

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^e 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^e 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^e ou 8^e jour. Mais au 5^e 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.

Marche. — Poussées éruptives. — L'éruption de la varicelle procède par poussées; on peut en observer jusqu'à quatre ou cinq, séparées par des intervalles de 24 à 48 heures; c'est généralement la nuit ou le soir qu'elles se font; elles sont presque toujours accompagnées de fièvre (Rille) et d'un léger malaise. Toutes ces poussées sont disséminées et viennent semer des vésicules nouvelles entre les éléments anciens; il en résulte que, après la dernière poussée, on voit réunis des éléments d'âge différent, ce qui est caractéristique.

La dernière poussée a lieu au plus tard 8 jours après la première; cependant Thomas en aurait vu après 1 mois, Trousseau au bout de 2 mois (?). Mais la durée ordinaire de la maladie est de 8 à 10 jours; aussitôt après la dernière poussée, l'état général redevient parfait et la guérison est la règle.

L'enfant a pu parcourir tous les stades de sa maladie sans se coucher, le plus souvent au moins sans perdre l'appétit. Quand il a été fortement atteint, la maladie ne laisse cependant aucune trace appréciable, aucun amaigrissement, pas de perte des forces, et l'enfant revient brusquement à la santé. Nous verrons cependant qu'il y a des cas graves.

La varicelle chez l'adulte affecte quelquefois une grande violence. Dans deux cas que j'ai observés, la fièvre fut très intense (39°), le malaise profond; la courbature était généralisée, il existait une rachialgie assez douloureuse; l'agitation était vive, la respiration gênée; on aurait pu penser au début d'une variole. Lenhartz a vu les mêmes phénomènes.

Fièvre. — Avant l'éruption, la température varie comme l'intensité des prodromes. Dans la varicelle inoculée, Steiner a vu manquer la fièvre prodromale 4 fois sur 8. Elle manque souvent aussi dans la varicelle ordinaire; quand elle existe, elle dure ce que durent les prodromes de 1 à 2 jours. En général, l'ascension précède de peu l'apparition des premières vésicules.

Pendant l'éruption, la fièvre peut faire complètement défaut, si l'éruption est discrète et l'érythème nul. Quand elle existe, elle varie comme l'éruption. Elle apparaît avec elle et atteint son maximum dans la nuit; après une rémission matinale, complète dans quelques cas, légère le plus souvent, elle monte encore dans les premiers jours à chaque poussée nouvelle (Rille), et cesse seulement quand l'éruption s'est complétée; alors la défervescence se fait brusquement.

Elle se maintient ordinairement entre 38 et 39°. Quelquefois, surtout chez l'enfant, on voit la température se relever après les poussées, sans cause appréciable. Le pouls suit la marche de la température, mais n'est jamais rapide, de 90 à 110 chez les enfants du second âge, de 120 à 140 chez les enfants au-dessous de 2 ans.

Complications. — Varicelles graves. — Le varicelle n'est pas toujours aussi bénigne qu'on l'a cru longtemps en France. Ses complications, pour être rares, n'en sont pas moins très graves. Certaines semblent avoir leur explication dans un état antérieur de mauvaise nutrition ou de cachexie.

Telles sont la varicelle *ulcéreuse* et la varicelle *gangreneuse*. La première n'est guère qu'une forme éruptive dont la cicatrisation se fait mal; les vésicules des régions comprimées ou enflammées s'ouvrent très rapidement, leur fond reste humide et rouge pendant quelques jours, et repose sur une zone congestionnée et un peu infiltrée, papuleuse; elles finissent par se cicatriser sans former la croûte ordinaire.

Dans la forme *gangreneuse*, les ulcérations se développent tantôt à côté et indépendamment des bulles varicelleuses (Crocker), tantôt aux dépens des éléments eux-mêmes (Barlow, Charmoy). Dans ce cas, les pustules deviennent hémorragiques et forment des croûtes noirâtres en se desséchant; la peau rougit autour d'elles sur une largeur de 2 centimètres à 2 centimètres et demi, puis un sillon d'élimination se forme, la plaque gangreneuse se sépare et laisse à nu une surface suppurante, humide, taillée à pic. Généralement l'eschare n'augmente pas quand l'élimination est commencée (Charmoy).

La gangrène peut pénétrer très profondément dans le tissu sous-cutané (Haward). Le plus souvent, elle ne dépasse pas l'épaisseur de la peau; mais les malades, s'infectant par les surfaces ulcérées, succombent à la septicémie ou à l'épuisement (Hutchinson, Rogivue). Hutchinson considère la gangrène comme indépendante de l'âge et de l'état antérieur de l'enfant; il croit à son origine spécifique.

