funestes, la mort en est la conséquence possible. Faut-il laisser le malade être emporté par l'empoisement général de son sang plutôt que de tenter une opération qui peut le sauver ? En matière de petite vérole, vaut-il mieux se préserver de la contagion la plus sérieuse qui existe, contagion concrète dans les croûtes, liquides dans les pustules, vaporeuse dans les exhalaisons du malade, que de s'abandonner au fatalisme musulman dont la prescience divine nullifie tout effort. Et d'ailleurs, avec le vaccin employé aujourd'hui, la lymphe fraîche et pure d'une génisse, toute crainte d'accidents érysipelateux provenant de la vaccination de bras à bras doit être écartée.

Jamais l'Eglise n'a été opposée à la guérison des malades, et par conséquent elle n'a jamais désapprouvé l'emploi de la vaccine. L'exemple du premier pasteur de ce diocèse recourant à sa sauvegarde en est la preuve ; de même que l'affirmation du Rév. M. Dowd qu'il n'existait aucun cas de picotte dans sa paroisse, pourtant si nombreuse, est la démonstration la plus formelle de son efficacité.

L. DAGRON-RICHER.

VACCINATION ET REVACCINATION

On lit dans la *Revue de Thérapeudique Medico-Chirurgicale*, de Paris, à la date du 1er octobre :

Ne pouvant guérir la variole, nous devons tendre à la supprimer ou tout au moins à en diminuer les cas, en atténuant la gravité de ceux que nous ne pouvons empêcher de se produire. Et pour cela nous avons deux moyens ; empêcher la contagion par l'isolement des malades atteints de variole ; mettre les individus en état de non réceptivité par les vaccinations et revaccinations.

Nous insistons surtout sur ce second moyen ; nous savons en effet combien ont diminué le nombre et la gravité des cas de variole depuis la découverte de Jenner. La pratique de la vaccination n'est cependant pas encore ce qu'elle devrait être ; car sur 121 observations, nous trouvons 26 individus certainement non vaccinés. Or, cette proportion, c'est-à-dire un peu plus de 1 sur 5, se rencontre dans les varioles suivies de mort.

Mais ce qu'il y a certainement de plus intéressant, c'est que parmi tous ces cas mortels nous n'en avons trouvé que 6 où il y ait eu revaccination, et 1 fois seulement sur ces 6 cas elle avait eu lieu avec succès.

Cette statistique, portant seulement sur des cas mortels, montre l'utilité des revaccinations, puisque sur 73 individus vaccinés dans leur enfance, 73 fois l'action préservatice s'est trouvée épuisée et l'âge moyen des malades a été de 31 ans. Mais nous savons en outre combien est variable, selon les individus, la durée de l'immunité conférée par le vaccin.

Les premières revaccinations pratiquées sur les troupes de Wurtemberg, donnèrent des succès dans un tiers des cas ; donc, sur un tiers des hommes vaccinés, en même temps, l'action préservatrice du vaccin s'était épuisée. Il n'est donc pas possible dans l'état actuel de nos connaissances de fixer une date à laquelle on soit tenu de se faire revacciner. Ce qu'il faut conseiller et favoriser, c'est la pratique des revaccinations fréquentes, car celui qui, aujourd'hui, encore, bénéficie de l'immunité acquise précédemment, peut, dans un mois et même moins, être en état d'apportunité morbide. Il faut donc revacciner à partir d'un temps variable après la dernière inoculation efficace, et, en admettant qu'elle ait été stérile, revacciner fréquemment jusqu'à ce qu'on ait de nouveau un succès. C'est là, croyons-nous, la meilleure condition pour échapper à la variole, ou tout au moins pour en contracter une bénigne.