Un autre facteur de l'inflammation périvaccinale est le mode d'insertion du vaccin. Plus les scarifications sont longues, plus elles sont nombreuses et plus elles sont rapprochées l'une de l'autre, plus la réaction est vive. Il est fréquent alors de voir les pustules vaccinales se détacher le huitième jour sur une plaque érythémateuse indurée, dont les bords relevés simulent le bourrelet de la plaque érysipélateuse. Elle se différencie de celle-ci par le fait que l'inflammation, au lieu de s'étendre et d'envahir les parties voisines, s'éteint et disparaît sans laisser de traces du onzième au douzième jour.

Dans la pratique de la vaccination animale, nous recommandons de faire à chaque bras seulement deux scarifications ne dépassant pas un demi-centimètre comme longueur et espacées entre elles de trois centimètres au moins, après avoir aseptisé la peau avec de l'eau de savon et de l'alcool pur ou de l'eau de Cologne.

Au moment de la réaction inflammatoire, nous évitons tout ce qui pourrait amener la rupture des vésicules vaccinales et la pénétration des germes pathogènes. L'examen bactériologique a montré, en effet, que l'intérieur de la vésicule est stérile; les germes infectieux proviennent du dehors. A ce point de vue, nous déconseillons les pansements à la vaseline boriquée, qui est loin d'être aseptique et qui, comme tous les corps gras, amène l'accolement du linge de corps ou de pansement et favorise la rupture de la pustule. Une chemise propre, de linge fin et usé, à manches larges est, à notre avis, le meilleur moyen de mettre l'éruption vaccinale à l'abri des infections secondaires, qui sont les seules redoutables.

REVACCINATION. — L'utilité de la revaccination n'a été comprise en Europe que vingt ou trente ans après la découverte de Jenner, quand on vit la variole se développer chez d'anciens vaccinés. Le Würtemberg fut le premier État qui introduisit la revaccination obligatoire des recrues. L'empire allemand a rendu, par la loi du 8 avril 1874 (1), obligatoires la vaccination dans les premiers mois de la vie et la revaccination dans la douzième année. Grâce à cette loi, la variole a disparu presque complètement de l'empire allemand; on ne peut en dire autant des autres États de l'Europe, qui n'ont pas introduit l'obligation de la revaccination. Sur un million d'habitants, l'Allemagne, de 1889 à 1893, comptait 2,3 décès annuels par variole, les villes françaises 147, la Belgique 252,9, l'Autriche 313,4 et la Russie (de 1891 à 1893) 836,4 (2).

Époque et nombre de revaccinations. — L'immunité acquise contre la vaccine par la vaccination se perd souvent rapidement, en moyenne au bout d'une dizaine d'années. Des revaccinations faites sur des

(1) La loi est entrée en vigueur le 1er avril 1875.
(2) Voir : Immermann *in* Nothnagel, *Spec. Path. und Therap.*, IV, 4. Wien, 1896, p 251.

enfants de six à sept ans ont déjà donné 14 pour 100 de succès et sur des enfants de neuf à dix ans, 25 pour 100.

La première revaccination est la plus importante, car, si elle ne met pas complètement à l'abri de la variole, la statistique démontre que cette dernière n'est presque jamais mortelle chez les revaccinés.

La première revaccination sera faite entre douze et quinze ans.

Elle sera répétée au moins tous les dix ans et même plus tôt en cas d'épidémie de variole. Les revaccinations en masse ont suffi parfois pour arrêter la marche des épidémies; le feu s'éteignait faute de combustible.

Symptômes. — Les résultats de la revaccination varient suivant le degré de disparition de l'immunité vaccinale. La revaccine peut suivre la même marche que la vaccine avec une durée d'incubation semblable; c'est ce que l'on observe quand l'immunité créée par la vaccination antérieure a complètement disparu. Dans le cas contraire, la marche de la revaccine est précipitée; le bouton apparaît d'autant plus tôt que la vaccine est plus modifiée par l'immunité et l'efflorescence est plus ou moins arrêtée dans son développement. Il ne faut considérer comme négatives, que les revaccinations sans efflorescence ou qui déterminent une simple rougeur avec démangeaisons, le premier ou le second jour. Celles qui produisent une vésicule ou même une croûtelle, sont des revaccines positives modifiées.

