

La variole pourrait engendrer, à longue échéance, des *psychoses* (mélancolie); se compliquer de *méningite* suppurée, d'*hémorragie*, de *ramollissement* ou d'*abcès* du cerveau, se traduisant ou non par de l'*hémiplégié* ou de l'*aphasie*.

Moelle. — La *paraplégie variolique* est fréquente, tantôt *précoce*, purement motrice, mais souvent accompagnée de *troubles sphinctériens*, généralement passagers: tantôt *tardive*, grave, imputable alors à une *myélite diffuse*, quelquefois suraiguë et ascendante (syndrome de Landry). On a vu aussi succéder à la variole, à longue échéance, des accidents comparables à ceux de la *paralyse infantile* ou de la *sclérose en plaques*.

Nerfs périphériques. — La variole peut aussi devenir facteur de *polynévrites* ou de *névrites isolées* motrices ou sensibles (pseudo-tabes, paralysie du voile du palais).

Muscles. — **Os.** — **Articulations.** — Les *myosites*, quelquefois suppurées, comparables à celles de la fièvre typhoïde (Hayem), ont été notées dans la variole, toujours sévères. Les *arthropathies*, séreuses ou suppurées, dues à l'infection secondaire, siègent de préférence à l'épaule, au genou, au coude, au cou-de-pied ou au poignet. La *périostite* (Barié), se traduisant surtout par de la douleur et des périostoses, est une complication rare.

Peau. — Les *abcès sous-cutanés*, communs pendant la convalescence (face, tronc, membres), sont susceptibles de produire rapidement et sans fièvre de vastes décollements, vite réparés du reste; ils se compliquent parfois de *lymphangite*, d'*adénite*, d'adéno-phlegmon. L'*érysipèle*, le *phlegmon diffus*, l'*ecthyma*, le *furoncle*, l'*anthrax*, les *plaques de sphacèle*, sont autant de formes variées d'infection secondaire.

Exceptionnellement on a vu coïncider la *variole* avec la *rougeole*, la *scarlatine* ou l'*érysipèle*.

Diagnostic. — Le diagnostic est généralement facile. Pourtant, en l'absence d'épidémie, la phase d'invasion est souvent trompeuse et peut en imposer pour le début de nombre d'affections aiguës: *pneumonie*, *érysipèle*, *influenza*, *néphrite aiguë*, *myélite aiguë*, *paludisme aigu*, *typhus* ou *scarlatine*. Le plus souvent, mieux vaut faire des réserves jusqu'à l'éruption.

Le *rash* de la variole diffère de la *scarlatine* ou de la *rougeole* par l'absence de catarrhe ou d'angine, et par sa topographie spéciale.

La variole n'offre que de lointaines analogies avec la *varicelle* qui altère peu l'état général et dont l'éruption, caractérisée par de grosses vésicules, plus nombreuses au tronc qu'à la face, procède par poussées successives.

Les formes bénignes, à éruption très réduite, passent inaperçues, à moins d'un examen méthodique du tégument n'omettant ni le cuir chevelu, ni les muqueuses.

Les *érythèmes papuleux*, infectieux, médicamenteux; les roséoles; les *éruptions vaccinales*, l'*acné varioliforme*, les *syphilides varioliformes* ont quelque ressemblance extérieure avec la variole, mais en diffèrent par l'absence de troubles généraux, la topographie, etc.

II. — VACCINE

L'inoculation du *cow-pox* détermine chez l'homme, *in situ*, un exanthème spécifique accompagné, ou non, de malaise et de fièvre légère. Pendant les trois jours d'incubation, la région des piqûres peut être le siège d'un érythème léger ou même, chez les sujets nerveux, de petites plaques d'urticaire.

A la fin du troisième jour, se voit une légère voussure rouge, qui, le lendemain, ressemble à une papule un peu aplatie. En cas de succès, l'aspect typique n'est visible que le 5^e jour. Chaque bouton est couronné d'un disque nacré à reflets bleuâtres (*zone lymphogène*), ombiliqué au centre. Le 6^e jour, chaque pustule, limitée par un bord saillant, entourée d'une aréole rose, repose sur une base indurée; dès lors, la maturité est atteinte, les points d'inoculation portent chacun une pustule arrondie, franchement ombiliquée, à surface grenue, à zone lymphogène d'un blanc opalin et bleuâtre, sauf au centre, à base dure encadrée d'une aréole inflammatoire. La vésico-pustule, si on la pique, laisse sourdre un liquide clair, filant et visqueux, la *lymphe vaccinale*. A la fin du 8^e jour, ou, le 9^e, les pustules grossissent rapidement, tandis que leur ombilication s'efface; la zone lymphogène devient louche ou opaque et l'aréole, d'un rouge plus vif, tandis que le derme s'indure davantage. C'est la *phase de suppuration*, quelquefois accompagnée de réaction ganglionnaire et fébrile.