Certaines formes s'expliquent par la virulence excessive de l'infection varicelleuse ou par le développement immédiat d'une infection secondaire grave.

Telle est la forme *hémorragique*; elle est encore la forme *hyperthermique*; rapidement l'état général devient grave, le malade est très abattu; si c'est un enfant, il peut succomber au milieu des convulsions, avec une température de 42°. On trouve dans le sang le streptocoque (Roger).

Aux infections secondaires appartiennent la *pleurésie* (Semtschenko), la *polyarthrite simple* (Bokai, Perret), ou *purulente* (Semtschenko), la *pneumonie avec abcès pulmonaires* (Rille), le *phlegmon du cou*, la *parotidite suppurée*, toutes lésions qui sont l'origine ou la manifestation d'une pyohémie (à streptocoques ou à staphylocoques (Roger, Brunner).

La *néphrite* signalée par Hensch en 1884, puis par Rasch, Hoffmann, Semtschenko, Vichmann, Unger, Baginsky, etc., est-elle bien d'origine varicelleuse? Tous les cas ne sont pas inattaquables; car, d'une part, on a compté comme tels, des cas où l'on avait constaté simplement de l'albuminurie: or cela n'est pas suffisant pour affirmer la néphrite (il y aurait albuminurie dans un cinquième des cas, d'après Rille); et, d'autre part, certaines de ces néphrites ont apparu chez des enfants déjà malades (syphilis traitée par les frictions mercurielles, eczéma et prolapsus du rectum traité par les injections d'ergotine, etc.) ou convalescents (fièvre typhoïde).

Quoi qu'il en soit, la néphrite se manifeste du 5^e au 20^e jour, tantôt par de l'œdème de la face et des pieds, tantôt par de l'hématurie ou de l'ischurie. Elle présente tous les degrés, depuis la simple albuminurie apyrétique avec légère diminution des urines et élimination de globules et de cylindres (néphrite catarrhale des auteurs) jusqu'à l'albuminurie intense, avec ischurie persistante, anasarque, fièvre à 38°,5 environ, troubles gastro-intestinaux et accidents urémiques. La première guérit facilement en 8 à 15 jours. La seconde peut se terminer favorablement après plusieurs semaines de soins et d'hygiène, mais elle entraîne assez souvent la mort par urémie (convulsions, coma) après une durée de quelques jours à trois semaines; on trouve alors les lésions de la néphrite diffuse.

Enfin pour terminer, je signalerai la *poliomyélite antérieure* (paralysie spinale de l'enfance) et la *poliencéphalite supérieure* (Marfan). Stark a observé l'*hydro-pysie sans albumine*.

Diagnostic. — Rien n'est plus facile que le diagnostic d'une varicelle-type dont les bulles sont bien formées; elle ne ressemble qu'à elle-même; ses éléments disséminés à grands intervalles, discrets à la face et aux membres, plus abondants sur la région lombaire, mais toujours bien distincts, les uns croûteux, les autres bulleux, forment, si l'on a soin de faire complètement déshabiller le malade, un ensemble absolument caractéristique.

Pour distinguer la *varioloïde* de la varicelle, on se rappellera que la première est toujours précédée de prodromes de 2 à 4 jours, qu'elle débute par la face, qu'elle est papulo-pustuleuse, que les pustules s'ombiliquent, qu'elle se fait suivant une évolution régulière et en une seule poussée lentement progressive; tandis que la varicelle apparaissant brusquement sur tout le corps ou sur le tronc est bulleuse, évolue par poussées successives et ne s'ombilique pas.

Mais il est des cas difficiles, fréquents dans la pratique, bien que les auteurs semblent éviter d'en parler, et qui sont bien faits pour jeter le doute dans l'esprit. Ce sont ceux où l'éruption est confluente au visage (O. Wyss), où les vésicules opalines s'ombiliquent (nous avons vu des cas où l'ombilication n'était pas niable). Si à cela se joignent un début brusque, une céphalée intense, de la courbature, de la rachialgie, on aura beaucoup de peine à repousser l'idée de varioloïde; heureusement, en pareil cas, en cherchant avec soin, on trouvera le plus souvent une ou deux bulles typiques qui faciliteront le diagnostic. Mais il est des cas où il faut attendre une nouvelle poussée, car l'éruption antérieure est déjà déformée; quelquefois on reste dans le doute pendant 1 ou 2 jours; mais l'évolution rapide de l'éruption et le retour à la santé éloignent l'idée de varioloïde; nous ne parlons pas de la recherche des cicatrices de vaccin, puisque la varioloïde se manifeste précisément chez les vaccinés. Ce diagnostic est particulièrement difficile chez les enfants du premier âge, chez lesquels la fièvre prodromique de la variole peut faire défaut, qui ont quelquefois de la varicelle confluente au visage, et aussi des vésicules ombiliquées, tous caractères qui permettent la confusion (O. Wyss).

