

sphincters, ce qui est rare dans la variole, et les troubles de sensibilité des membres inférieurs n'existent pas aussi nets dans cette dernière.

La *fièvre typhoïde*, à cause de son début violent chez l'enfant, peut simuler la variole, mais la marche de la température est différente; elle monte plus lentement. L'aspect de la langue, le ballonnement du ventre lui appartiennent en propre.

Les *rash* sont l'origine de plus d'une erreur et de nombreuses admissions illégitimes dans les services de *scarlatineux* et de *morbilleux*. On les évitera, en étudiant avec soin la topographie de l'éruption qui est toujours plus limitée que dans la vraie fièvre éruptive et qui respecte la face. Le rash se développe beaucoup plus vite; quand il est morbilleux, il n'a pas été précédé des longs prodromes de la rougeole; on notera surtout le défaut de rapport entre le type de l'éruption et les symptômes fournis par les muqueuses (absence d'érythème, d'angine et de desquamation linguale, absence de catarrhe oculo-nasal).

2° **A la période d'éruption.** (a) *Phase maculo-papuleuse*. — Au début de cette période, il est souvent très difficile de distinguer l'*exanthème morbilleux* (surtout quand il prend la forme papuleuse), des maculo-papules de variole à la face; c'est la même bouffissure, la même rougeur; la fièvre, si c'est une variole, n'est pas encore tombée, et s'il s'agit d'un enfant, les signes fonctionnels sont assez semblables pour qu'on soit obligé d'attendre quelques heures avant de formuler un diagnostic précis.

(b) *Phase vésiculo-pustuleuse*. — Nombre d'affections éruptives et de dermatoses peuvent simuler la variole constituée, dans sa phase vésiculeuse ou pustuleuse. Parmi celles-ci, il faut surtout signaler la *syphilide varioliforme*; elle s'en distingue par la lenteur de son évolution, par ses poussées successives; la fièvre qui est quelquefois très intense (39° et 40°) ne tombe pas au moment de l'éruption, bien que celle-ci soit presque toujours discrète; cette anomalie doit faire repousser la variole.

Il est plus rare que l'*ecthyma*, l'*herpès généralisé*, l'*érythème papuleux* prêtent à confusion.

La *vaccinè généralisée* qui survient dans les premiers jours de la vaccination est peu fébrile et atteint peu l'état général; elle est toujours discrète.

Les *éruptions médicamenteuses*, particulièrement les iodides, ne provoquent qu'une fièvre modérée, leur topographie n'est pas celle de la variole. L'*acné varioliforme* est apyrétique et n'apparaît que progressivement, lentement. Quelques auteurs ont signalé des erreurs de diagnostic causées par l'*urticaire*.

La *varicelle* typique est facile à distinguer de la variole par la forme oblongue de ses bulles, par l'absence de phénomènes généraux graves, par ses poussées successives et peu fébriles, par la dissémination irrégulière des éléments, par l'absence de suppuration. Mais nombreux sont les cas dont le diagnostic est presque impossible, où, l'éruption terminée, on reste encore indécis sur sa nature (voir art. VARICELLE).

**Traitement.** — On a cru pendant longtemps que l'évolution de la variole ne pouvait être modifiée ou abrégée par aucune médication (Jaccoud); l'application de l'antisepsie et de la balnéation est venue dans ces dernières années atténuer la rigueur de cette affirmation, et actuellement nous possédons des méthodes qui permettent, quand on les applique assez près du début, de

modérer la suppuration, de l'arrêter même pour un certain nombre de pustules, et par suite, de diminuer l'infection et les dangers qui en résultent.

**Hygiène.** — La plus large ventilation est nécessaire au varioleux, et, si le refroidissement est à éviter au moment où commence l'éruption, l'arrivée d'un air frais dans sa chambre est au contraire très utile quand celle-ci est constituée. Sydenham conseillait de faire lever, pendant plusieurs heures par jour, les malades à la période d'éruption et de les exposer à l'air pendant la saison chaude.

