

dance; une couche épaisse de cellules épithélioïdes arrondies, mêlées à des cellules lymphatiques; enfin la membrane basale, irrégulière et plissée.

Partout, le derme et les glandes présentent les signes de l'inflammation la plus vive (dilatation vasculaire, infiltration embryonnaire, obstruction des conduits glandulaires par du mucus épais). Cette inflammation atteint son maximum pendant la période de suppuration, mais elle n'est pas encore effacée au 15^e ou 20^e jour (Cornil et Ranvier). Elle peut pénétrer plus profondément et atteindre les cartilages (chondrite, abcès du larynx).

En général, les pustules n'évoluent pas complètement sur les muqueuses, elles restent à l'état de plaques blanchâtres (pharynx), ou bien se rompent très tôt et donnent de petites ulcérations à bords un peu déchiquetés, entourées d'une auréole rouge (bouche). Sur les muqueuses de la trachée et des bronches on n'observe jamais les pustules, mais toujours l'ulcération.

5^o **Lésions viscérales.** — Les *poumons* sont congestionnés dans leur plus grande étendue; le tissu est noir, brun sale, comme le sang qui l'infiltré. On trouve de la bronchite, et souvent de la broncho-pneumonie, de la pneumonie, des abcès du poumon, des hémorragies pulmonaires. La broncho-pneumonie variolique forme tantôt des foyers disséminés, tantôt des noyaux confluents au point de devenir pseudo-lobaire.

La *pleurésie* est rare, c'est une manifestation tardive de la période de dessiccation, toujours en rapport avec la septicémie, sauf dans le cas de gangrène pulmonaire.

Les *vaisseaux* et le *cœur* sont presque toujours atteints à un degré quelconque. Le système artériel, toujours altéré dans ses petits rameaux viscéraux (foie, rein, muscles, myocarde), offre souvent des lésions visibles à l'œil nu; sur la tunique interne de l'aorte existent des plaques gélatineuses, saillantes, allongées dans l'axe de l'artère, colorées en rouge par l'imbibition cadavérique (endaortite). L'endocardite occupe le bord libre et la ligne de fermeture des valvules (face auriculaire de la mitrale, face ventriculaire des sigmoïdes) et l'espace mitro-sigmoïdien.

Quand le myocarde est profondément altéré, il est flasque, aminci, couleur feuille morte ou jaune ocreux (Desnos et Huchard, Hayem). Histologiquement, les fibres musculaires sont altérées à tous les degrés (gonflement, diminution ou disparition de la striation, état granulo-graisseux, état cireux ou vitreux, multiplication des noyaux), et dissociées par des hémorragies interstitielles; ces dernières résultent vraisemblablement d'infarctus artériels (Hayem) et non de la rupture de quelques fibres musculaires comme l'a pensé Virchow. Quand la mort est tardive, on peut déjà déceler dans les fibres musculaires un processus de réparation (Hayem).

De même ordre sont les lésions des *muscles*. Dans le grand droit de l'abdomen et les extenseurs de la cuisse, on constate des dégénérescences inégalement distribuées; les fibres sont fragiles et leur couleur varie du rose pâle au rose cire d'Espagne (Balzer et Dubreuilh); on trouve simultanément la tuméfaction, l'état granulo-graisseux, l'état vitreux des fibres, la prolifération des noyaux du sarcolemme (8^e, 10^e jour), enfin des éléments en régénération (Hayem, Zenker); parfois, il existe des ruptures plus ou moins étendues avec hémorragies intra-musculaires. Ces lésions sont très précoces (2^e, 5^e jour) dans les formes hémorragiques.

Le *foie*, de volume à peu près normal, est mou et s'écrase facilement; il est congestionné, livide ou de teinte hortensia, marbré d'ecchymoses sous-capsulaires; quelquefois la teinte jaune domine et fait penser à une dégénérescence graisseuse très avancée. Mais celle-ci n'est pas aussi développée que l'ont cru MM. Brouardel, Desnos et Huchard, Barthélemy; il existe, il est vrai (Siredey), des foies où la seule lésion est la stéatose généralisée, mais elle est peut-être alors antérieure à l'infection variolique.

