

l'existence des symptômes concomitants, la prédominance du coryza, de la toux, de la conjonctivite, le développement lent de l'éruption et son apparition primitive sur le front et le visage confirment le diagnostic de rougeole.

Le diagnostic des affections concomitantes de l'appareil respiratoire se fait par l'examen physique de la poitrine.

**Traitement.** — La thérapeutique de la rougeole normale est des plus simples. Avant tout il faut garantir les enfants contre l'usage irrationnel des enveloppements chauds. C'est sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques, du manque d'air frais et de la malpropreté que la rougeole compliquée de pneumonie devient grave. Toutefois les enfants seront tenus un peu plus chaudement qu'on ne le fait dans la scarlatine, ce qui ne doit pas empêcher la large aération des pièces, l'hygiène soigneuse de la peau et les fréquents changements de linge. Je fais prendre très volontiers aux rougeoleux des bains tièdes administrés avec prudence et je les fais changer de linge après chaque bain, mais je répète que dans la rougeole plus que dans toute autre maladie il faut craindre le refroidissement.

Les accidents nerveux graves seront combattus suivant les règles générales de la thérapeutique ; si la température est en même temps très élevée on peut donner, avec les bains tièdes, de la *quinine*, du *salicylate de soude*, de l'*antipyrine* ; au besoin on prescrira des compresses froides ou une vessie de glace sur la tête ; quelquefois dans ces cas les enveloppements froids généraux d'après la méthode de Priessnitz, que j'ai déjà recommandés en parlant de la scarlatine, sont d'une efficacité vraiment extraordinaire. L'apparition de convulsions peut rendre nécessaire l'emploi de l'*hydrate de chloral* (1,50 : 150, pour trois lavements chez un enfant de un an) ou du bromure de potassium (3 : 120), additionné de musc.

Pour combattre la *conjonctivite* violente avec photophobie, on mettra l'enfant dans une pièce obscure et on fera appliquer sur les paupières des compresses d'eau froide ou d'extrait de saturne ; si la suppuration de la conjonctive devient importante, on fera laver les yeux avec une solution étendue d'eau chlorée.

Dans le cas de *symptômes gastriques* notables on donnera l'acide chlorhydrique (0,50 à 1 : 120) ; contre les diarrhées graves, le sous-nitrate de bismuth et, dans les cas urgents, des opiacés.

Les complications de diphtérie, de croup, de bronchite, de pneumonie catarrhale seront soignées suivant les principes et les méthodes exposées dans les chapitres consacrés à ces affections.

La *prophylaxie* joue un rôle considérable. Le pouvoir contagieux, considérable déjà à la période d'incubation, rend absolument indispensable l'isolement, pendant une épidémie, des enfants atteints de conjonctivite, de coryza, de malaise général ; ce précepte est surtout applicable aux écoles. Il n'existe guère de maladie qui se contracte aussi facilement dans les écoles et s'y propage avec autant de rapidité. Comme le contagement morbilleux s'attache peu aux objets, il n'est pas nécessaire d'empêcher les frères et sœurs des malades de fréquenter l'école. Le retour des enfants malades ne doit s'effectuer qu'avec la permission expresse du médecin.

### 3. — Rubéole (roséole épidémique).

La rubéole a été décrite par Rhazes, et reconnue comme une affection sui generis par Ali Abbas, qui l'a séparée de la rougeole et de la scarlatine. Néanmoins son existence a été, jusqu'aujourd'hui, tour à tour niée et reconnue. Oesterreich, Thierfelder, Thomas, Steiner, Emminghaus, Roth, Nymann, admettent que la rubéole est une maladie autonome. Fleisch, Ziegler, Heine, plus récemment Hebra, Hanowitz, René Blache nient son indépendance ou la considèrent du moins comme une modification de la rougeole ou de la scarlatine ; H enoch également ne peut se décider à reconnaître nettement la rubéole en tant qu'entité morbide.