Dès le début du traitement, aussitôt que le diagnostic est assuré, il faut exiger un nettoyage complet du corps, et mieux un ou deux bains tièdes et savonneux auxquels il est bon de joindre 15 à 20 grammes de sublimé en solution acide, et cela quelle que soit la gravité de l'éruption; car cette pratique, en stérilisant la peau dans la mesure du possible, aidera à la désinfection ultérieure et facilitera l'éruption par le ramollissement de l'épiderme.

Le linge sera fréquemment renouvelé et le malade modérément couvert, de façon à ne pas provoquer de transpiration inutile.

L'alimentation sera exclusivement liquide; le bouillon, le lait suffisent jusqu'à l'apyrexie définitive; on recommande les boissons abondantes tièdes à la période d'éruption jusqu'à ce qu'elle soit complète. Toutefois il ne faut pas craindre de donner les boissons froides si le malade en éprouve quelque soulagement.

On doit éviter avec le plus grand soin la constipation, et provoquer une évacuation régulière par les lavements, auxquels il est bon de joindre l'antisepsie intestinale.

**Traitement proprement dit.** — Jusqu'à présent, tous les essais ont été vains pour combattre la variole hémorragique d'emblée; nous n'en dresserons pas la liste. Dans la variole discrète, le traitement hygiénique pourrait à la rigueur suffire. Dans les varioles abondantes, il faut agir vite, car de là dépend le succès.

On s'efforcera de diminuer la suppuration, qui constitue le véritable danger de la variole. Sans nous arrêter à tous les moyens proposés dans ce but, comme l'acide phénique à l'intérieur à la dose de 5 centigrammes à 1 gramme (Chaufard, Audhoui, Martineau), le perchlorure de fer à la dose de 12 à 40 gouttes, nous exposerons deux méthodes dont l'emploi prolongé entre les mains de plusieurs médecins autorisés a démontré l'efficacité.

1° **TRAITEMENT GÉNÉRAL.** — L'une est la méthode *éthérée-opiacée* de Ducastel (1881-1886). On injecte deux ou trois fois par jour l'éther, à la partie supérieure de la cuisse ou dans la fesse, en plein tissu sous-cutané, chaque fois à la dose d'une seringue de Pravaz. On donne en même temps 15 à 20 centigrammes d'opium dans une potion alcoolisée. Ducastel recommande en outre de donner en plusieurs fois dans la journée 20 gouttes de perchlorure de fer. L'opium agit surtout en calmant l'excitation nerveuse, l'agitation si pénible des malades; l'action de l'éther est plus difficile à interpréter. Quoi qu'il en soit, quand cette méthode est appliquée assez tôt, elle arrête le développement de l'éruption et modère la suppuration. Quand celle-ci est établie, elle la diminue et atténue ses accidents les plus pénibles (Balzer et Dubreuilh) : c'est ainsi qu'on voit nombre

de papules s'arrêter avant le stade de vésiculation, et des vésicules se dessécher sans suppuration; la dysphagie et la salivation sont aussi très atténuées. Toutefois, dans les formes franchement confluentes, le traitement n'agit qu'en calmant l'agitation et le délire; mais il reste le traitement de choix dans les formes cohérentes (Dreyfus-Brisac, Rathery, Tenneson, Balzer, Pécholier).

2° ANTISEPSIE DES TÉGUMENTS. — La méthode que M. Talamon a fait connaître s'applique particulièrement aux pustules de la face, mais elle agit indirectement sur la marche générale de la maladie. Elle consiste à pulvériser sur la face, particulièrement sur les points où l'éruption est le plus abondante, une solution étherée de sublimé corrosif en solution acide à 1/500 (sublimé et acide tartrique à 1 gramme, alcool à 90 degrés 5 c. c.; éther sulfurique q. s. pour 50 centilitres). On pulvérise 3 ou 4 fois par 24 heures, pendant les 2 ou 3 premiers jours (deux pulvérisations suffisent, en général, à partir du 4<sup>e</sup> jour) et chaque fois un temps suffisant pour recouvrir la surface des vésicules d'une légère couche blanchâtre de sublimé; cette opération doit être très courte (1 minute au maximum), car elle provoque souvent une vésication douloureuse avec larges phlyctènes; il faut avoir soin pendant la pulvérisation de recouvrir les paupières d'un tampon d'ouate imbibé d'acide borique. Il est bon aussi de faire sur tout le visage des onctions avec un glycérolé au sublimé à 1/15. Ce traitement agit très favorablement sur les formes moyennes en diminuant la suppuration, en provoquant l'avortement papuleux, en diminuant le nombre et surtout la profondeur et l'étendue des cicatrices.