Comme on le voit, les caractères si tranchés et schématiques qu'a tracés Trousseau laissent place à des surprises.

L'*urticaire*, la *gale* et le *prurigo* s'accompagnent parfois chez les enfants de vésicules qui simulent la varicelle; les éléments ortiés, les papules qui supportent les vésicules, les sillons, les pustules d'ecthyma coexistantes suffisent à éliminer la fièvre éruptive.

Le *prurigo varicelliforme* d'Hutchinson débute comme une franche varicelle, mais les poussées successives se perpétuent avec des intervalles plus ou moins longs; quand les vésicules sont rompues, il se forme des ulcérations croûteuses simulant l'ecthyma, quelquefois le pemphigus; c'est une éruption très prurigineuse, elle siège principalement au niveau du pli de flexion des articulations, à la face palmaire et plantaire des extrémités.

Il est difficile de distinguer la varicelle pemphigoïde du *pemphigus* vrai. La notion de contagion seule peut déceler la nature de ces cas.

La *syphilide varicelliforme* de Dühring ne peut prêter à l'erreur que chez

(¹) E. PFEIFFER, (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXXI, 1891, Hft 1 et 2), a décrit sous le nom de *Zahn-pocken*, chez les enfants en poussée de dentition, une éruption subite, prurigineuse, apyrétique, précédant par poussées, formée d'éléments papulovésiculeux qui simulent quelquefois la varicelle; mais elle n'envahit ni le cuir chevelu, ni les muqueuses, et les fausses vésicules ne contiennent pas de liquide; cette dermatose ne nous paraît être autre chose que l'urticaire ou prurigo infantile.

l'adulte, car elle n'existe pas chez l'enfant; elle est apyrétique, se développe lentement et s'accompagne d'autres manifestations secondaires.

Les éruptions *médicamenteuses* (arsenic, bromures et iodures) provoquent, en même temps que les vésicules, des érythèmes et des phénomènes toxiques qui permettent de les reconnaître.

L'*érythème polymorphe* à variété bulleuse ou phlycténulaire présente, à côté des bulles, des éléments érythémateux et papuleux; les bulles sont plus larges, plus arrondies et de dimensions plus variables; enfin l'état gastrique est plus accentué.

L'apparition d'un rash rend le diagnostic très délicat; on peut en effet penser à la *coexistence d'une scarlatine et d'une varicelle* ou bien prendre l'éruption scarlatiniforme pour un *rash variolique*. Dans le premier cas, la rapidité d'apparition de l'éruption, le siège un peu différent, l'absence de raie cutanée, l'intégrité de la langue, l'intégrité relative de la gorge éloignent la scarlatine. Dans le second cas, le rash diffère de celui de la variole par son siège plus diffus, par son intensité moindre; l'état général est moins grave; la rachialgie manque ou est moins intense.

Pronostic. — La maladie est ordinairement si bénigne que, jusqu'à ces dernières années, les auteurs français parlaient à peine du pronostic, mais les cas graves, comme on l'a vu, doivent faire réserver le pronostic.

Traitement. — Protéger les bulles, empêcher le grattage, c'est à cela que se réduit le traitement dans les cas ordinaires. La diète est nécessaire dans les cas fébriles. Il faut surveiller les urines chaque jour. Quand les vésicules s'ulcèrent, il faut empêcher leur inflammation en baignant le malade et recouvrant les ulcérations de poudres ou pommades antiseptiques.

La néphrite ne comporte pas d'indications spéciales.

CHAPITRE VI

VACCINE

Historique. — La vaccine est une maladie inoculable, qui paraît primitive chez le cheval et le bœuf et qui, inoculée à l'homme, lui confère l'immunité contre la variole.

Depuis 1721, on n'employait en Europe, comme préservatif de la variole, que la variole elle-même, et la pratique de la variolisation était générale à la fin du xviii^e siècle. Cependant, en 1768, Sutton et Fewster avaient fait connaître à la Société de médecine de Tornbury des faits d'immunité variolique chez des gens atteints de cow-pox. C'était aussi une croyance parmi les paysans du comté de Gloucester que les vachers et vachères qui avaient contracté, en soignant les vaches, une maladie pustuleuse, fréquente alors sur le pis de ces animaux, échappaient aux épidémies de variole. Jenner, médecin inoculateur dans cette région, put observer sur une vachère des pustules en pleine évolution qu'elle portait à la main; l'inoculation au bras d'un enfant de 8 ans produisit des