Mon expérience personnelle me fait considérer la rubéole comme une maladie sui generis ; elle atteint les enfants qui ont déjà eu la rougeole et la scarlatine, ou bien elle précède ces deux dernières (V. Genser, Byrd Harrison, Filatov) ; l'évolution de cette maladie est essentiellement différente de la rougeole ou de la scarlatine et seul l'aspect de l'éruption, parce qu'il ne présente absolument rien de caractéristique, a soulevé des doutes sur l'indépendance de cet exanthème. Mais depuis les travaux récents fort remarquables de Edwards et Klatsch sur la rubéole, aucun doute ne doit plus persister sur son autonomie.

Des épidémies étendues de rubéole ont été décrites par Thomas, Nymann, Buchmüller, Byrd Harrison et autres.

**Étiologie.** — La rubéole appartient aux maladies contagieuses, bien que son pouvoir infectieux soit moindre que celui de la rougeole ou de la scarlatine ; toutefois, suivant Edwards, le contagement adhérerait aux objets, qui peuvent le transporter. Sa propagation par l'école a été également démontrée (Buchmüller, Roth). Les enfants de deux à dix ans sont particulièrement atteints, mais la maladie s'observe également chez les adultes. Les garçons et les filles sont atteints dans la même proportion. Certains individus sont particulièrement prédisposés, de sorte qu'on peut observer la maladie deux fois chez la même personne (Nymann). La rubéole est plus fréquente pendant la saison froide que pendant les mois chauds de l'année.

**Symptômes et marche.** — La durée d'incubation de la rubéole serait d'après Thomas de deux et demie à trois semaines ; de 18 à 19 jours d'après Roth, de 13 à 24 jours suivant Buchmüller, entre 10 et 12 jours suivant Edwards, de 14 à 22 jours d'après Klaatsch, de 12 jours d'après Harrison. L'exanthème se développe assez rapidement, ordinairement sans fièvre initiale ou s'accompagne d'un mouvement fébrile à peine marqué et de troubles généraux insignifiants. Le frisson initial s'observe très rarement ; plus souvent les enfants se plaignent de *douleurs du cou*, et quelquefois on constate un léger gonflement des ganglions sous-maxillaires.

Dans la rubéole, comme dans les autres exanthèmes, les *muqueuses* sont atteintes les premières et les modifications sont particulièrement nettes sur la muqueuse du pharynx. Cette dernière est couverte d'une rougeur tantôt punctiforme, tantôt en forme de taches ou de stries (Thomas), rougeur qui est moins prononcée sur la voûte palatine que sur la paroi postérieure du pharynx ; la langue est légèrement chargée, ses bords sont rouges ; les conjonctives sont injectées, les yeux larmoyants ; j'ai même observé une sécrétion abondante de pus dans les cas où la conjonctive était fortement gonflée et les paupières œdématiées ; le coryza existe, mais pas dans tous les cas.

Le peu d'intensité des phénomènes généraux fait que tous ces symptômes n'attirent l'attention que lorsque l'éruption est déjà visible. On trouve sur la peau de petites taches, ayant les dimensions d'une

lentille et quelquefois plus petites, rouge clair, à contours irréguliers, ordinairement plus foncées au centre que sur les bords, s'élevant à peine ou pas du tout au-dessus des parties saines. Ces taches ne présentent ni l'aspect finement punctiforme de l'éruption scarlatineuse, ni l'aspect déchiqueté et nettement papuleux de la rougeole ; seulement sur la figure on observe, notamment au début, des efflorescences qui ressemblent à s'y tromper aux taches morbilleuses, mais qui ne tardent pas à prendre un caractère propre à la rubéole.