Les lésions histologiques sont celles de l'hépatite diffuse; elles semblent débiter par la congestion des vaisseaux et l'augmentation des leucocytes dans leur intérieur; puis l'endothélium s'altère, les globules blancs émigrent et les cellules dégèrent (Siredey); vers le 4^e ou 6^e jour, les cellules hépatiques sont déjà moins granuleuses, le protoplasma tend à devenir homogène; quelques-unes renferment des gouttes de graisse, mais cette lésion est très limitée. Les capillaires sanguins sont très congestionnés; les cellules lymphatiques entourent les ramifications de l'artère hépatique et les canaux biliaires. Les leucocytes remplissent les espaces interlobulaires et pénètrent même entre les cellules du lobule. Il existe aussi, d'après Weigert, des foyers de nécrose produits par des thromboses microbiennes des vaisseaux, et dans lesquels les cellules ont perdu leurs noyaux, leur forme et leurs réactions.

Plus tard, quand le malade a succombé à la période de suppuration, les cellules sont beaucoup plus altérées, en état d'infiltration graisseuse, de dégénérescence vitreuse ou d'atrophie simple.

La *rate* est grosse, ramollie, de couleur brune lie de vin, particulièrement dans la forme confluente; les follicules sont très évidents et le tissu est infiltré de leucocytes en grande abondance.

Les lésions des *reins* se rapportent aux différents types de néphrite diffuse, ils sont rouges et gros, tous leurs éléments sont atteints (vaisseaux, tubes et glomérules). Les bassinets et les uretères ont souvent des ecchymoses (Unruh).

Les testicules offrent aussi des foyers d'inflammation avec nécrose centrale, de la grosseur d'une tête d'épingle (Chiari). Quand la vaginale est intacte et libre d'épanchement, le testicule est rouge, congestionné (orchite parenchymateuse de Béraud, Quinquaud); dans le cas contraire, il est anémié par la compression (Béraud). L'inflammation de la vaginale est généralement limitée à sa portion testiculaire; elle donne lieu à un exsudat plastique fibrineux au niveau de la queue de l'épidyme, et à un épanchement séreux jaune contenant des fragments de fibrine.

L'*intestin* congestionné n'a que quelques lésions de psorentérie prédominant aux deux extrémités de l'intestin grêle; les ulcérations qu'on a signalées (Jacquod) ne paraissent pas résulter d'une pustulation, mais probablement d'embolies microbiennes qui ont produit une nécrose locale.

4^o **Sang et organes hématopoïétiques.** — Les altérations histologiques du sang, bien étudiées par Brouardel, Verstraeten, Hayem, Pick, sont les suivantes: pendant l'invasion et au début de l'éruption, pas ou peu de modifications. Mais quand la pustulation commence, la leucocytose apparaît, elle augmente en raison de la température, et elle atteint son maximum (50 000 à 55 000) un ou deux jours avant l'arrivée de la fièvre, puis cesse au moment de la dessiccation (Verstraeten). Les hématies ne diminuent pas, souvent même elles paraissent augmen-

ter vers le 7^e jour (Hayem, Pick); mais leur nombre tombe assez brusquement au moment de la défervescence.

Quand la variole se complique de broncho-pneumonie, la leucocytose n'apparaît que si le malade guérit.

Les études chimiques ont révélé l'accroissement de l'urée et la diminution du glucose, la diminution des gaz dissous. Dès le début, la quantité d'hémoglobine s'affaiblit; plus tard, elle tombe très bas; le pouvoir d'absorption de l'oxygène tombe parallèlement (Quinquaud). Les ganglions sont, en beaucoup de points, particulièrement autour des bronches, gonflés et congestionnés.

La *moelle des os*, dans la forme confluente, est molle, gris rougeâtre, remplie de cellules lymphatiques et de cellules géantes à noyaux bourgeonnants; il y a peu de cellules graisseuses, mais beaucoup de globules rouges à noyau.

Nous compléterons, à propos des complications, l'étude des lésions rares de la variole.

Les lésions de la VARIOLE HÉMORRAGIQUE diffèrent notablement de celles de la variole ordinaire.