Le 10^e jour l'aréole pâlit déjà, la zone lymphogène, tirant sur le jaune, s'affaisse, et une croûte s'ébauche au centre, jadis ombiliqué. Elle s'étale, épaissit et devient brune le 11^e jour. Les 12^e et 15^e jour, elle est noire et couvre toute la pustule. Très dure, très adhérente, elle met 3 ou 4 semaines à tomber, et laisse une *cicatrice* indélébile.

L'évolution de la pustule vaccinale, surtout si elle succède à l'inoculation de pulpe glycéinée, ne détermine souvent aucune réaction générale ou n'entraîne qu'un malaise insignifiant. Dans un petit nombre de cas, apparaissent des signes d'infection légère: anorexie, agitation nocturne, quelquefois nausées ou diarrhée fugace, mal de tête, courbature, mouvement fébrile; chez les petits enfants, exceptionnellement, convulsions.

La *fièvre vaccinale* éclate au plus tôt le 4^e ou 5^e jour; parfois le 6^e ou le 7^e. Elle dure 2 jours 1/2 à 4 jours 1/2. Rémittente, à grandes oscillations, elle atteint son fastigium (38°, 2; 40°) le 8^e jour, et décroît en lysis. Du reste, le plus souvent, la température ne monte que de quelques dixièmes.

Variantes. — **Anomalies.** — Plus saillants, moins aplatis, les *boutons de la revaccination*, moins franchement ombiliqués, sont entourés d'une aréole plus inflammatoire, et retentissent plus vivement sur les ganglions voisins.

La *fausse vaccine* ou *vaccinoïde*, répondant à une immunité incomplète, est une infection atténuée. Déjà appréciable 24 heures après l'inoculation, elle revêt, suivant le degré de réceptivité du sujet, *trois types*: 1^o papule rosée à peine saillante sans aréole inflammatoire, éteinte en quelques jours,

sans reliquat; 2° *papule acuminée* plus large et rouge, cernée d'une aréole légère, à sommet surmonté d'une petite vésicule tôt remplacée par une croûte qui tombe vite, sans laisser de cicatrice; 3° aréole plus franche, vésicule plus nette, croûte plus large et plus adhérente laissant, en tombant, une cicatrice éphémère. La vaccinoïde n'est en somme qu'une vaccine vraie, modifiée par une vaccine ou une variole antérieure; elle met donc aussi à l'abri de la variole.

La *vaccine généralisée* est un mode particulier d'évolution du vaccin sur certains organismes. Elle consiste dans l'apparition, 8, 10 ou 15 jours après la vaccination, de pustules surnuméraires. Elle peut résulter d'une *auto-inoculation*, ou être *spontanée*. Dans le premier cas, on constate : 1° des *pustules filles*, autour des éléments d'inoculation primitive, formant des placards éruptifs; 2° des *éléments distribués irrégulièrement*, mais toujours en des points accessibles au grattage, et, de tailles variables, suivant le moment de l'inoculation secondaire; 3° souvent, des *lésions des doigts* (tournoies vaccinales) dénonçant encore le rôle du grattage; cette anomalie qui implique une réceptivité exaltée pour la vaccine est favorisée, localement, par les dermatoses chroniques (eczéma, impétigo, etc.). La *vaccine généralisée spontanée* implique une réceptivité encore plus grande et la pénétration du contagion dans le milieu sanguin. Contemporaine de l'éruption d'inoculation, ou plus souvent consécutive (7 à 8 jours après), elle est caractérisée par l'éruption simultanée, plus ou moins généralisée, de nombreuses pustules semblables, évoluant plus vite que les éléments primitifs, et, arrivant à maturité du 10° au 11° jour, pour s'affaïsser et se flétrir le 16° jour, ne laissant qu'une macule légère et fugace. L'éruption est *discrète, cohérente*, ou, exceptionnellement *confluente*, comportant en ce cas un état grave quelquefois inquiétant.