A côté de cette forme, Filatov décrit encore un exanthème ressemblant à une éruption de scarlatine très légère. Je n'ai jamais observé, une fois l'éruption disparue, de coloration brunâtre ou de desquamation des parties atteintes ; pourtant Edwards et Klaatsch signalent la coloration jaunâtre des parties qui ont été le siège de l'éruption, et Byrd Harrison rapporte un cas suivi de desquamation. L'exanthème ne persiste généralement pas plus de trois à quatre jours. Comme phénomène très caractéristique on trouve dans la rubéole un gonflement considérable des ganglions cervicaux et particulièrement des ganglions situés derrière l'oreille et l'apophyse mastoïde, gonflement qui ne manque jamais et qui est bien plus prononcé dans la rubéole que dans les autres exanthèmes ; le gonflement des ganglions axillaires et inguinaux s'observe également, mais d'une façon moins constante. Tout le temps que dure l'éruption, le mouvement fébrile est bien insignifiant, et beaucoup de cas évoluent même sans fièvre. Harrison a rarement vu la température dépasser 38°,8.

Les complications n'existent généralement pas dans les cas légers, mais chez des enfants ordinairement délicats, maladifs, la bronchite, la pneumonie et même de graves inflammations du cerveau peuvent constituer des complications très dangereuses ; ainsi Edwards a publié un cas de mort par pneumonie ; le même auteur a encore observé de l'inflammation d'intestin, et deux cas de mort par entérocolite.

Le diagnostic peut être fait grâce aux phénomènes que nous avons décrits. La rubéole se distingue de la scarlatine très légère par l'aspect maculeux de l'éruption, la marche légère et presque apyrétique de la maladie, et par l'absence habituelle de complications et de suites pathologiques.

Le pronostic est ordinairement bénin ; toutefois, dans les conditions que nous avons mentionnées, la maladie peut avoir une terminaison fâcheuse ; Edwards rapporte même un cas où la mort est survenue par la gravité seule de l'affection.

Le traitement, tant qu'il n'existe pas de complications, ne comporte pas d'indications particulières. On veillera sur la propreté des enfants qu'on tâchera de garantir contre le froid et qu'on soumettra à une diète convenable. La conjonctivite, par la douleur, la photophobie et la sécrétion purulente qu'elle occasionne, exige un traitement particulier. On fera laver les yeux avec de l'eau chlorée étendue et on les fera couvrir, au besoin, de compresses froides. Le traitement de la bronchite ou de la pneumonie n'est pas modifié par l'existence de l'exanthème.

#### 4. — Varioloïde (varioloïde modifiée).

Depuis que la vaccination est devenue générale, la variole a perdu de son importance en tant que maladie de l'enfance. Depuis 1871, je n'ai plus observé de vraie variole chez les enfants et même la forme bénigne de la variole, la varioloïde, se rencontre très rarement.

La varioloïde se distingue de la variole par le nombre moins considérable des efflorescences et par ce que chaque macule ne subit pas sa transformation anatomique entière en pustule caractéristique de variole. Aussi les phénomènes généraux et la marche générale de la maladie sont par ce fait atténués.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions anatomiques de la variole ont été élucidées par les travaux remarquables de Weigert, bien qu'ici encore la question ne soit pas définitivement jugée si l'on s'en rapporte à la description d'Unna, un peu contraire à celle de Weigert. Suivant Weigert, il se développe d'abord une rougeur circonscrite de la peau, puis un soulèvement de la peau en papule. Dans une partie circonscrite de la couche de Malpighi, les cellules profondes se transforment en masses irrégulières et les noyaux disparaissent (dégénérescence diptéroïde). Le foyer est nettement limité. Au-dessus de lui s'élève une cavité irrégulière remplie de liquide et cloisonnée par

un réticulum. Les fibres du réticulum montent en haut jusqu'à la couche cornée, descendent en bas jusqu'à la surface du chorion, ou bien elles se continuent avec les cellules de la couche de Malpighi ; les follicules pileux et les canaux des glandes sudoripares sont ordinairement épargnés par le processus diptéroïde.