La *peau* est beaucoup plus profondément atteinte; des hémorragies très étendues se font dans le derme et dans la couche profonde de Malpighi; quand les pustules sont formées, les hématies arrivent en abondance et remplissent les cavités du réticulum et les grosses cellules cavitaires (Cornil). Les vaisseaux du derme ont leur épithélium gonflé, et sont thrombosés par places.

Les *muqueuses* sont infiltrées de sang et leur épithélium cède en beaucoup de points (pharynx, bouche, nez) pour donner écoulement à des hémorragies; les ecchymoses s'observent à peu près sur toutes les muqueuses, elles sont très rares sur l'œsophage et l'intestin grêle. Dans les organes génito-urinaires, la muqueuse du bassin et des calices est souvent seule atteinte; elle est rouge noirâtre et soulevée par des phlyctènes sanguinolentes; celles de la vessie, de l'utérus, des trompes, du vagin, sont généralement épargnées (Balzer et Dubreuilh).

Dans les *viscères*, outre les hémorragies profondes des parenchymes, (poumons, reins, rate), les hémorragies superficielles (ecchymoses des plèvres, du péricarde, des méninges, crâniennes et rachidiennes), les hémorragies dans les cavités (péritoine, péricarde), dans le tissu cellulaire du médiastin et les espaces inter-musculaires, on a décrit certaines altérations qu'on a voulu considérer comme spéciales à la variole, mais qui ne sont pas constantes.

La *rate* et le *foie* se présentent sous deux aspects. Dans le premier cas (Golgi, L. Meyer, Ponfick), ces organes sont durs, comme ratatinés. La rate est noire, lisse et brillante à la coupe; les follicules sont rouges, moins visibles que dans la variole ordinaire, ou très blancs et très distincts. Dans le second cas (Balzer), elle est grosse et de consistance normale (Landrieux). — Le foie est à peine augmenté de volume, ou au contraire volumineux, mais presque toujours profondément altéré; la stéatose qu'on a signalée (Quinquaud, Landrieux) paraît plutôt d'origine alcoolique ou alimentaire. Le *cœur* présente aussi les deux aspects: dur et ratatiné, ou mou, flasque, jaune feuille morte.

La *moelle des côtes*, du sternum, des vertèbres, est rouge foncé, liquide, avec des hémorragies diffuses; les cellules géantes y sont rares, les globules rouges à noyau y sont au contraire en grande abondance; les vaisseaux sont énormément dilatés (Golgi).

Les hémorragies sont rares dans le système nerveux; elles ont été signalées cependant par Neumann dans les ganglions intervertébraux de la moelle lombaire (Balzer).

Bactériologie. — Depuis longtemps on a constaté l'existence de micro-organismes dans la peau, les viscères et le sang des varioleux (Coze et Feltz, Weigert, Klebs, Hallier, Cohn, Golgi). On en voit en grande abondance dans les pustules, le long des filaments du réticulum dans les espaces intercellulaires du réseau de Malpighi, et formant de véritables thromboses dans les vaisseaux des papilles. Les vésicules sont stériles, si on a soin de stériliser leur surface (Garré, Solovtzeff). Malgré de nombreuses recherches, l'agent de la variole nous est inconnu; car on ne saurait considérer comme tels, ni le *tetracoccus variolæ* de Klebs, ni les cocci de Garré, de Marrotta, Cohn et Bareggi.

Cependant Pfeiffer, Van der Loeff (1887-1888) ont décrit un parasite sporozoaire amibe, très analogue à celui que Pfeiffer a vu dans les autres fièvres éruptives et qui appartiendrait aux grégaires de Leuckart, ordre des monocyctides; il se développe dans les cellules de Malpighi et les détruit; on le retrouve dans les leucocytes des animaux inoculés; il est ovale, de couleur brun jaunâtre, long de 53 μ , large de 24, il a l'aspect d'un kyste à contenu granuleux, avec une tache nucléaire; il sporule, abondamment et quand il a évacué ses spores, il se présente sous l'aspect d'un disque à double contour dans le liquide des pustules. Dernièrement (1897) Walter Reed a retrouvé des formes analogues dans le sang des varioleux; il en existe aussi dans le sang des animaux vaccinés; Renaut (de Lyon) attribue à un organisme analogue la transformation cavitaire des cellules. Mais on ne saurait à l'heure actuelle fixer la valeur de ces éléments.