La vaccine généralisée spontanée peut aussi bien suivre la revaccination que la vaccination; elle peut naître d'une inoculation accidentelle de *cow-pox* ou de *horse-pox*. A défaut de commémoratifs, la vaccine généralisée peut simuler divers exanthèmes : la *varicelle* (pas de pustules mais des vésicules); la *variole* (élanthème, fièvre vive, rachialgie); si l'éruption occupe l'anus ou la vulve : le *chancre*, les *plaques muqueuses* cutanées, l'*érythème syphiloïde vacciniiforme* (papules rondes, aplaties, à centre déprimé, groupées en placards); dans les cas douteux, on peut recourir à une *inoculation d'épreuve à la génisse*.

On nomme *éruption vaccinale par migration* des pustules qui, au lieu d'apparaître aux points d'inoculation, se montrent vers le 6° jour, en une région quelconque du corps (rare).

Complications. — *a. Cutanées.* — Les *éruptions vaccinales* sont des exanthèmes secondaires à la vaccine, mais sans parenté de nature avec elle. Survenant 9 à 11 jours après l'inoculation (jamais avant le 3° ni après le 18°) elles sont *érythémateuses, vésiculeuses* ou *érythémato-bulleuses*, rarement *purpuriques*. Ces éruptions, d'origine toxi-infectieuse, comme les rash des fièvres éruptives, sont bénignes et fugaces, n'altérant pas l'état général.

La *roséole vaccinale*, variété la plus fréquente, prend naissance autour des pustules et gagne tout le tégument, simulant tantôt la rougeole, tantôt la scarlatine. Après 2 ou 3 jours, elle s'efface sans desquamation.

L'*érythème exsudatif* (Behrend), quelquefois ortié, est une éruption rare, rappelant l'érythème polymorphe.

La *miliaire vaccinale*, identique à la miliaire sudorale, apparaît, autour des pustules, vers le 8° jour, et s'étend plus ou moins au reste du tégument, parfois par poussées successives.

Le *pemphigus vaccinal* frappe en pleine évolution vaccinale, les enfants débiles, cachectiques ou scrofuleux; il guérit vite.

Le *zona* consécutif à la vaccine a été observé également [Lonbry⁽¹⁾ Dancourt⁽²⁾].

L'*eczéma vaccinal* est un eczéma vrai provoqué par la vaccine chez les prédisposés; il est tantôt circonscrit à la région des pustules, tantôt étendu et rebelle.

Le *purpura vaccinal* ou la *vaccine hémorragique* sont des accidents exceptionnels, observés chez les sujets surmenés ou hémophiliques.

b. Infections secondaires d'origine vaccinale. — Elles sont dues à l'inoculation même (septique) ou à la pénétration ultérieure de germes pathogènes. L'asepsie locale et l'emploi de vaccin pur tendent à les rendre rares.

Il suffit de rappeler la possibilité de *dermites*, d'*adéno-phlegmon*, de *phlegmon circonscrit*, de *lésions gangreneuses*, d'*érysipèle* (très grave chez les nouveau-nés) et de *septicémies diverses*.

Plus fréquentes sont les infections secondaires locales, sources de différentes éruptions : *impétigo, ecthyma, pemphigus*.

La *vaccine ulcéreuse* ou *chancriforme* donne souvent un aspect comparable à celui du chancre mou ou du chancre induré. Grandes comme une pièce de 50 centimes ou de 1 franc, les ulcérations, arrondies et cupuliformes, reposent sur une base plutôt empâtée qu'indurée. La lésion apparaît du 12° au 15° jour, parfois dès le 8°, sur une peau rouge et œdématisée; les *ganglions* correspondants, presque toujours gros et sensibles, peuvent suppurer.

Les troubles généraux sont fréquents (parfois véritable état typhoïde). La lésion ne se répare communément qu'en 2 ou 3 mois, au prix d'une cicatrice indélébile, souvent difforme. Le *diagnostic* est facilité par les caractères nettement inflammatoires de la lésion qu'entourent souvent des pustules d'ecthyma ou d'impétigo. Dans les hôpitaux, la vaccine ulcéreuse peut sévir épidémiquement sur les enfants chétifs et malingres. Elle est imputable à la mauvaise qualité du vaccin.