L'ombilication de la vésicule est due à ce fait que, tandis qu'à la périphérie les cellules de Malpighi prolifèrent, le centre reste attaché à la couche cornée par les trabécules. Le liquide contenu dans cette cavité renferme des leucocytes, des filaments de fibrine, des granulations, plus tard un grand nombre de corpuscules du pus. La dessiccation débute par le centre de la pustule et la croûte repose directement sur le tissu conjonctif. On ne trouve de bactéries (disposées en séries ou en amas), que dans les vésicules qui ne sont pas encore à la période de suppuration. Weigert a encore trouvé des foyers zoogléiques dans les organes internes, notamment dans le foie, la rate, les reins et les ganglions lymphatiques. Le processus, dans le voisinage des foyers de bactéries, présente ici également un caractère essentiellement nécrotique, et non inflammatoire.

Dernièrement Guttman est arrivé à obtenir, comme il fallait s'y attendre, avec le pus de la pustule, des cultures de staphylococcus pyogenes et d'un autre microcoque blanc ; toutefois ces deux micro-organismes ne peuvent être considérés comme les agents du virus variolique. Ce dernier nous reste inconnu jusqu'aujourd'hui et toutes les recherches faites d'après la méthode de Koch n'ont donné jusqu'à présent que des résultats négatifs.

**Étiologie.** — L'histoire séculaire de la variole a fait connaître depuis longtemps son terrible pouvoir contagieux. La maladie se propage avec plus de rapidité que toute autre affection, indépendamment des conditions de saison, de climat, d'âge et de sexe. Le contagion est renfermé dans le contenu de la pustule, mais il se disperse dans l'entourage du malade et peut être absorbé aussi bien par la respiration que par le contact direct du malade ou par l'intermédiaire des objets.

**Symptômes et marche.** — La durée d'incubation de la variole est ordinairement de 14 jours, de 10 à 12 d'après les données récentes de Vinay ; en tout cas elle est plus longue que dans la vaccine, de sorte

que si cette dernière est faite au moment même où l'infection a lieu, elle a le temps d'exercer sa puissance modificatrice sur le contagion de la variole. Je me rappelle deux cas où la vaccination faite à deux enfants, à l'époque habituelle, n'a pas empêché l'éruption d'une variole très intense, mais l'a modifiée en ce sens que les efflorescences varioliques nombreuses se sont desséchées presque sans suppuration.

Pendant le *stade d'incubation*, les enfants se sentent ordinairement tout à fait bien. La fièvre initiale est assez élevée, dans la varioloïde comme dans la variole vraie. Les enfants sont agités et se plaignent de douleurs dans la région sacrée, s'ils sont déjà d'un certain âge; la plupart des malades pendant le sommeil se jettent de tous côtés dans leur lit, ils grincent des dents, et délirent. Chez les jeunes enfants la maladie se déclare par des vomissements, de la diarrhée, et parfois la fièvre s'accompagne de convulsions. Cet état persiste, avec des recrudescences vespérales très élevées (dépassant 40° C.), jusqu'au troisième jour.

A ce moment se montrent sur le visage, plus tard sur le reste du corps, des *élevures papuleuses* isolées, rouges, semblables à des taches morbillieuses, mais affectant une forme plus régulièrement ronde que ces dernières. Bientôt les *macules* apparues les premières font saillie de plus en plus et prennent la forme caractéristique de *vésicules*, remplies d'un contenu liquide présentant au milieu un point plus mat que le reste, rond, froncé (ombilication). Peu à peu toutes les macules se transforment en des vésicules semblables.

Les *muqueuses* sont aussi peu épargnées que dans les autres exanthèmes, et on trouve des macules isolées sur la voûte palatine, le voile du palais, la conjonctive palpébrale et oculaire. Pendant le stade de transformation des macules en vésicules, la fièvre disparaît progressivement et les enfants ont une période de bien-être.