Nous connaissons beaucoup mieux les organismes des infections secondaires; les uns sont les organismes vulgaires de la suppuration que Vogt, Wolff, Guttman ont isolés: *staphylococcus pyogenes albus*, *aureus*, *staphylococcus viridis flavescens* (Guttman); d'autres sont mal déterminés, comme le *ceræus albus*, le *saccharomyces proteus Zenkerii* (Hlava). Le *streptocoque* se trouve dans le sang et les viscères (Hlava, Garré). M. Le Dentu, qui a tenté d'en faire une variété, l'a trouvé constamment soit dans le sang, soit dans les organes.

Les agents de la suppuration agissent par deux voies (Baumgarten): par la voie cutanée, périphérique, pénètrent les staphylocoques; ils produisent les abcès cutanés et les phlegmons, ordinairement bénins si l'on intervient assez tôt; par la voie des muqueuses et la circulation sanguine pénètre le streptocoque; il est l'agent des grandes septicémies et des complications graves.

Symptômes. — La variété d'aspects que revêt la variole oblige à diviser sa description en plusieurs formes. Pour les autres fièvres éruptives, nous avons pris comme base de cette division la prédominance des manifestations sur tel ou tel appareil; nous n'avons accordé à l'éruption qu'une faible importance, et ne l'avons utilisée que pour séparer quelques variétés. Dans la variole, au contraire, l'éruption domine tout; la plupart des complications sont sous sa dépendance, et le pronostic est étroitement lié à son abondance, à son développement, à la marche de la suppuration. Une variole discrète, c'est-à-dire à pustules peu nombreuses, est généralement bénigne parce qu'elle respecte les muqueuses, parce que la suppuration n'est ni assez étendue ni assez pro-

longée pour menacer la vie du malade ; ce qui fait au contraire la gravité de la variole confluente, c'est qu'elle atteint profondément les muqueuses et par cela seul compromet la vie, et que plus tard, la suppuration abondante menace le malade de septicémie.

Bien que ce critérium ne soit pas absolu (car une variole discrète n'est pas à l'abri de complications mortelles), il mérite cependant d'être conservé. Nous distinguerons donc avec les classiques les formes suivantes : *discrète, confluente, cohérente, varioloïde* et *hémorragiques*.

Il ne faut pas considérer ces divisions comme absolument tranchées ; entre les deux extrêmes, discrète et confluente, il y a place non seulement pour la forme cohérente, mais pour les degrés les plus variés (cohérente confluente, confluente secondaire). La varioloïde n'est pas non plus une forme indiscutable (Talamon) ; au sens adopté par Trousseau, qui est celui admis en Angleterre, elle comprend toutes les variolés *modifiées* qui surviennent chez des sujets vaccinés, qu'elles soient bénignes, graves ou hémorragiques ; M. Talamon refuse d'admettre cette forme, et range les variétés qu'on a désignées sous ce nom, soit dans la variole atténuée, soit dans la variole abortive. Nous conserverons cependant cette désignation classique, pour désigner les formes qui n'aboutissent pas à la suppuration ou qui n'ont qu'une fièvre de suppuration éphémère.

La variole présente dans son évolution quatre périodes : d'invasion, d'éruption, de suppuration, de dessiccation et desquamation.

Variolé discrète, régulière. — 1^{re} PÉRIODE ; INVASION. — La maladie débute par un *frisson* violent, unique, plus rarement par des frissons répétés mais peu intenses comme la pleurésie ; souvent ce frisson serait précédé pendant 1 ou 2 jours d'une élévation de température de 1 à 1 degré 1/2 (Jaccoud).

La *fièvre* est toujours très intense (39°,5 à 40° ou 40°,5), continue, avec une légère rémission matinale de quelques dixièmes ; le pouls, à 110-120 chez l'adulte, 140-160 chez l'enfant, est plein, dur, violent. Dès le 2^e jour, la température atteint fréquemment 41°, sans qu'on puisse augurer quoi que ce soit de la forme et de la gravité de la maladie.