3° BALNÉOTHÉRAPIE. — L'usage des bains dans la variole ne saurait trop être recommandé, leur efficacité s'impose; ils sont utiles pour le nettoyage de la peau; tièdes, ils diminuent les douleurs; froids, ils combattent efficacement les accidents nerveux; antiseptiques, ils modèrent la suppuration.

Cependant, parmi les indications qui se présenteront, une seule est constante, c'est l'action antiseptique qu'on réalise en ajoutant 50 grammes de sublimé à l'eau du bain ou du savon noir de potasse. A la période d'invasion, ou bien quand l'éruption se fait mal et au milieu d'accidents nerveux graves (dyspnée, somnolence, coma) et quand la température atteint 40°, il faut employer résolument le bain froid (Jaccoud, Max Schüller, Curschmann) de 18 à 20° pour l'adulte, de 21 à 25° pour les enfants; en cas d'accidents immédiatement menaçants, il faut y substituer les affusions froides par la méthode de Currie, ou les douches (Bohn, Hebra). Le bain froid à 20°, loin de troubler l'éruption, la favorise en produisant l'excitation des téguments et la dilatation des vaisseaux cutanés; il est toujours assez pénible, mais ne provoque jamais d'accidents; il facilite la diurèse. On doit le renouveler chaque fois que la température atteint 40 ou même dépasse 39°, au plus toutes les 3 heures; sa durée ne doit pas dépasser 15 à 20 minutes; on enveloppe ensuite le malade dans un drap et on lui administre de l'alcool après l'avoir séché rapidement (Vinay).

Pendant la suppuration et la dessiccation, le bain tiède prolongé de 5/4 d'heure à 1 heure modérera le gonflement et calmera les douleurs. Si l'on ne peut appliquer les bains, on leur substituera les lavages généraux avec la solution de sublimé au millième, qu'on répétera 2, 3 et 4 fois par jour suivant la gravité du cas (Bianchi).

4° TOPIQUES. — Quelle que soit la méthode employée, il est bon d'y joindre des

onctions antiseptiques sur la face et sur les parties confluentes de l'éruption (sublimé à 1/15 Talamon, salol à 1/10, acide salicylique à 1/20, ichthyol) ou l'application de poudres comme le salol, l'acide salicylique. Mais il faut savoir que l'application de vaseline sur les pustules est nuisible en favorisant le développement des suppurations profondes de la peau (Combemale et Marivint).

L'antisepsie soigneuse et continue de la peau réduira toujours la suppuration, modérera le gonflement et la fièvre, calmera les douleurs et accélérera la dessiccation. Avec une antisepsie suffisante on évitera au malade toutes les tortures que l'on était habitué à considérer comme inévitables; on ne doit plus, à l'heure actuelle, voir l'horrible spectacle de la suppuration d'autrefois; le varioleux ne doit répandre aucune odeur; les cicatrices doivent être rares. En unissant la médication étherée-opiacée aux pulvérisations de sublimé et à l'usage régulier des bains, on possédera un traitement efficace et qui diminuera à coup sûr la mortalité.

Les *muqueuses* réclament une antisepsie aussi rigoureuse; les lavages de la gorge à l'acide borique en solution très chaude pratiquée avec l'irrigateur calmeront les douleurs et diminueront le gonflement; il faut laver à tout prix les conjonctives au moins une fois par jour, et ne pas hésiter à employer les écarteurs pour vaincre la tuméfaction des paupières (Panas).

