

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.



D'autre part, si la varicelle était une variole atténuée, on ne comprendrait pas qu'elle conservât ses caractères de bénignité absolue chez les sujets non vaccinés.

5° La VARICELLE NE PRÉSERVE PAS DE LA VARIOLE. Les cas sont nombreux, d'enfants admis par erreur dans un service de varioleux alors qu'ils n'avaient que la varicelle et contractant dans ce milieu une variole parfois mortelle (Martineau, Steiner, Comby).

4° La VACCINE, PAS PLUS QUE LA VARIOLE, N'EMPÊCHE L'INFECTION PAR VARICELLE.

5° Réciproquement, la VARICELLE N'EMPÊCHE PAS L'INOCULATION VACCINALE. On vaccine facilement des enfants peu de temps après la varicelle; Kassowitz aurait observé un retard dans l'évolution des pustules vaccinales chez les varicelleux; personne n'a confirmé ce fait.

Telles sont les raisons qui paraissent suffisantes pour séparer étiologiquement et pathogéniquement la varicelle de la variole; on ne saurait accorder grande valeur à deux arguments qu'on ajoute généralement: la difficulté de l'inoculation varicelleuse comparée à l'inoculation vaccinale ou variolique, et l'aptitude toute spéciale de l'enfance à l'infection varicelleuse; car en admettant la théorie uniciste, l'atténuation du virus d'une part, l'immunité relative conférée par la vaccination encore récente de l'enfant d'autre part, suffiraient à expliquer ces faits. M. Talamon a soutenu avec son talent ordinaire l'idée que la varicelle est une vaccine, une « vaccinoïde » et il invoque, à l'appui, des faits comme ceux-ci: un enfant vivant au milieu de plusieurs personnes récemment vaccinées présente une éruption de varicelle; un enfant revacciné, avec 5 autres personnes de la même famille, présente au bout de 8 jours, sans que le vaccin prenne, une éruption de varicelle. Il conclut de ces faits que la varicelle est à la vaccine, ce que la varioloïde est à la variole.

Toutefois ses arguments n'entraînent pas la conviction et on peut conclure, comme lui d'ailleurs, que nous avons besoin de faits nouveaux et surtout de données bactériologiques précises.

**Microbiologie.** — Les recherches de Guttman, Wolf, ont porté sur le contenu des vésicules, soit à l'état clair, soit déjà opalescent, celles de Bareggi, Rille, sur les vésicules et sur le sang. Guttman a isolé, outre le staphylocoque jaune, un coccus qui ne liquéfie pas la gélatine et qui forme des cultures jaune verdâtre, *viridis flavescens*, et un staphylocoque blanc; mais aucun d'eux n'est pathogène. Bareggi a vu un microcoque ovoïde, qui existerait dans les leucocytes du sang au 5<sup>e</sup> jour de la maladie; il aurait reproduit la varicelle chez des enfants en leur inoculant les cultures pures de ce microbe. D'après Rille, les micro-organismes sont moins nombreux dans les vésicules suppurées que dans les autres, fait déjà remarqué par Weigert dans le liquide des pustules varioliques, et qu'expliquerait la phagocytose par les leucocytes; il a pu voir dans le sang pendant l'acmé de l'exanthème, de nombreux micro-organismes, soit dans les globules, soit entre eux.

Enfin Pfeiffer a décrit dans les vésicules de la varicelle, comme dans la lymphé vaccinale et chez les varioleux, un parasite qu'il assimile aux amibes.

**Symptômes.** — 1° Période d'invasion. — La varicelle a deux modes de

début: tantôt l'éruption se manifeste d'emblée avec des symptômes plus ou moins bénins; tantôt, elle est précédée de *symptômes d'invasion*. Ces phénomènes initiaux sont souvent d'une *bénignité* telle qu'ils passent inaperçus des parents. Quelquefois, le matin au réveil, l'enfant est triste, pleure et veut rester au lit; plus souvent, c'est l'après-midi qu'il éprouve les premiers malaises; il a de petits frissons, il se sent faible, et demande à se coucher; on constate déjà de la fièvre, 38° à 38,5°, quelquefois plus, l'enfant refuse de manger, ou s'il mange, il ne tarde pas à vomir.

Plus rarement, le début est d'une *grande violence*. Chez l'enfant, Hunter, Dumas, Kassowitz ont vu des vomissements violents, du délire, des convulsions, de l'hyperthermie: 40°; cela durait 2 jours (Kassowitz), 5 jours (Dumas), puis tout cédait avec l'éruption. Nous avons vu une véritable dyspnée qui fit craindre aux parents la suffocation et qui cessa après un vomitif.

Chez l'adulte, on a observé une céphalée très vive, des douleurs musculaires, une courbature violente, de la rachialgie, de la gêne respiratoire, tout le tableau d'invasion d'une maladie grave.

Cette période ne dure pas plus de 24 heures (Trousseau, Cadet de Gassicourt). Il n'y a d'ailleurs aucun rapport entre l'intensité des prodromes et la gravité de la maladie.

