

précautions pour ne pas transporter au dehors les germes de la maladie (lavage aseptique des mains, de la face, de la barbe et des cheveux, blouses de revêtement). Les objets contaminés doivent être stérilisés par l'étuve à vapeur sous pression; les parquets, les murs, doivent être lessivés au sublimé (1 pour 1000). Les squames répandues par les malades seront brûlées; leurs déjections seront reçues dans des vases contenant une solution forte de sublimé, de phénol, de chlorure de zinc ou de sulfate de cuivre (1 pour 1000 du premier, 5 pour 100 des trois autres). Les varioleux doivent être transportés dans les hôpitaux d'isolement par des voitures spéciales soumises à la désinfection.

Une loi récente, promulguée il y a quelques années, a rendu obligatoire pour tous les médecins français la déclaration de la variole. Mais le meilleur instrument de prophylaxie, c'est la vaccination qu'on devrait aussi rendre obligatoire pour tous les enfants dans les premiers mois de la vie; et la revaccination, qui doit être faite au moins tous les 10 ans. En temps d'épidémie, cette revaccination est applicable à tous, quelle que soit la date de la dernière vaccination.

Avant de terminer cet article, nous devons dire que des tentatives de traitement de la variole par le sérum de génisses vaccinées ont été faites par le D<sup>r</sup> Bécélère, avec l'aide de MM. Saint-Yves Ménard et Chambon. Le D<sup>r</sup> Auché (de Bordeaux) en 1895, puis le D<sup>r</sup> Landmann (de Francfort), avaient bien essayé d'injecter de faibles doses de sérum humain recueilli chez des sujets immunisés par une atteinte de variole. M. Landmann et M. Mac-Elliott avaient même employé le sérum de génisse vaccinée, mais à faible dose et sans résultat appréciable. M. Bécélère est entré avec plus de résolution dans la voie de la sérumthérapie de la variole et il a fait part de ses premiers succès à l'Académie de médecine (décembre 1895) et à la Société médicale des hôpitaux (janvier 1896). Auparavant, il s'était assuré que le sérum de génisse vaccinée, recueilli après la dessiccation des pustules, possédait une action immunisante à l'égard de la vaccine. L'action immunisante du sérum est beaucoup plus prompte que celle de l'inoculation du virus vaccinal, mais elle est moins durable et en quelque sorte éphémère; elle exige de plus l'injection d'une dose considérable, alors que la plus petite parcelle de virus vaccinal suffit. Ayant ensuite recueilli aseptiquement le sérum de génisse vaccinée, et s'étant assuré par l'autopsie que l'animal était indemne de tuberculose, il a injecté ce sérum à différents varioleux, tant enfants qu'adultes. La quantité, chez l'adulte, égalait le cinquantième du poids du corps, et, chez l'enfant, le vingtième. C'est ainsi qu'un enfant de 21 jours, atteint de variole, a reçu sous la peau de l'abdomen et des cuisses une quantité de sérum égale à 1/20 de son poids; il a parfaitement guéri sans aucun accident local ni général, tandis que son frère, âgé de 5 ans, prenait de lui la variole, n'était pas soumis au même traitement et en mourait.

## VI

## VARICELLE

PAR LE D<sup>r</sup> J. COMBY

La varicelle, dite encore *vérolette*, *petite vérole volante*, porte en Angleterre le nom de *chicken-pox*, et parfois de *swine-pox*. C'est une fièvre éruptive, contagieuse et spécifique. Longtemps confondue avec la variole, à cause de certaines analogies éruptives, elle en diffère radicalement.