Si la revaccination a été négative, on ne peut considérer le sujet comme à l'abri de l'infection variolique, et il devra être revaccciné de nouveau en cas d'épidémie de variole.

Technique. — La technique de la revaccination ne diffère pas de celle de la vaccination.

En général, la réaction inflammatoire, le retentissement ganglionnaire et la fièvre sont plus marqués que lors de la première vaccination. Il est important de prendre toutes les précautions aseptiques indiquées plus haut et se borner à deux petites scarifications faites sur le bras gauche à une distance de quelques centimètres.

CHAPITRE VI.

VARICELLE.

ÉTIOLOGIE. — La *contagion* est, comme pour les autres fièvres éruptives, la seule cause déterminante connue de la varicelle. Bien que mise naguère en doute par Grisolle, la contagiosité de cette affection est maintenant presque universellement admise, et il nous serait facile de l'établir par un grand nombre de faits. Steiner, d'ailleurs, a réussi à inoculer huit fois la varicelle; le lieu de l'inoculation

resta indemne, mais une éruption caractéristique se développa sur toute la face cutanée. D'Heilly et Thoinot (1), qui ont répété les mêmes expériences, ont obtenu sur dix inoculations trois succès, dont deux au moins paraissent être à l'abri de toute contestation. Ajoutons cependant que la varicelle est difficilement inoculable, comme le prouve le grand nombre d'échecs éprouvés par leurs devanciers.

Nous ne sommes pas encore définitivement fixés sur la nature de l'agent contagieux de la varicelle, bien que plusieurs observateurs aient décrit des microbes qui leur paraissaient spécifiques de cette affection. Nous savons seulement que la varicelle peut être transmise par l'air, sans qu'il soit nécessaire pour cela d'un contact immédiat, et que son contage ne paraît pas doué d'une grande résistance, comme le montre le peu d'étendue de ses épidémies. C'est en effet souvent sous forme d'*épidémies* généralement limitées que sévit cette maladie, épidémies qui paraissent être également fréquentes dans toutes les saisons. La varicelle se montre aussi sporadiquement ou tout au moins sous forme d'épidémies si peu étendues, qu'il est difficile d'en constater l'existence, d'autant plus que la bénignité de la maladie fait qu'un grand nombre de cas échappent à l'observation du médecin.

La varicelle s'observe généralement depuis l'âge de six mois et est surtout fréquente vers l'âge de trois ans; à partir de dix ans elle l'est beaucoup moins. Elle atteint rarement les nouveau-nés; Tordeus n'en a observé qu'un seul cas avant six mois pendant une épidémie qui sévissait à Bruxelles dans une salle qui contenait 10 enfants au-dessous de cet âge et qui en atteignit 18 sur 20 âgés de six à douze mois. Quant à la varicelle fœtale, nous n'en connaissons aucun exemple, ce qui s'explique facilement par l'extrême rareté de la maladie chez les mères.

Le sexe ne joue aucun rôle dans la prédisposition à la varicelle. Gintrac a cependant observé plus souvent cette maladie dans le sexe masculin (141 garçons pour 42 filles).

Les maladies antérieures ne paraissent pas non plus jouer le rôle de cause prédisposante; cependant la varicelle s'observerait plus souvent après la coqueluche (West) et la rougeole (Henoch). Elle sévit aussi bien chez les enfants qui ont été vaccinés ou qui ont eu la variole que sur les autres.

Une première atteinte de varicelle met généralement à l'abri du retour de la maladie; cependant, d'après quelques auteurs (Trousseau, Canstatt), les récidives ne seraient pas rares; Gerhardt et Heim ont même observé chacun le cas d'un enfant qui avait eu trois fois la maladie.