La seconde période fébrile, qui dans la variole vraie est une véritable *fièvre de suppuration* redoutable, ne manque pas totalement dans la forme modifiée de la variole, seulement vu le petit nombre de vésicules, elle est moins intense et n'a pas d'importance. La transformation des vésicules en *pustules* se passe ainsi sans troubles bien prononcés de l'état général, et il n'existe en somme de malaise particulier que si, par hasard, il existe des vésicules sur le pharynx ou la conjonctive. Les troubles sont dans ces cas de nature plutôt locale et

ne sont pénibles que par la douleur également locale qu'ils provoquent.

La transformation purulente des vésicules se produit ordinairement du cinquième au sixième jour après le début de l'exanthème. Toutes les vésicules ne se transforment pas en pustules; les unes se dessèchent directement, d'autres peuvent se transformer en vésicules volumineuses qui, en se desséchant, se couvrent d'une croûte épaisse. La croûte se détache après un temps plus ou moins long suivant les dimensions de la pustule. Vers la même époque se montre sur le dos des mains et des pieds, sur les genoux et les coudes, du côté de l'extension, une rougeur particulière, scarlatiniforme, un rash (Simon) qui peut bien être confondu avec une éruption scarlatineuse, mais qui, contrairement à cette dernière, ne provoque pas d'élévation de température. Le processus se termine généralement vers la fin de la troisième semaine, à la condition que la participation possible de la conjonctive n'ait pas donné naissance à une kératite ulcéreuse grave ordinairement de longue durée.

Les complications et les accidents de convalescence sont en général rares dans la varioloïde. L'apparition de la diphthérie du pharynx aux endroits qui furent le siège des pustules varioliques, ne peut être considérée que comme l'effet d'une infection secondaire. Toutes les complications graves de la variole vraie, la gangrène, la parotidite, les suppurations, l'endocardite, etc., n'existent pas dans la varioloïde.

Le pronostic de la varioloïde est favorable. Le processus ne paraît grave qu'au début à cause des symptômes sérieux que provoque la fièvre initiale très intense. L'éruption sortie, la fièvre disparaît spontanément.

Le diagnostic n'est pas facile au début, les symptômes initiaux ne présentant rien de caractéristique; l'apparition des macules rouges n'éclaire pas complètement le diagnostic, car la confusion avec la rougeole est alors fort possible. On attachera une grande importance aux symptômes concomitants, au mode de propagation et au nombre des macules. Chez des enfants vaccinés l'éruption sur la peau de taches nombreuses s'accompagnant de conjonctivite, de coryza, de rougeur ponctuée du pharynx, sera en faveur de la rougeole; on soupçonnera la varioloïde, si les macules sont isolées et si les lésions morbillieuses caractéristiques manquent sur les muqueuses. L'apparition

FACULTAD DE MEDICINA  
BIBLIOTECA

rapide de l'exsudation au niveau des macules et leur transformation en vésicules élevées, ombiliquées au centre, assureront le diagnostic de la varioloïde.

Le traitement aura pour but de *modérer la fièvre* initiale et de faire disparaître les *symptômes nerveux* concomitants. Dans la varioloïde on peut user franchement de la glace, d'enveloppements froids ou de bains tempérés (25° R.). Dans certaines circonstances on donnera les *antipyrétiques* à l'intérieur, mais généralement on peut s'en passer à cause de la courte durée de la période fébrile.

Pendant l'évolution ultérieure, le médecin n'aura pas d'autre tâche que de garantir le malade contre les infractions diététiques. Parmi les *spécifiques*, l'acide phénique et le xylol à l'intérieur ont été fort vantés (xylol 4, eau de fenouil et vin à 50, mucilage de gomme 10, sirop 40, essence de menthe III gouttes; par cuillerées à café toutes les deux heures). On aura rarement besoin d'avoir recours à cette mixture dans les formes légères de l'affection.

