à partir du 11<sup>e</sup> ou du 12<sup>e</sup> jour et guérissent enfin en laissant la cicatrice qu'on connaît. Le processus en son entier dure environ 3 semaines. Si l'inoculation ne réussit pas on n'a qu'un résultat incomplet, on la répétera après quelques mois. La vertu préservatrice de la vaccination s'éteint avec le temps, d'où vient que tous les 5 à 6 ans une *revaccination* redevient nécessaire. La première vaccination chez les enfants se fait d'ordinaire du 3<sup>me</sup> au 4<sup>me</sup> mois. On tarde plus longtemps chez les enfants débiles, quand d'ailleurs la variole ne règne pas épidémiquement.

L'inoculation n'est, à vrai dire, pas absolument exempte de danger. De même que toute plaie cutanée, si petite qu'elle soit, peut se compliquer d'érysipèle ou d'un processus septique, les plaies d'inoculation peuvent naturellement être dans le même cas (*érysipèle dit vaccinal*). Cependant

ces fâcheux accidents sont excessivement rares. Il faut donner une mention particulière à la *roséole vaccinale* qui est une éruption roséolique, se montrant d'abord sur le bras inoculé et s'étendant plus tard sur tout le corps, mais qui n'a pas de signification sérieuse. Il est possible qu'en même temps que la vaccine, on puisse inoculer d'autres maladies (principalement la syphilis), mais cela n'arrive que *très exceptionnellement*, beaucoup plus rarement que le prétendent les adversaires de la vaccination, et peut parfaitement être évité, si les médecins vaccinateurs prennent des précautions suffisantes dans le choix des sujets qui fournissent la matière d'inoculation. *L'usage exclusif de la lymphé animale* donne une garantie réelle contre une foule de dangers possibles attachés à l'inoculation. C'est pourquoi dans ces derniers temps l'inoculation avec la lymphé animalisée a gagné à juste titre de plus en plus de terrain.

2. *Le traitement de la variole* est purement symptomatique. Une fois la variole commencée, la vaccination pratiquée à ce moment n'a plus aucune influence sur la marche ultérieure de la maladie. Dans le *stade initial*, les *bains frais* peuvent être employés avantageusement contre la fièvre et les symptômes généraux. Contre la céphalalgie, on recommande la vessie de glace ; contre la rachialgie, il faut être prudent dans l'emploi des irritants locaux, vu que l'éruption variolique qui va venir est le plus souvent d'une abondance particulière dans tous les endroits de la peau qui ont été soumis à une irritation quelconque. Si dans la période d'éruption on voit qu'on a affaire à une *varioloïde*, il est inutile de recourir à un traitement spécial, en dehors des mesures diététiques générales.

La *variole vraie*, au contraire, réclame l'intervention médicale dont le but doit consister à *garantir, autant que possible, l'évolution naturelle du processus qui a pour siège la peau et les muqueuses accessibles, contre l'arrivée des inflammations secondaires*. Car, à notre avis, il ne saurait être douteux que les pustules varioliques qui ont crevé, ne constituent les meilleures portes d'entrée aux agents phlogogènes de toute nature qui voltigent dans l'air ambiant, de sorte qu'en présence d'une vaste suppuration cutanée ou des affections analogues bien plus graves des muqueuses qui se déclarent par la suite, on n'est presque plus en état de déterminer ce qui revient au processus variolique comme tel, ou ce qu'il faut mettre sur le compte de la suppuration secondaire. Si on parvenait à soumettre le développement tout entier de la variole à l'influence de « l'antisepsie », on aurait certainement conquis de cette manière un résultat thérapeutique considérable. Du reste, les méthodes de traitement préconisées jusqu'à ce jour, tendent jusqu'à un certain point vers ce but ; comme par exemple le

badigeonnage, fréquemment employé autrefois, de la surface cutanée avec la *teinture d'iode* ou avec un forte *solution de nitrate d'argent*. L'idée de SCHWIMMER nous paraît encore meilleure. Il recommande *dès le début de l'éruption*, une pâte d'après la formule suivante : Acide carbolique 4,0 à 10,0. Huile d'olive 40,0. Craie finement broyée 60,00. M. Faites une pâte molle. Avec cette pâte on enduit des morceaux de toile qu'on met sur les parties de la peau principalement atteintes (les avant-bras, les mains, les jambes). On couvre le visage d'un masque, dans lequel sont pratiquées des ouvertures pour la bouche, le nez et les yeux. Ces applications sont renouvelées toutes les 12 heures. Par ce traitement, les douleurs locales sont calmées, la suppuration est réduite, la dessiccation s'opère plus rapidement. Pour calmer la douleur et diminuer la tension de la peau, on se sert souvent de compresses froides et aussi de simples pommades et d'huile. Dans la clinique d'Hébra, à Vienne, les varioleux gravement atteints sont traités avec le meilleur succès au moyen du *bain chaud continu*.

Le traitement des *affections des muqueuses* au cours de la variole doit également être guidé par les principes énoncés ci-dessus ; on cherchera par conséquent à *désinfecter* autant que possible la *bouche* et le *pharynx* à l'aide de lavages prudents et de gargarismes avec des solutions de chlorate de potasse (10;300), d'acide phénique, de borax, d'hypermanganate de potasse, de liqueur de sesquichlorure de fer et ainsi de suite. Les *affections oculaires* doivent être traitées dans le même ordre d'idées. En ce qui concerne toutes les autres complications, les *bains froids* rendent les meilleurs services, ils sont d'un excellent usage dans la variole et sont surtout indiqués contre les graves complications pulmonaires et nerveuses, de même que contre un état hyperthermique persistant. Les moyens antipyrétiques internes (quinine, antipyrine) sont parfois également usités. Les symptômes nerveux intenses (entre autres le délire) réclament quelquefois l'usage prudent des narcotiques. — Il n'y a rien à ajouter concernant le traitement des formes hémorragiques malignes, vu que malheureusement, il est presque toujours impuissant, comme nous l'avons dit.

## CHAPITRE HUITIÈME.

### VARICELLE.

(Petite-vérole volante.)

La varicelle est une véritable maladie d'enfants dont les adultes ne sont pour ainsi dire jamais atteints. Elle est contagieuse et se montre souvent sous forme épidémique.