(1) D'Heilly et Thoinot, *Soc. méd. des hôp.*, 27 oct. et 17 nov. 1885, et *Revue mens. des mal. de l'enfance*, 1885, p. 544.

DESCRIPTION. — L'apparition des symptômes de la varicelle est précédée d'une période d'incubation qui varie de douze à dix-sept jours; le plus souvent elle est de quatorze jours, mais elle serait parfois notablement plus courte. Dans les cas de varicelle développée à la suite de l'inoculation observés par Steiner, elle n'a été que de huit jours; elle a été de quinze et dix-sept jours dans les deux cas de d'Heilly.

L'éruption de l'exanthème est très souvent le premier symptôme de la maladie; d'autres fois elle est précédée pendant quelques heures ou au plus pendant un à deux jours d'une fièvre modérée qui s'annonce par un léger frisson et de la courbature; la température dépasse rarement 38°,5 à 39°. Exceptionnellement cependant, cette fièvre du début peut prendre une certaine intensité et rappeler la fièvre prodomique de la variole, et on a vu, particulièrement pendant le travail de la dentition, le thermomètre atteindre 40° le premier jour (Henoch), mais il ne se maintient que très passagèrement à cette hauteur. Il est également rare d'observer à ce moment d'autres symptômes généraux graves; cependant Hunter cite le cas d'un enfant de trois ans chez lequel deux accès prolongés de convulsions précédèrent l'apparition de l'éruption varicelleuse; Dumas, Kassowitz et Tham rapportent des faits analogues.

L'exanthème se montre sous forme de petites taches arrondies, de quelques millimètres de diamètre, d'un rouge foncé, à peine saillantes et disparaissant sous la pression du doigt. Ces taches peuvent débuter indifféremment sur toutes les parties du corps; on les a vues apparaître en premier lieu sur le tronc, les membres, la face et le cuir chevelu; d'après Thomas, le début par la face serait le plus fréquent, mais la plupart des auteurs l'ont observé au moins aussi souvent sur le tronc.

La période érythémateuse de la varicelle est de courte durée et passe souvent inaperçue; au bout de quelques heures, les taches rosées sont coiffées d'une vésicule qui s'agrandit rapidement, et l'éruption est bientôt constituée par de petites ampoules globuleuses ayant le plus souvent 4 à 5 millimètres de longueur sur 2 à 3 millimètres de largeur; leurs dimensions sont du reste assez variables; elles sont souvent plus grosses au tronc qu'au visage. Elles sont distendues par un liquide clair comme de l'eau de roche ou légèrement citrin; leur base est le plus souvent entourée d'un mince liséré rosé inflammatoire, mais quelquefois ce phénomène fait absolument défaut, et la vésicule ressemble à une perle de verre faisant saillie à la surface de la peau.

L'aspect des vésicules ne tarde pas à se modifier; dès le second jour, elles perdent leur transparence; la sérosité qu'elles renferment est devenue trouble, opalescente, par l'addition de quelques gouttes de pus; leur surface se ride et s'affaisse, mais elles ne pré-

sentent pas une véritable ombilication ; celle-ci peut être parfois simulée par la formation d'une petite croûte noirâtre à leur sommet, mais, en passant le doigt à leur surface, on peut s'assurer qu'il n'existe pas de dépression (Cadet de Gassicourt). Le lendemain les vésicules sont entièrement desséchées et remplacées par des croûtes brunâtres entourées d'une aréole rouge ; ces croûtes tombent vers le huitième jour ; elles sont souvent le siège d'un prurit assez vif qui porte l'enfant à se gratter ; elles sont alors arrachées par les ongles. Il ne reste à leur place que des taches rougeâtres, qui ne tardent pas à s'effacer ; cependant, lorsqu'elles ont été grattées, elles peuvent laisser des cicatrices plus ou moins persistantes, surtout au visage.