La *syphilis vaccinale* ne s'observe qu'après la vaccination de bras à bras, quand l'enfant vaccinifère est syphilitique. Elle revêt trois formes : 1° le vaccin avorte et le chancre apparaît seul, après 3 à 4 semaines, sur une ou deux piqûres, avec les caractères habituels des chancres cutanés, bientôt suivi de roséole et d'adénopathies spécifiques; 2° le chancre n'apparaît qu'à la chute des croûtes d'une vaccine qui a évolué normalement (cas le plus

(1) LONBRY, *Écho méd. du Nord*.

(2) DANCOURT, *Nord méd.*, 1905.

fréquent); 3° le chancre a commencé son évolution au-dessous des croûtes vaccinales adhérentes, mais finit toujours par devenir visible. Dans tous les cas, le chancre consiste en une érosion croûteuse, arrondie, grande comme une pièce de 50 centimes, à bords taillés en pente douce, à fond grisâtre ou rouge, reposant sur un noyau dur plus large. La cicatrisation demande 4 à 6 semaines.

La difficulté du diagnostic peut consister à distinguer la syphilis vaccinale d'une syphilis héréditaire qui se déclare fortuitement à la suite de la vaccine. Cette erreur ne peut être évitée que par une enquête approfondie sur la santé des ascendants.

La *tuberculose d'origine vaccinale*, admise par certains auteurs, est extrêmement rare, si elle existe. Il en est de même de la *lèpre* inoculée par vaccination.

III. — VARICELLE

C'est une fièvre éruptive contagieuse et épidémique, caractérisée par une éruption de vésicules ou de bulles. Très répandue, elle est très commune, de un à dix ans, dans les grandes villes, sévit souvent épidémiquement dans les pensionnats, et est surtout contagieuse pendant l'éruption (directement ou indirectement). La nature du contagion est encore inconnue. L'école de Vienne fait de la varicelle une forme atténuée de la variole; M. Talamon la considère comme une modalité de la vaccine. De fait, ni la vaccine, ni la variole ne confèrent l'immunité contre la varicelle et inversement.

La varicelle évolue en 4 périodes : *incubation*, *invasion*, *éruption*, *dessiccation*.

L'*incubation*, période silencieuse, dure 14 jours en moyenne; 3 ou 4 jours au moins, 26 au plus.

Invasion. — Elle est tantôt si bénigne qu'elle passe inaperçue: ailleurs, elle se traduit par de la fatigue, un léger abattement, de l'embarras gastrique (langue sale, anorexie), quelquefois par un vomissement, un peu de fièvre (38°, 38°,5), cela pendant quelques heures, un jour ou deux.

En quelques cas pourtant, des troubles généraux assez sérieux se déclarent : fièvre vive (40°, 41°), état gastrique intense, rachialgie ou même dyspnée, convulsions, délire, quelquefois même *rash*. Celui-ci, *scarlatini-forme*, *morbilliforme* ou *polymorphe*, couvre, en peu d'heures, l'abdomen, le tronc et les membres inférieurs, il persiste quelques heures, un jour ou deux, rarement plus (5 à 6 jours); parfois contemporain de l'éruption, ou même consécutif, le *rash* n'a aucune signification pronostique.

Éruption. — Chaque élément commence par une *macule*, arrondie ou ovale, d'un rouge foncé, à peine saillante, surmontée à son centre, au bout de quelques heures, d'une petite *vésicule* qui atteint vite le volume d'un pois ou d'une lentille, transformée dès lors en une petite *bulle* saillante, oblongue, large de 2 à 3 millimètres, longue de 5, distendue par une sérosité claire

incolore ou un peu citrine, et généralement cernée par un liséré rouge. Le centre de l'élément n'est jamais acuminé, mais quelquefois ombiliqué; son contenu se trouble dès le 2° jour, sans devenir franchement purulent; la vésico-pustule se flétrit et sèche le 3° ou le 4° jour.

L'éruption débute sur n'importe quelle région ou sur plusieurs à la fois; plus souvent sur le tronc que sur la face. Toujours discrète (100 à 200 éléments en moyenne), elle peut se réduire à une dizaine de bulles.

Variétés. — *Variété papuleuse*. — Tous les éléments, plus souvent quelques-uns, restent à l'état de papules et ne deviennent pas bulleux.