L'usage de *médicaments externes* contre les efflorescences a peu de valeur dans la varioloïde; les pustules guérissent en général spontanément sans former d'ulcérations profondes et sans laisser de cicatrices. Si pourtant, dans certains endroits, le processus paraissait gagner en profondeur et occasionner de la douleur, on pourrait recourir aux *pommades protectrices*, l'onguent diachylum, l'onguent à l'oxyde de zinc, ou bien encore on saupoudrera les parties malades avec une petite quantité de poudre d'iodoforme. Ce qui vaut mieux que tout, c'est l'usage des *bains tièdes* continués pendant toute l'évolution de la maladie.

Les affections pustuleuses des yeux exigeront de la part du médecin une attention toute particulière. Les compresses froides dans les cas ordinaires, les instillations d'atropine et même la morphine à petites doses à l'intérieur formeront la base du traitement.

##### 5. — Varicelle.

Il n'y a pas encore très longtemps (Hebra, Nymann) la varicelle était confondue avec la variole et considérée comme une forme très légère de cette dernière. Néanmoins des observations très exactes ont

démontré que la varicelle doit être complètement séparée de la variole et que si les manifestations externes de ces affections se ressemblent, il n'en existe pas moins aucun lien de parenté entre elles.

Cette proposition s'appuie sur les faits suivants : 1) La varicelle forme des épidémies propres ; 2) elle atteint des enfants qui peu de temps auparavant ont eu la variole (Senator) ; 3) la vaccination ne garantit pas contre la varicelle ; 4) les enfants qui ont eu la varicelle, peuvent être vaccinés peu de temps après avec succès ; 5) la varicelle est une maladie spéciale aux enfants et n'atteint les adultes que d'une façon exceptionnelle, tandis que la variole n'épargne aucun âge.

La séparation de la varicelle et de la variole est importante non seulement au point de vue théorique, mais aussi, et bien plus, au point de vue pratique, car si la varicelle ne garantit pas contre la variole, il devient très dangereux de mettre un enfant qui a eu la varicelle en contact avec un varioleux, surtout s'il n'a pas été vacciné. Tout ce que nous venons de dire sur les rapports qui existent entre la varicelle et la variole, se rapporte également à la varioloïde qui, elle, est identique à la variole et ne s'en distingue que par la moindre gravité de son évolution.

Comme on le sait depuis longtemps, la varicelle est inoculable par le contenu de ses vésicules (1) ; toutefois le contagé véritable de l'affection nous reste complètement inconnu, bien que Guttman ait trouvé dans le contenu des vésicules plusieurs espèces de bactéries. Il en est de même des formes parasitaires qui ont été trouvées par Pfeiffer dans le liquide des vésicules et qui ne peuvent guère être considérées comme le virus de la varicelle.

**Symptômes et marche.** — La maladie débute tantôt par les symptômes d'une fièvre modérée, par de l'agitation peu prononcée, de la perte d'appétit, de l'abattement, tantôt sans aucun trouble général.

(1) Cette inoculabilité est cependant fort restreinte; d'assez nombreuses expériences ont donné des résultats positifs à une période où la spécificité de la varicelle n'était pas tout à fait démontrée et où la confusion était possible avec la varioloïde. M. d'Heilly avait obtenu à Paris, dans le milieu hospitalier, 3 résultats positifs sur 10 inoculations, mais ses expériences, reprises depuis en évitant toute contagion directe entre les enfants en expérience sont toutes restées négatives. De même les expériences de Damaschino, de Dumontpallier n'ont donné aucun résultat. (L. G.)

Dans ce dernier cas, c'est l'apparition sur la peau des efflorescences qui attire l'attention des parents. Dans certains cas j'ai pourtant observé une fièvre très élevée quelques heures avant l'apparition de l'éruption, mais presque toujours il existait en même temps des symptômes gastriques, un état saburral, une odeur acide de la bouche, de sorte qu'on pouvait se demander si la varicelle n'était pas compliquée de dyspepsie aiguë.