Les vésicules présentent parfois dans leur marche et leurs dimensions quelques variétés. Quelques-unes peuvent avorter d'emblée, et l'on voit, au milieu d'une éruption vésiculeuse bien caractérisée, des taches érythémateuses qui prennent un aspect papuleux sans que jamais leur sommet devienne transparent ; parfois on en voit se dessécher sans avoir perdu leur transparence ; elles ne laissent pas alors de croûtes après elles, mais seulement une mince pellicule qui tombe rapidement. Dans quelques cas, au contraire, les vésicules s'agrandissent et peuvent devenir de véritables bulles atteignant le diamètre d'un franc et même plus ; leur durée se prolonge alors souvent jusqu'au septième jour, et elles peuvent donner lieu à des cicatrices. C'est probablement à cette variété, du reste assez rare, qu'il faut rapporter la *varicelle conoïde* de Willan, la varicelle dite *globulo-pustuleuse* et le *swine pox* des auteurs anglais.

Le nombre des vésicules n'est jamais très considérable ; Thomas estime qu'il varie généralement entre 50 et 200, mais il peut n'être que de 10, comme on l'a vu s'élever exceptionnellement jusqu'à 800. L'éruption reste d'ailleurs presque toujours discrète, car il est rare d'observer la confluence même de deux vésicules ; elle est généralement plus abondante dans les points de la peau soumis à des frottements ou à une distension exagérée. Henoch a observé chez un enfant toujours couché sur le côté gauche, que ce côté présentait plus de vésicules que le côté droit ; le même auteur a trouvé chez un petit malade, atteint d'un énorme abcès par congestion, la peau distendue de cet abcès couverte d'une éruption varicelleuse très abondante, tandis que le reste du corps ne présentait que quelques vésicules.

L'éruption s'étend souvent à la muqueuse de la bouche et de la gorge ; on observe alors, particulièrement sur le palais, les gencives et les lèvres, de petites élevures qui suivent la même évolution que les vésicules de la peau ; dans quelques cas même, l'éruption peut provoquer dans la bouche une inflammation rappelant la stomatite ulcéreuse, provoquant une salivation abondante et empêchant la mastication (Comby). La muqueuse vulvaire est parfois le siège

d'une éruption qui peut amener de la difficulté dans la miction. Le prépuce et la conjonctive sont plus rarement atteints. Besnier a vu une taie indélébile succéder sur la cornée à une vésicule varicelleuse.

L'éruption de la varicelle se fait généralement par *poussées successives*, aussi est-il fréquent d'observer à la fois sur le même sujet des taches, des vésicules et des croûtes ; la durée de la maladie s'en trouve prolongée. Cadet de Gassicourt a même vu de nouvelles vésicules se montrer dix-huit jours et Thomas un mois après l'apparition des premières, mais le plus souvent ces poussées ne se reproduisent que pendant peu de jours, et la durée complète de la maladie est de cinq à dix jours ; elle peut même n'être que de trois jours, s'il ne se fait qu'une seule éruption.

La fièvre, qui s'était manifestée au début, tombe souvent dès le matin du second jour pour reparaître de nouveau le soir ; elle persiste généralement tant qu'il se fait de nouvelles poussées éruptives, mais est le plus souvent très modérée ; elle est généralement en rapport avec l'abondance de l'éruption, et est parfois si légère qu'elle n'est guère appréciable qu'au thermomètre ; les autres symptômes généraux, malaise, anorexie, etc., manquent souvent presque complètement.

COMPLICATIONS. — Mentionnons d'abord à titre de phénomène accessoire plutôt que de complication l'apparition au début de la maladie d'un *rash scarlatiniforme* analogue à celui qui a été observé dans la variole ; ce rash précède de quelques heures l'éruption habituelle de la varicelle pour disparaître au moment où se montre celle-ci ou persister encore quelque temps à côté d'elle ; il peut s'accompagner d'une fièvre assez vive, mais généralement passagère. Cette éruption anormale est du reste assez rare.