Barthez et Rilliet, Bazin, Hebra le père, ont en vain décrit la varicelle comme une expression atténuée de la variole; plus récemment Talamon (*Médecine moderne*, 1894) a pu plaider éloquemment, mais sans preuve, contre l'autonomie de la varicelle. Cette autonomie avait déjà triomphé avec Trousseau qui, au nom de l'observation clinique, l'avait défendue par des arguments sans réplique. Que voyons-nous en effet? La varicelle ne confère pas l'immunité à l'égard de la variole, et *vice versa*. On rencontre des enfants atteints, à peu d'intervalle ou même simultanément, des deux formes éruptives. J'ai vu, pour ma part, en 1885, au pavillon des varioleux de l'hôpital Saint-Louis, dont j'avais la charge, une mère et son nourrisson admis par mégarde comme varioleux dans les salles communes réservées à ce genre de malades. En réalité, ils étaient atteints tous les deux, la suite ne l'a que trop prouvé, de varicelle. Tous les deux, après la guérison de cette maladie, contractèrent la variole, dont l'enfant, qui n'avait pas encore été vacciné, mourut. Des faits analogues ont été publiés par d'autres médecins, et notamment par mon collègue Ettinguer (*Semaine médicale*, 1894).

Enfin la vaccine, qui préserve de la variole, n'a pas le même effet préventif contre la varicelle, de même que cette dernière ne prévient pas les effets de l'inoculation vaccinale. Donc la cause est entendue, et cette fièvre éruptive, la varicelle, n'a pas plus de parenté avec la variole qu'avec la vaccine.

**Étiologie.** — La varicelle est une maladie du jeune âge; elle est incomparablement plus fréquente chez les enfants que chez les adultes; cependant on peut l'observer aussi chez ces derniers, quand ils ont été en contact avec des enfants qui en étaient atteints.

Rare chez les nouveau-nés et les nourrissons, qui présentent peut-être une réceptivité moins grande, s'ils ne sont pas protégés par l'isolement relatif de leur genre de vie, la varicelle se rencontre surtout dans la seconde enfance, entre 2 et 7 ans. Elle sévit souvent, dans les collectivités d'enfants (crèches, asiles, écoles, hôpitaux), sous forme épidémique; c'est une maladie commune. Elle est extrêmement contagieuse; le contact direct, le transport par les objets, peut-être par l'air à une courte distance, servent à sa diffusion. La contagion est surtout à craindre au début, pendant les

premiers jours de l'éruption; il n'est pas certain que le germe reste vivace dans les croûtes et les poussières de la période de dessiccation. Quoi qu'il en soit, ce germe semble posséder une vitalité très faible, en dehors de l'organisme humain, et la transmission médiate ne joue qu'un rôle effacé dans sa multiplication.

Si la contagiosité de la varicelle n'est pas douteuse, son inoculabilité l'est encore malgré les recherches de Steiner et de d'Heilly. D'Heilly (*Soc. méd. des hôp.*, 1885), ayant inoculé plusieurs enfants de son service hospitalier, n'a pu obtenir que 5 résultats sur 10 opérations. Et encore peut-on lui objecter que ses inoculés vivaient dans le même milieu que les *varicellifères*, et qu'ils ont pu être contagionnés par eux suivant le mode habituel (contact direct, atmosphère, etc.).

Ce qui rend encore plus incertains les résultats de d'Heilly, c'est l'inégalité flagrante et excessive observée dans les incubations. Pour Steiner, la durée de l'incubation chez les inoculés serait de 8 jours; pour d'Heilly, elle varierait entre 5 et 17 jours, ce qui est absolument inadmissible. En effet, les fièvres éruptives, qu'on a pu inoculer jusqu'à ce jour avec succès (variole, vaccine), ont une incubation toujours identique, et généralement plus courte que celle de la maladie transmise par contagion. La varicelle ne doit pas faire exception. D'autre part, l'incubation de la varicelle est de 14 jours, quand elle est contractée par contagion; elle ne saurait être plus longue quand l'inoculation lui a donné naissance. Ces extrêmes de 5 et 17 jours, observés par d'Heilly, sont précisément de nature à nous faire douter du succès de ses tentatives d'inoculation. Cependant, malgré ces desiderata, rien n'empêche d'admettre l'inoculabilité de la varicelle; il serait même étonnant qu'elle n'existât pas. Mais la preuve est difficile à fournir, non pas tant à cause de la technique à suivre, que de la responsabilité à encourir quand on opère *in anima nobili*.