Variété miliaire. — Les éléments consistent en petites papules dures, surmontées, à leur centre, de vésicules acuminées, grosses comme une tête d'épingle et se desséchant rapidement.

Variété globuleuse. — Dans ces cas, les bulles, pemphigoides, deviennent larges comme une pièce de 1 ou de 2 francs.

L'exanthème procède par *poussées successives*, tantôt régionales, tantôt diffuses; ces poussées, surtout nocturnes, se renouvellent 3, 4 ou 5 fois. Chacune, signalée par une légère élévation thermique qui cède à l'éruption, dure un ou deux jours.

On note souvent un *élanthème* (Comby) qui, antérieur parfois à l'exanthème, passe souvent inaperçu. Il occupe principalement la bouche ou le pharynx; plus rarement, la conjonctive, le larynx ou la muqueuse génitale. Tout peut se borner à quelques *bulles* sur la langue ou le palais, faisant vite place à de petites *érosions* rondes, à fond blanc jaunâtre, cernées d'un liséré rouge, comparables à des aphtes. Il peut arriver pourtant que l'élanthème détermine de la *stomatite* avec salivation, de la *gingivite*, une *angine* avec dysphagie, ou même de véritables *ulcérations*. Sur la conjonctive, l'élanthème donne lieu à de la *conjonctivite phlycténulaire* susceptible de se compliquer de *kératite*. Les conséquences de l'élanthème *laryngé* peuvent être graves (Ollivier et Boucheron, Marfan et Hallé). Objectivement, il se traduit par de l'hyperémie laryngée semée de petites ulcérations arrondies, sur les cordes vocales inférieures; cliniquement, il entraîne des signes de *laryngite sténosante* ou des crises de *spasme glottique*.

Dessiccation. — Elle débute le 3° jour de l'apparition des vésicules. Celles-ci se couvrent d'une mince croûte brun jaunâtre se détachant vers le 8° jour, pour faire place à de petites taches rouges qui disparaissent sans cicatrices. Cette période peut être marquée par du prurit qui occasionne des lésions de grattage.

Évolution. — La varicelle dure 7 à 14 jours en tout; 5 jours si la première poussée reste isolée, 18 jours, un mois et plus, si les poussées se multiplient. La guérison est la règle, à part quelques cas exceptionnels, aggravés par des localisations laryngées et diverses complications.

Varicelle hémorragique. — Fort rare, elle se caractérise par la présence du sang dans les vésicules, et, par des hémorragies cutanées et muqueuses.

Complications. — Dues à des infections secondaires (*streptocoque* souvent), celles-ci sont rares, tardives, localisées surtout sur la peau et les articulations.

Peau. — Les *suppurations cutanées* : furoncles, lymphangites, adénites, phlegmons, abcès, ne sont pas rares.

La *gangrène*, généralement limitée aux éléments éruptifs, présente une forme légère et une forme grave.

Dans la *forme légère* ou *ulcéreuse*, à la rupture des vésicules succèdent des *ulcérations rebelles* comparables à l'ecthyma ; la guérison est constante, mais laisse des cicatrices.

Dans la *forme grave* ou *varicelle gangreneuse*, le tégument est semé d'ulcérations taillées à l'emporte-pièce, à fond couvert d'une croûte noire gangreneuse, bordées d'une large zone inflammatoire. Cette forme est très grave. En d'autres cas, encore plus sévères, des plaques de sphacèle apparaissent, entre les éléments éruptifs, sur les membres, le tronc et les organes génitaux. La mort est la règle, par épuisement, septicémie ou pyémie. Ces cas s'observent chez les enfants débiles ou tuberculeux.

Os et articulations. — On peut observer, au déclin de la varicelle, une *poly-arthrite aiguë séreuse rhumatoïde* ; précédée de phénomènes généraux, elle frappe le genou, l'épaule, le coude, le cou-de-pied, est habituellement curable et n'aboutit que rarement à l'ankylose. La *mono-arthrite aiguë suppurée* avec état typhoïde est exceptionnelle. On peut encore observer une *ostéopériostite*, à marche lente, non suppurée, contemporaine de l'éruption, plus souvent consécutive.