On a cité quelques cas de *laryngite suffocante*, dus à la présence de vésicules sur la muqueuse laryngée. La trachéotomie a été pratiquée avec succès par Marfan et Hallé (1) chez un enfant de trois ans, qui fit sa poussée de varicelle en même temps sur le larynx et sur le tégument externe sans autre complication. Chez un enfant de neuf mois observé par les mêmes auteurs, une varicelle confluente s'accompagna de tirage et de dyspnée laryngée, qui disparut au bout de deux jours et fut suivie d'une broncho-pneumonie mortelle ; l'autopsie révéla, outre quelques noyaux de broncho-pneumonie, une petite ulcération, comme faite à l'emporte-pièce, sur la corde vocale droite. A l'autopsie d'un petit malade mort de laryngite et de broncho-pneumonie dans le cours de la varicelle, Boucheron (2) a trouvé sur la partie postérieure des cordes vocales de petites vésico-pustules, qui n'avaient déterminé qu'une érosion superficielle. Roger

(1 Marfa et Hallé, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1896, p. 1. — *Bull. de la Soc. anat.*, 1897, p. 336.

(2) Boucheron, *Thèse de Paris*, 1893, p. 19.

et Bayeux (1) ont décrit un cas de mort par laryngite varicelleuse malgré la trachéotomie chez un enfant de seize mois ; le sommet de l'épiglotte présentait un point de gangrène.

Les autres complications de la varicelle peuvent être expliquées par une infection secondaire partant du derme dénudé par la rupture des vésicules contenant le streptocoque seul ou associé au staphylocoque.

L'*érysipèle* a été observé dans 15 cas sur 251, par Semtschenko (2). Löhr (3) a vu une petite fille de deux ans succomber à un phlegmon érysipélateux du cuir chevelu qui était parti d'une croûte varicellique située derrière l'oreille. Sa mère, qui la soignait, prit un érysipèle dont elle mourut également.

Des *arthrites* multiples peuvent survenir exceptionnellement deux à trois semaines après le début de la varicelle. Elles s'accompagnent de frisson, de fièvre et de vomissements. La douleur est très vive et, après s'être montrée dans plusieurs articulations, elle se localise volontiers dans une seule, dans le genou principalement. L'arthrite simple est la plus fréquente ; elle peut se terminer par résolution avec ankylose plus ou moins marquée. La forme suppurée s'accompagne d'un état typhoïde grave et se termine assez souvent par la mort. Dans une observation de Braquehaye (4), le pus contenait du streptocoque. L'arthrectomie antiseptique pratiquée de bonne heure est en pareil cas le seul traitement qui donne quelque chance de sauver le malade.

La *néphrite*, signalée pour la première fois comme complication de convalescence de la varicelle par Henoch en 1884, peut être regardée aussi comme l'indice d'une infection secondaire. Henoch a vu apparaître de l'œdème et de l'albuminurie chez quatre enfants, dans un délai variant de trois à quatorze jours après le début de l'éruption. Trois enfants guérirent ; une petite fille de deux ans syphilitique succomba à l'œdème pulmonaire. Depuis lors, de nouveaux cas de la même complication, dont quelques-uns ont présenté une issue fatale, ont été signalés par plusieurs observateurs. Semtschenko a vu survenir la néphrite déjà le troisième jour de la maladie. Nous n'avons jamais observé, pour notre part, de complications rénales chez les nombreux enfants atteints de varicelle, que nous avons traités à Genève.

La *gangrène* de la peau a été signalée dans quelques cas exceptionnels, comme ayant pris son point de départ autour des vésicules varicelleuses. Le pronostic de cette complication est des plus graves.

(1) Roger et Bayeux, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1897, p. 336.
(2) Semtschenko, *Ejenedelnik*, 1895, p. 421.
(3) Löhr, *Deutsche med. Woch.*, 18 juin 1896.
(4) Braquehaye et de Rouville, *Bull. méd.*, 1894, p. 857.
(5) Henoch, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1884, n° 2.