La *rachialgie* ou *douleur lombaire* est un des phénomènes les plus pénibles ; sans être aussi constante que la céphalée et les vomissements, elle occupe la partie inférieure de la région lombaire, quelquefois toute la longueur de la colonne, plus rarement la région dorso-cervicale ; elle consiste en une sensation contusive, continue, variant depuis la simple courbature jusqu'à la douleur angoissante ; elle s'irradie dans les membres inférieurs, dont elle gêne les mouvements, et arrache des cris au patient (variole confluente) ; dans ce cas, on observe fréquemment une véritable paraplégie (Trousseau) qui paraît résulter d'une congestion violente de la moelle et de la compression des nerfs rachidiens par les plexus veineux gorgés de sang (Jaccoud) ; elle se prolonge généralement jusqu'à l'éruption⁽¹⁾.

La *céphalée* frontale ou généralisée, qui atteint quelquefois l'intensité de la céphalée méningitique (Rilliet et Barthez), et la rachialgie suffiraient déjà à expliquer le *malaise* profond dont souffre le malade. Mais il s'y joint une courba-

(1) COMBEMALE admet un rapport entre la rachialgie et la vie sexuelle et remarque qu'elle ne manque jamais à l'âge où celle-ci est en pleine activité ; elle est en effet moins fréquente chez l'enfant.

ture générale et une angoisse qu'on retrouve rarement dans d'autres maladies ; le malade respire difficilement, il éprouve une sensation de poids sur la poitrine ; quelquefois il présente une véritable *dyspnée* avec accélération des mouvements respiratoires que rien n'explique dans l'état du poumon.

L'anorexie est absolue, la soif vive, la langue collante et quelquefois sèche, saburrale, rouge à la pointe et aux bords ; l'haleine est fétide, la gorge et les amygdales sont rouges et gonflées. Les *vomissements* alimentaires, puis bilieux, s'accompagnent d'une

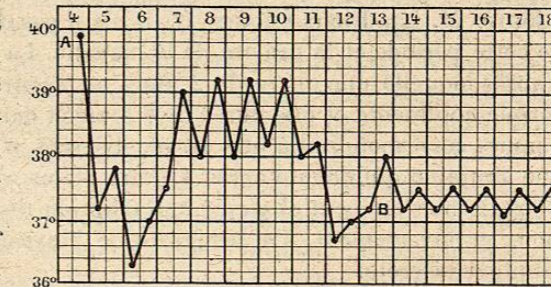


FIG. 28. — Variolé discrète régulière. Fièvre secondaire à la fin du sixième jour. Homme de 55 ans (d'après Jaccoud). A. Début de l'éruption au commencement du quatrième jour. B. Diarrhée.

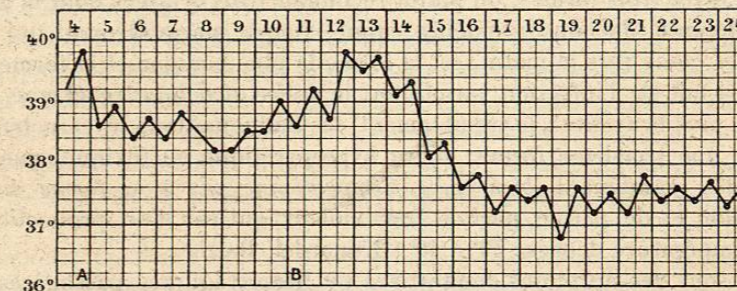


FIG. 29. — Variolé cohérente confluente. Déferescence presque nulle après l'éruption. Homme de 28 ans (d'après Jaccoud). A. Début de l'éruption. B. Orchite.

sensation de constriction épigastrique très pénible ; la constipation est la règle, sauf chez les enfants.

La face est vultueuse, les yeux sont injectés, le front est brûlant ; très agité ou profondément abattu, le malade ne peut dormir ; quand il s'assied, le pouls faiblit, et il est menacé de syncope (Balzer et Dubreuilh). La peau est sèche ; la moiteur qu'on observe dans quelques cas est propre à la forme discrète (Sydenham, Trousseau).

La sécheresse des narines, les épistaxis assez fréquentes chez les enfants, complètent, avec l'angine et la rougeur des conjonctives, les phénomènes de catarrhe de cette première période.

L'invasion de la variole avance généralement l'apparition des règles.