La varicelle, comme les autres fièvres éruptives, est incapable de récurrence, ou du moins ses récurrences sont exceptionnelles. Pour ma part je n'en ai point observé; Trousseau, Guersant, Gerhardt en ont parlé. Mon collègue Netter (*Soc. méd. des hôp.*, 1891) a vu une fois la récurrence de la varicelle. Les auteurs classiques sont presque tous muets sur ce point, qui d'ailleurs intéresse plus la doctrine que la pratique. Si je n'ai pas noté de récurrence, au sens propre du mot, j'ai vu, en mai 1896, une *varicelle à rechute* chez une fillette de 5 ans et demi. Cette enfant venait d'avoir, un mois auparavant, une éruption de varicelle ayant duré dix jours. Quinze jours après la dessiccation, nouvelles poussées de vésicules pendant quatre ou cinq jours.

**Symptômes.** — On distingue, dans la varicelle, comme dans les autres fièvres éruptives, quatre phases principales, quatre étapes distinctes, qui jalonnent d'une façon presque mathématique la route suivie par la maladie. Ce sont l'*incubation*, l'*invasion*, l'*éruption*, la *dessiccation*.

**Incubation.** — L'incubation est la période qui sépare l'entrée du germe dans l'organisme de la manifestation de ses effets. Pendant cette période, souvent la plus longue, l'enfant n'est pas malade, il sert uniquement de terrain de culture au germe qui a été déposé en lui, et nous ne pouvons

mesurer la durée de cette phase incubatrice qu'en étudiant de très près la chronologie des faits. Or, il résulte d'observations prises avec le plus grand soin par Talamon, et vérifiées ensuite par d'autres observateurs, que la varicelle a, comme les autres fièvres éruptives (variole, vaccine, rougeole), une incubation fixe qu'on peut évaluer à 14 jours. Deux semaines exactement séparent le moment du contact du jour de l'invasion. Déjà Gerhardt avait évalué à 14 ou 15 jours l'incubation de la varicelle.

Il faut accepter cette donnée, pour comprendre les allures et les modes de propagation de certaines épidémies. Au point de vue pratique, si l'incubation ne compte pas pour le médecin traitant qui ne voit l'enfant qu'après l'invasion, elle intéresse l'hygiéniste qui pourra demander 15 jours d'isolement et d'observation pour les enfants ayant été en contact avec des varicelleux. Mais cela est affaire de prophylaxie.

Ci-dessus une courbe montrant que l'incubation est silencieuse et apyrétique.

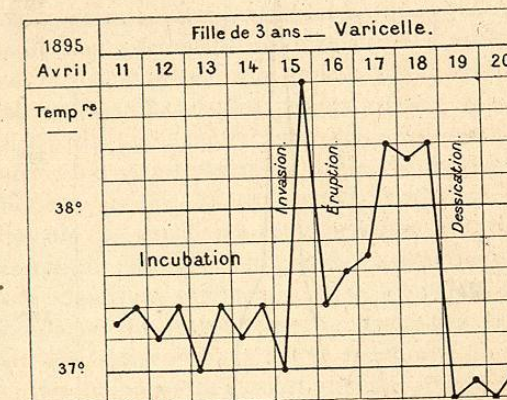
**Invasion.** — L'invasion de la varicelle est plus courte et moins bruyante que celle de la variole. Elle dure un jour, deux jours, rarement plus; elle est parfois si courte qu'elle passe inaperçue, l'éruption marquant le début du mal. On voit ainsi des enfants qui, sans avoir gardé le lit, continuent à sortir, à fréquenter l'école, avec des vésicules déjà typiques.

A côté de ces invasions insidieuses et bénignes, il y a des invasions bruyantes et sévères: la fièvre monte à 39, 40 degrés et davantage, l'enfant est agité, accuse des douleurs de tête, de la rachialgie, de la courbature; il présente des vomissements, plus rarement des convulsions. Il semble qu'il va être la proie d'une dangereuse maladie. Mais l'intensité des premiers symptômes ne se maintient pas et une détente se manifeste en même temps que s'annonce l'éruption.