Quoique observée en général chez des enfants mal nourris, affaiblis par une affection antérieure ou tuberculeuse, elle a été rencontrée aussi par Hutchinson chez des sujets antérieurement parfaitement sains.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la varicelle ne présente généralement pas de difficulté ; la maladie avec laquelle elle peut être confondue le plus facilement, est la *varioloïde*, dont on la distingue par l'absence ou la brièveté des prodromes, par le début de l'éruption qui se fait très souvent par le tronc ou les membres et non par la face, par l'absence d'ombilication des vésicules et la courte durée de celles-ci ; mais il est des cas où l'éruption, très discrète et peu accusée, ne se distingue guère de celle d'une varioloïde très légère. Le diagnostic peut se fonder néanmoins sur le fait que dans la varioloïde, la vésicule ne se montre pas d'emblée, mais qu'elle est précédée d'une papule, et que, lorsqu'on la pique, au lieu de se vider immédiatement, comme dans la varicelle, elle laisse suinter une lymphe visqueuse qui s'écoule goutte à goutte.

Certaines affections cutanées peuvent aussi simuler la varicelle. Telle est l'affection décrite par Hutchinson sous le nom de *varicelle persistante* et qui débute comme la varicelle ordinaire, mais dont l'éruption se perpétue indéfiniment par la formation de nouvelles vésicules, qui prennent parfois à la longue le caractère de l'ecthyma, du lichen urticans ou du pemphigus, ou sont suivies d'ulcérations (Tordeus) ; dans ce cas, le diagnostic ne pourra être posé d'emblée, mais s'éclaircira par la marche de la maladie. La présence de vésicules sur le cuir chevelu est très caractéristique pour la varicelle et permet de distinguer celle-ci de certains cas de pemphigus, d'urticaire compliquée de vésicules (Comby) et de ces éruptions vésiculeuses qu'on observe parfois pendant la période de la première dentition, qui ont été classées par quelques auteurs dans le genre *strophulus* et que Rilliet et Barthez ont décrites sous le nom d'*herpès disséminé*. Nous avons observé chez un enfant à la mamelle une éruption caractérisée par des élevures surmontées de petites vésicules qui nous firent croire au début d'une varicelle ; cet exanthème qui s'accompagnait de prurit, se prolongea pendant toute la période de sortie des premières incisives, et sa durée même nous fit rectifier notre diagnostic.

PRONOSTIC. — La varicelle est presque toujours une affection sans gravité qui ne met pas la vie en danger, et qui n'occasionne bien souvent qu'un malaise passager ; même lorsque la fièvre du début présente une intensité inusitée ou s'accompagne de convulsions, la suite de la maladie est des plus bénignes ; aussi, toutes les fois que le diagnostic est bien établi, ce serait une précaution superflue que

d'isoler les malades. Les varicelles gangreneuses ou suivies de néphrite sont seules à redouter, mais elles sont trop exceptionnelles pour qu'on doive en tenir compte dans le pronostic, lorsqu'il s'agit d'un enfant doué d'une bonne constitution.

TRAITEMENT. — Vu la bénignité de la varicelle, la thérapeutique de cette affection se bornera aux quelques précautions hygiéniques usitées dans les fièvres légères. On cherchera à prévenir les affections secondaires et les cicatrices en désinfectant les vésicules ulcérées avec l'alcool boriqué ou l'eau de Cologne. La crainte de la néphrite fera recommander quelques précautions contre le froid pendant la convalescence.

NATURE. — La varicelle a été souvent confondue avec la variole, et plusieurs auteurs (Rilliet et Barthez, Hebra) ne l'ont considérée que comme une forme atténuée de cette affection ; de là son nom de *petite vérole volante*. Cette opinion n'a pour elle que la ressemblance des deux éruptions à leur début et le fait qu'on a observé quelquefois en même temps des épidémies de l'une et de l'autre maladie. Nous avons déjà exposé, à propos du diagnostic entre la varicelle et la varioloïde, les différences symptomatiques qui établissent à notre avis une distinction absolue entre ces deux affections, mais les motifs tirés de l'étiologie ont plus de valeur encore et mettent hors de doute la spécificité de la varicelle. Nous allons les exposer brièvement :

1° La varicelle ne préserve pas de la variole. Les faits qui l'établissent sont si nombreux qu'il est presque inutile de les citer ; mentionnons cependant l'expérience de Valentin, qui inocula avec succès la variole à un convalescent de varicelle, et les cas observés par Trousseau, Meyer, Sharkey, etc., d'enfants qui prirent la variole dans la convalescence d'une varicelle.