2° Période d'éruption. — L'éruption peut débuter par tous les points du corps, tronc, face, membres, cuir chevelu: il n'y aurait ainsi pas de lieu d'élection (Trousseau); cependant on s'accorde à reconnaître que les éléments sont, dès le début, plus nombreux au tronc qu'à la face, et c'est là un des signes qui séparent la varicelle de la varioloïde, qui débute plutôt par la face.

Qu'elle soit précédée ou non de malaises, l'éruption se présente sous les aspects successifs suivants: *macule*, *bulle transparente*, *bulle trouble*, *croûte*, *macule de terminaison*, ou *cicatrice*.

On ne voit pas souvent la *macule*, parce que sa durée est éphémère; c'est une tache rouge, assez bien limitée, disparaissant à la pression et à peine saillante: aussi préférons-nous cette désignation à celle de papule qu'adoptent quelques auteurs; la papulation n'existe que si la vésicule avorte.

Très rapidement, la macule se transforme en bulle.

La *bulle* ou *vésicule* est soit franchement circulaire (*vésicule*), soit plus souvent oblongue comme une ampoule, quelquefois étranglée à sa partie moyenne. Ses dimensions varient beaucoup; quelquefois grosse comme un grain de mil, elle est ordinairement plus volumineuse, et atteint ses plus grandes dimensions au tronc et sur le thorax; elle a alors de 3 à 4 millimètres de long sur 2 à 3 de

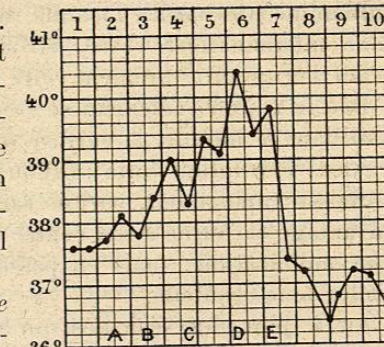


FIG. 51. — Varicelle avec 5 poussées successives. Élévation de température pour chacune d'elles (d'après Rille). A B C D E, éruptions.

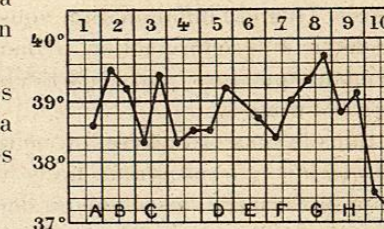


FIG. 52. — Varicelle avec 8 poussées successives (d'après Rille). A B C D E F G H, éruptions.



large. Elle est comme enchâssée dans la peau; ses limites sont généralement bien tranchées, quelquefois un peu sinueuses, finement déchiquetées. Son contenu est clair comme de l'eau, alcalin, et renferme quelques leucocytes et de l'albumine (Gerhardt). La bulle repose sur une base rouge, et est entourée d'une zone inflammatoire rosée, étroite et non saillante, quand la peau était saine avant l'éruption; rarement cette zone manque.

Dès le 2<sup>e</sup> jour, l'élément se trouble et devient opalin; les leucocytes augmentent dans le liquide, la surface se plisse un peu et tend à s'affaisser.

Alors l'évolution varie : (a) ou bien la vésicule se dessèche simplement et elle s'affaisse rapidement, parfois sans s'être troublée; (b) ou bien elle se trouble davantage et forme à son centre une petite croûte noirâtre qui simule à l'œil une ombilication; mais en passant le doigt à son sommet, on reconnaît la saillie de la croûte.

Au 4<sup>e</sup> jour, les vésicules qui se sont desséchées sans opacification sont à peine visibles; les autres semblent au contraire s'élargir, car la zone inflammatoire s'est étendue. La croûte brun noirâtre que forme le dessèchement du liquide et de l'épiderme adhère directement au derme, sans interposition de liquide.

Les croûtes ne se détacheront que plus tard, au 7<sup>e</sup> ou 8<sup>e</sup> jour. Mais au 5<sup>e</sup> jour, on peut considérer l'évolution de l'élément comme terminée, et Trousseau exagérerait cette rapidité en disant que « 5 fois 24 heures suffisent à l'évolution de la bulle de varicelle ». Le peu de profondeur des lésions explique cette courte durée. Quand l'inflammation sous-vésiculaire a été vive (frottements, grattage, cachexie antérieure, action irritante de l'urine chez les jeunes enfants), il reste pendant quelques jours, particulièrement dans la région lombo-fessière, des papules rouges.

Dans les cas ordinaires, on ne trouve après la chute des croûtes qu'une tache ou macule de terminaison. La cicatrice est plus rare, et cependant presque toujours la varicelle laisse une ou deux cicatrices, qu'il faut attribuer au grattage; elles sont assez profondes, taillées à pic, lisses, sans poils, un peu sinueuses ou arrondies et plus blanches que le reste de la peau, d'ailleurs indélébiles.