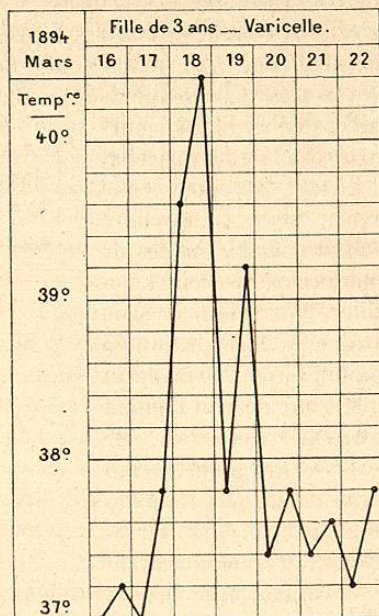
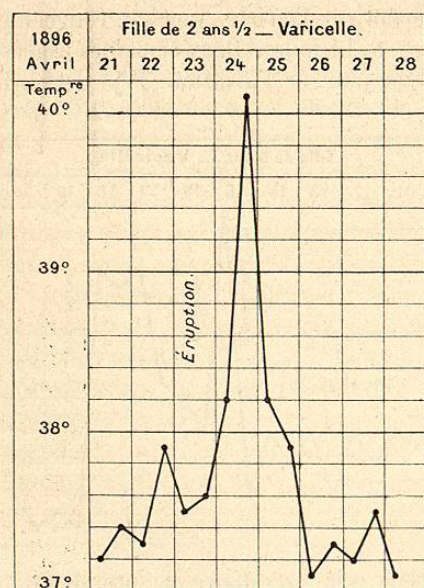
Ordinairement l'invasion est silencieuse comme l'incubation, et la température ne s'élève que pendant l'éruption; l'hyperthermie peut exister, mais elle est éphémère, comme on le voit dans les courbes ci-contre (p. 578).

Quand l'invasion est bruyante, on peut penser à la variole, surtout si l'enfant n'a pas été vacciné; on devrait y penser encore si l'on voyait apparaître ces *rash* scarlatiniformes ou *morbilliformes* observés une dizaine de fois par différents auteurs, avant ou pendant la sortie des vésicules (Demme, Comby, Galliard, Chauffard, L. Cerf, Gillet, etc.).

Les rash de la varicelle peuvent précéder les poussées vésiculeuses ou leur succéder. Demme a vu un rash scarlatiniforme annoncer trois poussées

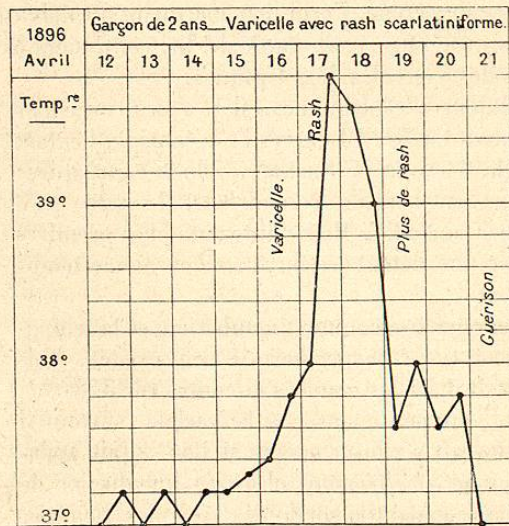


chez le même malade: chez le malade de Galliard, le rash termina la poussée; chez celui de Gillet, il était interposé entre deux poussées.