5° PHOTOTHÉRAPIE. — Finsen a conseillé d'exposer les malades à la lumière rouge; on accélère ainsi la marche de l'éruption et on empêche ou atténue la suppuration. Cette méthode agit en supprimant les rayons chimiques (violets) du spectre. Elle ne vaut que si elle est appliquée de bonne heure et de façon absolument continue, même la nuit, jusqu'à dessiccation.

6° SÉROTHÉRAPIE. — Tentée par Auché puis Landmann en 1895, Mac Eliot en 1894, mais avec de petites doses de sérum humain de varioleux, elle a été appliquée par Bécère avec du sérum de génisse vaccinée; on recueillait ce sérum après dessiccation des pustules de vaccine; et on injectait aux malades une quantité de sérum équivalente à la cinquantième partie de leur poids, et même une fois la vingtième, chez un enfant.

Les résultats de cette pratique ont été des plus encourageants.

Chacune des complications demande une intervention spéciale. Toutefois les méthodes précédentes font face à la plupart des indications. L'opium et les bains modéreront les accidents nerveux, le délire alcoolique réclame l'usage de l'alcool à hautes doses. Contre la myocardite, la caféine est utile; nous sommes malheureusement peu armés contre les complications pulmonaires. L'antisepsie cutanée telle que nous l'avons exposée diminue beaucoup la fréquence des abcès cutanés, phlegmons et ecthyma; si les abcès se produisent, malgré ce traitement, ils sont généralement limités, et sans gravité.

Quand la convalescence est établie, on devra modérer le bourgeonnement des cicatrices, en raclant les bourgeons à la cuiller tranchante ou en cautérisant avec le nitrate d'argent.

**Prophylaxie.** — Par la diffusibilité du contagion, la variole se rapproche de la rougeole; par la durée de la contagiosité, elle se rapproche de la scarlatine. L'isolement du malade pendant la maladie et la convalescence, la stérilisation

par l'ébouillement de tous ses vêtements et linges, la désinfection du personnel chargé de le soigner, seront pratiqués dans toute leur rigueur. Un varioleux est contagieux aussi longtemps qu'il porte une croûte sur son corps : c'est donc faire de bonne prophylaxie que d'aider à la desquamation et de désinfecter les croûtes par les bains antiseptiques tièdes. En général, au bout de 40 jours, la contagion n'est plus à redouter.

Nous n'entrerons pas dans les détails de l'isolement en ville et à l'hôpital ; le règlement du conseil d'hygiène de la Seine (janvier 1891) indique les mesures à prendre.

La vaccination reste le meilleur préservatif, et la revaccination de toute la population au début d'une épidémie est le seul moyen efficace de s'opposer à son extension.

## CHAPITRE V

### VARICELLE

**Historique.** — C'est Heberden (1767) qui le premier sépara la varicelle de la variole, au point de vue symptomatique; Desoteux et Valentin (1799) maintinrent cette séparation. Malgré cela il resta encore longtemps une certaine hésitation sur l'autonomie de la varicelle que Trousseau plaida avec succès. A notre époque l'école de Vienne avec Hebra, Kaposi, Hochsinger, la combat encore et admet l'étroite parenté de la variole et de la varicelle.

**Étiologie.** — **Causes prédisposantes.** — La varicelle est une maladie du jeune âge ; elle est très rare avant 6 mois, plus rare même que les autres fièvres éruptives ; son maximum de fréquence est à 5 ans, elle devient rare après 10 ans et surtout chez l'adulte ; c'est une maladie aussi fréquente que la rougeole, mais qu'on signale moins souvent parce qu'elle est peu bruyante et qu'elle peut passer inaperçue.

Une première atteinte confère régulièrement l'immunité ; la récurrence a été observée par Hufeland, Trousseau, Canstatt, Gerhardt.

**Causes occasionnelles.** — La varicelle est contagieuse, moins cependant que la variole et la rougeole ; les cas intérieurs de varicelle dans les hôpitaux ne se voient que dans certaines épidémies intenses, ils ne sont pas journaliers comme les cas de rougeole, et le plus souvent les varicelles entrées à l'hôpital restent stériles.