2° La variole ne préserve pas de la varicelle ; c'est ainsi que l'un de nous a observé le cas d'un enfant de deux mois qui fut pris d'une éruption de varicelle vingt-cinq jours après le début d'une variole.

3° La varicelle n'empêche pas la réussite de la vaccination ; tous les vaccinateurs ont pu s'en convaincre. Senator et Tordeus, en particulier, ont vacciné avec succès un grand nombre d'enfants après la varicelle. Marduel et Seymour ont même vu tous deux la vaccination réussir, lorsqu'elle avait été pratiquée à la fin d'une éruption varicellique.

4° La vaccine ne préserve pas de la varicelle. Ici les faits surabondent, et il n'est pas de médecin qui n'ait pu en constater ; ainsi Tordeus rapporte que, sur 38 enfants atteints de varicelle dans une petite épidémie observée à Bruxelles, 30 avaient été vaccinés avec succès peu de temps auparavant.

5° La varicelle est très difficilement inoculable, puisque l'inoculation de cette affection, essayée maintes fois, n'avait jamais réussi avant les tentatives de Steiner et de d'Heilly, tandis que l'inoculation de la variole a été longtemps une pratique courante ; en outre, l'inoculation de la variole n'a jamais reproduit que la variole et celle de la varicelle que la varicelle.

6° Les épidémies de varicelle sont beaucoup plus fréquentes que celles de variole, et celles-ci ne coïncident pas toujours avec elles. Au milieu de beaucoup d'autres preuves, les faits réunis par Gintrac et les recherches de Baader sur les épidémies de variole et de varicelle à Bâle suffisent pour l'établir.

7° On ne peut citer aucun fait probant dans lequel la variole se serait transmise par contagion sous forme de varicelle et *vice versa* ; les quelques cas qu'on pourrait alléguer appartenaient très probablement à la varioloïde.

CHAPITRE VII

FIÈVRE TYPHOÏDE

Longtemps confondue avec d'autres maladies aiguës, sous le nom de *fièvre rémittente infantile*, la fièvre typhoïde des enfants n'est bien connue et décrite que depuis la thèse inaugurale de Rilliet (1840). Elle diffère peu par ses symptômes de ce qu'elle est chez l'adulte dans les formes graves ; au contraire, elle a été souvent méconnue dans ses formes légères.

ÉTIOLOGIE. — La fièvre typhoïde est due, comme l'ont prouvé les recherches bactériologiques de ces dernières années, à l'infection de l'économie par un bacille spécifique décrit pour la première fois par Eberth. Cette infection se fait presque toujours par le tube digestif, où le bacille pénètre avec les boissons ou avec l'air infecté qui est avalé. Des plaques de Peyer, où il se multiplie, il se répand dans les tissus et forme de nouvelles colonies, soit dans les ganglions mésentériques, soit dans la rate, quelquefois aussi dans le foie. Il a été retrouvé dans le sang et dans les taches rosées lenticulaires ; il existe en grande quantité dans les selles, qui sont un agent de propagation très important de la maladie. Les bacilles ne passent en général dans l'urine que lorsque cette dernière contient une certaine quantité d'albumine. Petruschky (1) a constaté chez quelques convalescents de fièvre typhoïde des décharges bacillaires énormes dans l'urine qui rendaient celle-ci éminemment infectieuse. C'est pro-

(1) Petruschky, *Centralbl. f. Bakter.*, 1898, p. 577.