Avec le rash, la fièvre se rallume, mais à titre éphémère, et le cours régulier de la maladie se poursuit. Voici la courbe d'une varicelle accom-

pagnée de rash scarlatiniforme éphémère (48 heures de durée) au second jour de l'éruption :



pagée de rash scarlatiniforme éphémère (48 heures de durée) au second jour de l'éruption :

Le Dr L. Cerf (*Presse méd.*, 6 octobre 1900) a pu réunir 45 observations de rash varicellique. Le rash peut être pré-éruptif et se répéter à chaque poussée vésiculeuse; il peut être post-éruptif ou contemporain de l'éruption. Au point de vue de la forme, on a distingué, sur 45 cas, 40 rash scarlatiniformes, 2 purpuriques, 2 mixtes, 1 morbilliforme. Siège variable, généralisation rare, durée

courte (1 jour, 2 jours, rarement plus). Pas de douleur, ni brûlure, ni prurit, ni desquamation. Tout cela rend le diagnostic différentiel facile. Cepen-

dant parfois le rash scarlatiniforme est généralisé, accompagné de fièvre très forte, et l'on peut penser à la scarlatine (Dr G. Martirene, *Rev. med. del Uruguay*, mars 1902).

**Éruption.** — La caractéristique de la varicelle, il faut bien le dire, est dans l'éruption, qu'il faut étudier avec soin, pour éviter des erreurs fâcheuses pour les malades, humiliantes pour les médecins.

L'éruption débute indifféremment par la tête, le tronc ou les membres: rien de régulier ni de hiérarchique comme dans les autres fièvres éruptives, variole, rougeole, etc., où les éléments semblent procéder de haut en bas. L'élément éruptif, l'exanthème, est constitué par une vésicule ou mieux une bulle dont les dimensions sont variables. Les bulles, tantôt grosses comme des graines de chènevis, ou des petits pois, tantôt aussi volumineuses que de petits raisins, sont ovalaires, ou hémisphériques. Elles sont semées comme au hasard, sur les différentes parties du corps, sur le tronc, sur les membres, sur le visage, sur le cuir chevelu. Rarement cohérentes, elles sont d'ordinaire en petit nombre, laissant entre elles de grands espaces de peau saine. On les voit plus abondantes, presque confluentes, dans les points qui sont le siège de quelque irritation ou de quelque pression prolongée. Chez un enfant auquel on avait fait des badigeonnages iodés, Galliard a vu les vésicules germer en masse sur les points irrités, alors qu'elles étaient discrètes ailleurs.

Quand on a pu suivre l'éruption dès le début, on voit que les vésicules sont précédées par des macules rouges ou rosées, taches érythémateuses bientôt surmontées de bulles pleines d'un liquide clair et transparent comme l'eau de roche. Ce liquide est contenu dans les lacunes de la couche la plus superficielle de l'épiderme. Dès le second jour, la vésicule se trouble et devient une pustule qui se dessèche rapidement. Quelques bulles sont nettement ombiliquées, comme dans la variole.

Dans les points où l'épiderme est très épais, comme la paume des mains ou la plante des pieds, les vésicules sont plates, larges, et souvent douloureuses, à cause du peu d'élasticité de la couche cornée qui les enserre. La base des vésicules est variable suivant les cas et chez le même malade; tantôt elle est rosée, mais non saillante; tantôt elle est soulevée comme une papule; tantôt elle manque, et les vésicules simulent des gouttes de rosée semées sur la peau intacte. Même inégalité, même inconstance quant au volume et à la forme des vésicules; il y en a de petites (miliaires), de moyennes, de grosses (bulles pemphigoides, varicelle bulleuse). Il en est d'oblongues à côté d'hémisphériques, etc.

Les démangeaisons, d'ordinaire modérées, sont parfois atroces, surtout au cuir chevelu où la structure de la peau et la présence des cheveux se prêtent peu à la vésiculation simple; il en résulte des grattages énergiques qu'il faut savoir prévenir.

L'éruption procède par poussées successives, c'est là un de ses caractères; le premier jour, on pourra compter quelques éléments disséminés en très petit nombre et annoncer une forme discrète de la maladie; mais tout n'est pas fini; le lendemain d'autres éléments sont venus s'ajouter aux pré-