Viscères, etc. — L'*angine* pseudo-membraneuse, l'*endocardite*, l'*otite*, la *péritonite*, les *névrites* sont des complications exceptionnelles. Moins rares sont la *laryngite*, la *bronchite*, la *broncho-pneumonie*, la *pleurésie* et la *pleuro-pneumonie*.

Rein. — L'*albuminurie* légère s'observe dans 1/6 des cas de varicelle hyperthermique ou avec exanthème abondant. La véritable *néphrite*, éclatant au déclin de la maladie (2^e semaine) est plus rare ; annoncée par de la fièvre, des troubles gastro-intestinaux, de l'œdème ou de l'anasarque (rare) elle se traduit par de l'oligurie, une albuminurie intense, la présence de cylindres, et parfois, de sang dans les urines. Les accidents urémiques mortels sont exceptionnels, la guérison est la règle.

L'*orchite varicelleuse* a été observée, mais seulement après la puberté. La varicelle peut coïncider avec d'autres infections : rougeole, scarlatine, diphtérie, variole, vaccine, érysipèle, coqueluche.

Diagnostic. — Il est généralement facile. On se gardera de prendre le *rash* pour une *scarlatine* (pas d'angine, peu de fièvre, topographie différente) ; de croire à l'invasion d'une *variole* ou d'une *varioloïde* (état général plus grave).

L'éruption ne prête guère à confusion quand elle est intense, qu'avec la *varioloïde légère* ; la distinction peut alors être presque impossible, et, mieux vaut faire des réserves et attendre l'évolution des accidents

Précédées de sueurs, les vésicules de la *miliaire* ont un contenu acide, tandis que celui des bulles de la varicelle est neutre ou alcalin. Le *strophulus* (prurigo de dentition, varicelle-prurigo) occasionné par des troubles digestifs, par la dentition, est très prurigineux.

Le *pemphigus épidémique des nouveau-nés* respecte toujours les muqueuses et ne forme pas de croûtes. Les *syphilides varicelliformes*, accidents secondaires tardifs, se reconnaissent à la coexistence de plaques muqueuses et autres lésions spécifiques.

L'*érythème polymorphe*, l'*herpès généralisé*, les *érythèmes médicamenteux* peuvent également simuler la varicelle.

La varicelle passe souvent inaperçue, quand elle coïncide avec la rougeole ou la scarlatine.

La néphrite ne peut être dépistée que grâce à l'examen quotidien des urines.

IV. — SCARLATINE

Contagieuse et épidémique, endémique dans les villes, la scarlatine est caractérisée par une éruption pourprée à début pharyngé. On l'observe à tout âge, mais plus souvent dans l'enfance (de 6 à 10 ans). La race anglo-saxonne lui paye un plus large tribut. La contagion est *directe* ou *indirecte* (personne, local, objets contaminés) ; déjà possible au moment de l'éruption, elle s'opère surtout, lors de la desquamation, propagée par les squames, longtemps virulentes. Le contagion pénètre habituellement par le pharynx ; quelquefois par une plaie, utérine (accouchées) ou autre (blessés).

La scarlatine revêt un grand nombre d'aspects cliniques. La forme régulière doit être d'abord décrite.

Scarlatine régulière. — *Incubation.* — Plus courte que dans toute autre fièvre éruptive, l'incubation de la scarlatine dure en moyenne 4 à 5 jours ; quelquefois 48 heures seulement.

Invasion. — La maladie débute brusquement, en pleine santé, par des frissons, des nausées, puis des vomissements, bilieux ou alimentaires. La température atteint d'emblée 40 ou 41° ; ailleurs le premier signe est la douleur de gorge. Le facies est vultueux, les lèvres sont sèches, le pouls est vif (120 à 140 ; 180 chez les enfants). La soif est ardente ; abattu ou agité, le malade, la peau sèche et brûlante, peut délirer la nuit, dès cette période ; des convulsions peuvent éclater chez l'enfant.

La gorge présente une rougeur foncée recouvrant uniformément les amygdales, les piliers et le voile du palais ; c'est l'*évanthème*, associé ou non à la tuméfaction des parties qu'il colore (angine). Un enduit grisâtre recouvre le dos de la langue dont les bords, encore à peine rouges, sont hérissés de papilles saillantes. L'anorexie est absolue ; la constipation est plus habituelle que la diarrhée. Toujours très courte (12 à 24 heures ; 2 à 5 jours au plus) l'invasion peut même manquer.