L'éruption est dans certains cas assez abondante. On voit apparaître sur la figure, la poitrine, le ventre, le dos et, en petit nombre sur les extrémités, des macules rouges sur lesquelles rapidement s'élèvent de petites vésicules irrégulières remplies d'un liquide clair. L'ombilication n'existe que sur quelques vésicules; la transformation vésiculaire n'existe pas pour toutes les macules, il est plus fréquent de voir côte à côte des macules, des vésicules et des taches couvertes de petites croûtes rouge brun, de sorte que l'exanthème dans cette maladie n'est généralement pas très régulier. Les efflorescences apparaissent par poussées rapides, irrégulières, quelquefois à plusieurs jours d'intervalle, aussi arrive-t-il qu'on peut observer côte à côte les différents stades de l'éruption. Les vésicules ne persistent ordinairement que quelques heures, et se dessèchent aussitôt en se couvrant de croûtes qui se détachent au bout de peu de temps.

Pendant ces poussées successives les petits malades n'éprouvent pas de malaise, ils n'ont pas de fièvre et ne gardent ordinairement pas le lit; dans quelques cas l'appétit est un peu troublé et les malades se plaignent de démangeaisons.

On voit assez souvent une éruption de vésicules sur le pharynx, la muqueuse buccale et la muqueuse vulvaire, et elle est alors parfois fort pénible pour la malade.

Il n'y a pas longtemps, la varicelle était encore considérée chez les enfants comme une affection insignifiante et elle l'est en réalité dans la grande majorité de cas; mais depuis quelque temps on s'est assuré que la varicelle peut présenter une marche très grave et même se terminer par la mort.

On peut rencontrer à la suite de la varicelle, des *ulcérations multiples de la peau* allant jusqu'à la destruction gangreneuse des parties atteintes, processus que Ashby rapporte à la tuberculose, mais qui très probablement est d'origine parasitaire (Demme); Henoch a

aussi décrit une néphrite qui peut se terminer par la mort et qui évolue comme celle qu'on observe après la scarlatine et quelquefois après la rougeole. Suivant Henoch, des observations semblables ont été publiées par Wichmann, Hoffmann, Rasch, Semtschenko, Högyes et autres. La néphrite peut survenir 3, 10, voire même 20 jours après la chute de la fièvre, tantôt sans s'accompagner d'aucun symptôme morbide, tantôt avec une nouvelle poussée de fièvre. A côté de ces complications on a observé, dans certains cas, des phlegmons diffus.

Le diagnostic se base sur l'aspect des efflorescences, sur l'apparition irrégulière (par poussées) de l'éruption, sur l'absence des troubles généraux.

Le pronostic considéré jusqu'aujourd'hui comme essentiellement favorable, doit, d'après les recherches récentes, être modifié par ce fait que les accidents de convalescence peuvent mettre la vie en danger.

Il peut à peine être question de traitement dans cette maladie. S'il y a des *symptômes gastriques* on restreindra la diète et s'il existe en même temps de la constipation, on donnera des laxatifs doux; la *néphrite* consécutive sera traitée d'après les principes qui ont été indiqués au sujet de la néphrite scarlatineuse.

Au point de vue de la *prophylaxie*, les recherches récentes ont démontré qu'il est préférable d'isoler les malades atteints de varicelle et qu'en tout cas on ne doit pas les admettre à l'école.

#### 6. — Vaccine.

La vaccine est une inflammation pustuleuse de la peau siégeant ordinairement sur la partie externe du bras et qu'on provoque artificiellement par l'inoculation à cette région du vaccin, inflammation qui provoque une infection générale de l'organisme et dont le but est de détruire la disposition à la variole. La vaccination, connue depuis longtemps, comme on le sait, des peuples d'Asie, a été érigée en méthode en 1798, par Edward Jenner, médecin anglais, et adoptée finalement après de longues résistances par la plupart des peuples civilisés où des lois l'ont rendue obligatoire. La littérature de cette