La diffusibilité du contagion est minime ; elle ne dépasse généralement pas les limites d'une famille, d'une maison, d'un pensionnat. Nous n'avons pas de données précises sur la durée du pouvoir contagieux. Il cesserait avec le dessèchement des croûtes (Diakonenko).

L'inoculation sous-cutanée est possible, mais elle est difficile si on en juge par le nombre des expérimentateurs qui l'ont vainement tentée (Valentin, Trousseau, Delpech, Thomas, Hensch, Dumontpallier, etc.). Quelques expériences positives prêtent à la critique, soit qu'on ait confondu la varicelle avec la varioloïde,

soit qu'elles aient eu lieu dans les salles d'hôpital (d'Heilly et Thoinot). Steiner, cependant, a pu sur 10 tentatives obtenir 8 succès ; 2 furent obtenus sur 2 enfants éloignés l'un de l'autre et loin du lieu où fut recueilli le liquide des vésicules.

**Incubation.** — La varicelle inoculée incube 10 jours (Steiner). Par contagion, l'incubation dure 14 ou 15 jours (Talamon, Gerhardt).

**Nature.** — La varicelle est-elle une maladie autonome qui naît toujours d'une varicelle et engendre toujours une varicelle, ou n'est-elle qu'une atténuation de la variole ? L'insuffisance de nos notions sur la microbiologie de la varicelle oblige à chercher dans les faits cliniques des arguments pour la nature spécifique de la varicelle (théorie dualiste) ou pour son origine variolique (théorie uniciste). La théorie uniciste, qui avait été celle des médecins du siècle dernier mais qui a perdu actuellement beaucoup de terrain, soutient que la varicelle est une variole atténuée, d'une virulence inférieure à celle de la varioloïde. On comprend la gravité de cette affirmation ; si elle était prouvée, elle entraînerait des mesures hygiéniques et prophylactiques qu'on n'applique ordinairement qu'à la variole.

Les arguments des unicistes, repris dernièrement par M. Galzin, sont les suivants : dans de nombreuses épidémies, la varicelle accompagne la variole ; on peut trouver tous les intermédiaires entre ces deux formes extrêmes d'une même infection. La varicelle ne serait donc qu'une variole atténuée par la vaccination, par une infection antérieure ou par une résistance spéciale au sujet. Comme conséquence de cette commune origine, le varicelleux peut contagionner un autre individu sous la forme variolique franche (obs. de Labbé, Haddon, Farquhason, Hochsinger).

Les observations qui servent de base à cette affirmation ne sont pas inattaquables, soit que le sujet variolisé ait pu être contagionné par une autre voie (obs. de Farquhason), soit que le premier diagnostic ait été erroné, et qu'on ait confondu une varioloïde avec une varicelle. Enfin on a dit que la varicelle inoculée directement pouvait donner la variole, mais il s'agit là de faits anciens (Thompson) et qui depuis de longues années n'ont pas été confirmés.

La théorie dualiste qui est maintenant traditionnelle en France, si l'on excepte quelques discordances, repose sur un faisceau de faits :

1° La VARICELLE PEUT CONSTITUER DES ÉPIDÉMIES ABSOLUMENT ISOLÉES, et elle ne prend pas de caractère plus virulent, quand elle atteint un sujet non vacciné. Baader a vu à Bâle, de 1875 à 1878, 584 cas de varicelle et seulement 21 cas de variole ; à Copenhague, on a vu la varicelle revenir tous les ans pendant une longue période où la variole fit complètement défaut. Les coïncidences avec la variole n'ont pas plus d'importance que les épidémies simultanées de rougeole et de scarlatine.

2° La VARIOLE NE PROTÈGE PAS CONTRE LA VARICELLE. Delpech a vu les deux exanthèmes coïncider ; D'Espine, d'Heilly ont observé la varicelle au 25<sup>e</sup>, au 25<sup>e</sup> jour d'une variole ; Senator rapporte qu'un enfant qui avait contracté la variole à l'âge de 6 mois et qui était réfractaire à la vaccination tentée successivement à l'âge de 2, 5, 4 ans, put cependant contracter la varicelle à 6 ans. Ces faits seraient impossibles si les deux maladies étaient de même nature.