Tels sont les phénomènes réguliers de la période d'invasion ; ils vont en s'aggravant progressivement jusqu'à l'éruption. Les vomissements toutefois cèdent généralement, mais la céphalée et la

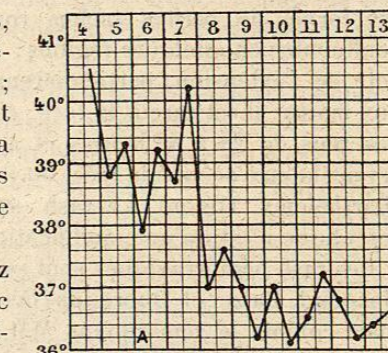


FIG. 30. — Varioloïde. Éruption tardive. Légère fièvre secondaire au sixième jour. Homme de 25 ans (d'après Jaccoud). A. Éruption.

rachialgie persistant, la température continue à s'élever. Cette période dure de 2 à 4 jours, en moyenne 2 et demi (Jaccoud, Petersen). M. Gübler l'a vue durer 5 jours, M. Landrieux 8 jours; (?) il n'y a pas de rapport exact entre la durée de cette période et la gravité de la maladie. La loi de Sydenham et Trousseau, d'après laquelle une durée de 2 jours ou 2 jours et demi correspondrait à une variole confluente et une durée de 3 jours et demi, 4 jours et à plus forte raison 5 jours, correspondrait à une variole discrète, n'est vraie qu'en partie; en effet, une éruption qui débute après 4 jours pleins n'est jamais confluente (Jaccoud, Balzer), mais on peut observer une éruption discrète au 2^e ou 3^e jour de l'invasion, et inversement. La bénignité de l'invasion annonce généralement une éruption discrète.

On observe, à la période d'invasion, certains PHÉNOMÈNES INCONSTANTS qui, sans être assez graves pour constituer par eux-mêmes une complication, sont cependant étrangers à son évolution régulière. Les *convulsions* s'observent au début chez les enfants et chez les sujets nerveux; dans ce cas elles n'ont aucune signification pronostique, elles sont éphémères; à l'approche de l'éruption elles annoncent un état grave.

Le *délire* revêt trois formes, ou plutôt reconnaît trois origines dont la gravité est bien différente (Jaccoud); le délire calme, simple marmottement qui apparaît le soir et cesse vers le matin, est la forme la plus bénigne et la forme commune: il est fait de l'infection variolique; le délire *alcoolique* revêt une forme plus active, plus bruyante: le tremblement, les hallucinations le caractérisent; enfin il est une troisième forme, délire hyperpyrétique ou toxique, que nous signalons dès maintenant, *bien qu'il n'appartienne pas à la forme discrète*, délire d'action et de parole, parfois très violent, qui est d'un pronostic fatal quand la température dépasse 39° à 40° (Brouardel, Balzer).

Les *rash* sont des éruptions congestives ou hémorragiques passagères de la peau, différentes de l'éruption typique de la maladie et qui la précèdent.

On distingue les *rash hyperémiques* ou *congestifs* et les *rash hémorragiques*. Les premiers, qui disparaissent sous l'influence de la pression du doigt, prennent des aspects variés que l'on désigne sous les noms de *morbilleux*, *érysipélateux*, *érythémateux*, *ortié*. Le *rash morbilleux*, de beaucoup le plus fréquent, est formé de petites taches rouges, arrondies ou en croissant, inégales, confluentes en quelques régions; il se montre sur le tronc, sur les membres du côté de l'extension, particulièrement au niveau des genoux et des coudes, et aux mains; il est rare à la face; c'est en somme un *rash généralisé*; il ne dure pas plus de 24 à 48 heures et a disparu quand apparaît l'éruption. Le *rash érysipélateux* occupe la face, où il forme un gonflement œdémateux mal limité (Barthélemy, Gigon). Le *rash ortié* (Landrieux, Hamel) est très rare; le *rash roséolique* n'est qu'une modification papuleuse du *rash morbilleux*.