Telle est l'évolution des éléments de la varicelle. L'éruption occupe tous les points du corps, y compris la paume des mains et la plante des pieds, chez les nourrissons. La première poussée est toujours très discrète (50 à 100 éléments) et la varicelle confluente est extrêmement rare. Les éléments sont plus abondants sur les régions irritées par le frottement et sur le côté où l'enfant se couche (Henoch).

L'éruption provoque une légère démangeaison quand les vésicules deviennent opaques et surtout à la période de cicatrisation.

VARIÉTÉS DE L'ÉRUPTION. RASH. — *Avortement des bulles*, qui prennent et gardent le type papuleux; cette anomalie ne porte que sur une partie de l'éruption. — *Arrêt de développement des bulles*, qui restent à l'état de vésicules miliaires. — *Dessèchement rapide*: la vésicule laisse une mince pellicule, et il ne se forme pas de croûtes. — *Dimensions exagérées des bulles* qui prennent l'aspect pemphigoïde; c'est une forme grave qui laisse pendant des semaines des ulcérations difficiles à cicatrifier, et qui peut par elle-même entraîner la mort.

La variété purpurique dans laquelle les zones périvésiculaires prennent une teinte ecchymotique s'explique soit par une cachexie antérieure, soit par une

maladie troublant l'hématose, comme la coqueluche. Cette désignation de purpurique ne s'applique d'ailleurs qu'à l'éruption, la maladie conservant sa bénignité.

Le rash (voir Généralités) est un accident plus fréquent qu'on ne le croyait, il y a quelques années; il y en a actuellement (1898) une trentaine de cas publiés (Audéoud). Le type le plus fréquent est le rash scarlatiniforme; les types morbilliforme purpurique et polymorphe sont beaucoup plus rares.

L'époque d'apparition en est variable; dans la moitié des cas environ (17 fois), c'est dans la période prééruptive: d'une demi-journée à trois jours avant l'éruption varicelleuse; rarement (5 fois) le rash débute en même temps que l'éruption; enfin (11 fois,) il apparaît après la première poussée de vésicules; mais il peut précéder ou accompagner une poussée secondaire (Gillet, Demme, Audéoud).

Le rash scarlatiniforme peut occuper n'importe quelle partie de la surface cutanée, principalement le thorax et l'abdomen, ou le tronc et la racine des membres. La rougeur est diffuse, mais contient aussi de petites taches ecchymotiques, punctiformes, qui ne disparaissent pas à la pression; elle ne provoque aucune sensation pénible; en général, elle ne donne pas la raie scarlatineuse. L'angine fait défaut ou est à peine marquée. Le rash s'accompagne presque toujours d'une élévation de température: 39°,8 (Demme, Comby), 40°,5 (Lannoise), 41°,6 (Thomas). Chauffard, Gillet ne l'ont pas observée.

La durée varie de quelques heures à 5 jours.

Le rash, quel que soit son aspect, n'a pas de valeur pronostique; jusqu'à présent, tous les malades ont guéri.

**Énanthème.** — Comme toute fièvre, la varicelle atteint à quelque degré les muqueuses; mais l'énanthème est si bénin qu'il passe le plus souvent inaperçu; les vésicules qui le caractérisent se développent tantôt dans la bouche et le pharynx, plus souvent sur la vulve, le prépuce, rarement sur la conjonctive et la cornée. Rapidement ouvertes, elles se présentent sous la forme d'érosions rouges, granuleuses, entourées d'un léger gonflement et d'une zone violacée; toute la muqueuse atteinte participe à l'inflammation et au gonflement. Chacune de ces localisations donne lieu à des symptômes spéciaux.

La stomatite est simple ou ulcéreuse. Dans le premier cas, les vésicules occupent les bords et la pointe de la langue, la muqueuse des joues; elles provoquent à peine un léger malaise pendant la mastication; dans la forme ulcéreuse (Comby) les érosions sont très nombreuses, et sous l'influence simultanée d'un mauvais état général et de la malpropreté de la bouche, elles s'infectent et s'ulcèrent; la muqueuse tuméfiée est très douloureuse, la mastication et la déglutition sont gênées, et les lèvres gonflées laissent écouler la salive.

L'angine est toujours très limitée et bénigne. Les localisations laryngo-trachéales expliquent la douleur rétrosternale et la gêne respiratoire que j'ai observées chez beaucoup de malades au début de l'éruption. Mais la laryngite varicelleuse revêt quelquefois chez les jeunes enfants toute l'allure du croup; voix altérée, toux rauque, suffocation exigeant le tubage ou la trachéotomie (Marfan et Hallé, Roger et Bayeux). A l'autopsie on trouve des ulcérations sur les cordes vocales, sur l'épiglotte, avec gonflement de la muqueuse.

La vulvite ne donne lieu qu'à quelques douleurs de la miction. La conjonctivite n'aurait aucune gravité si elle ne s'accompagnait parfois de kératite, et, par la suite, d'opacification partielle de la cornée.