Les *rash hémorragiques* sont *scarlatinoïdes* ou *purpuriques*. Quelques auteurs (Jaccoud, Balzer et Dubreuilh) décrivent un *rash « érythémateux scarlatineux »*; mais comme le remarquent MM. Barthélemy, Dieulafoy, la coloration de la peau persiste malgré la pression, et elle n'est jamais généralisée, caractères qui légitiment la désignation d'hémorragique. Le *rash scarlatineux* est constitué par de grandes plaques rouge lie-de-vin, qui ne disparaissent pas par la pression ou s'atténuent seulement et sur lesquelles apparaissent secondairement de petites taches purpuriques; l'ensemble a un aspect granité; il occupe les régions sous-ombilicales, inguino-crurales, et la face interne des cuisses, de

façon à former; quand celles-ci sont rapprochées, un triangle à sommet inférieur (triangle crural de Simon); il se prolonge en haut sur les côtés du thorax jusqu'à l'aisselle et là s'épanouit aussi sur les régions des pectoraux; il est très rarement généralisé. La rougeur qui atteint d'emblée son maximum d'intensité, disparaît peu après, en prenant les teintes décroissantes, rose, jaune, beurre frais, etc. (Barthélemy). Le *rash purpurique*, beaucoup plus foncé, franchement ecchymotique, est lié à la variole hémorragique.

Ces efflorescences apparaissent du 2^e au 4^e jour; le *rash morbilleux* se montre à la fin du 2^e ou au commencement du 3^e jour, le *rash scarlatineux* plus tard, au 4^e jour; ils apparaissent très rarement avant l'invasion (Curschmann) et après l'éruption (Guéneau de Mussy); ils ne se manifestent par aucun malaise, à peine une légère cuisson, et très souvent ils échappent au début à l'attention des malades. Le *rash morbilleux* dure 24 à 48 heures; il s'éteint sans laisser de traces; le *rash scarlatineux* est plus tenace (2 à 6 jours) et il laisse des taches pétéchiales. L'éruption variolique est moins développée dans les régions qu'occupaient les efflorescences; cependant les pétéchies, en créant dans le derme de véritables petits traumatismes, favorisent la production des éléments éruptifs à leur niveau (Barthélemy).

Les *rash* sont fréquents dans la variole bénigne; la teinte hémorragique doit toujours inspirer quelque inquiétude. Ces efflorescences cutanées offrent souvent quelques difficultés de diagnostic sur lesquelles il nous faudra revenir.

Il y a des cas où le *rash* constitue la seule manifestation cutanée de la variole; il s'accompagne alors des symptômes généraux d'invasion de la variole commune; c'est la variole sans éruption (Sydenham, Franck, de Haen).

2^e PÉRIODE, ÉRUPTION. — Au 3^e ou 4^e jour de la maladie, le malade éprouve comme une détente, son malaise diminue, la rachialgie disparaît, il devient plus calme, respire plus facilement, c'est l'éruption qui s'annonce, généralement après la troisième exacerbation fébrile (Jaccoud).

Sa topographie générale est assez constante bien qu'il y ait de nombreuses exceptions. Elle commence sur le front et la tête, puis sur la face, autour de la bouche, du nez et des yeux; elle descend ensuite sur le tronc et enfin sur les membres; les extrémités sont atteintes en dernier lieu, et en 24 à 36 heures l'éruption est complète.

L'éruption comprend elle-même trois phases d'évolution (macule, papule, vésicule) que l'on peut suivre sur chaque élément, particulièrement à la face, mais qui n'apparaissent que successivement pour chaque région du corps.

On dit que l'éruption est discrète, quand les éléments sur le visage sont séparés par des intervalles de peau saine, au moins égaux au diamètre de chaque élément. C'est l'éruption de la face qui fournit le critérium du classement dans tel ou tel groupe. Dans la forme discrète, l'éruption est beaucoup plus abondante sur les parties irritées, que cette irritation soit le fait d'un frottement ou d'une révulsion, ou d'un état pathologique antérieur.

Les *macules* sont des taches arrondies, rouges, sans saillie, qui s'effacent à la pression. Au bout de quelques heures, 5^e jour de la maladie, les macules deviennent saillantes, dures, *papuleuses*, sans cependant prendre de plus grandes dimensions.

Le jour suivant, 6^e jour de la maladie, 5^e de l'éruption, les papules de la face présentent une saillie acuminée qui, en quelques heures, devient la véritable