

(b) *Hémorragies pendant la pustulation.* — Dans cette forme, particulièrement fréquente chez les alcooliques et les femmes enceintes, le début et même l'éruption ont leur évolution ordinaire; puis tout à coup les hémorragies se manifestent après la pustulation, par toutes les voies; l'éruption cesse d'évoluer et les pustules se remplissent de sang. Parfois la suppuration continue, les accidents nerveux s'atténuent au bout de quelques jours, et le malade, malgré son infection profonde, malgré l'affaiblissement et la fièvre, arrive lentement à la guérison. Dans le cas contraire, la mort survient du 6^e au 9^e jour.

Varioloïde; variole modifiée. — Il faut comprendre sous ce nom une forme de variole qui n'aboutit pas à la suppuration ou qui ne présente qu'une fièvre de suppuration éphémère. La vaccination ou la variolisation antérieure la réalisent, mais elle existe aussi en dehors de ces conditions (Hérard, Bucquoy) par une sorte de demi-immunité naturelle. On connaissait la varioloïde avant la pratique de la vaccination et de la variolisation; on l'a confondue avec la varicelle ou du moins on l'a considérée (Rilliet et Barthez, Vogel) et on la considère à Vienne encore (Hebra, Kaposi) comme un degré d'infectiosité supérieure de celle-ci. La varioloïde peut naître d'une variole grave, et réciproquement elle peut, par contagion, engendrer une forme mortelle ou hémorragique chez un sujet prédisposé.

Ses véritables caractéristiques sont : la longue durée de l'invasion (inconstant), l'absence complète ou partielle de suppuration coïncidant avec la bénignité des symptômes, enfin la brièveté de l'évolution complète.

L'INVASION se prolonge quelquefois 5 ou 6 jours (rarement plus), mais les symptômes de début peuvent être si bénins et si atténués qu'ils passent d'abord inaperçus et l'invasion semble réduite à 1 jour ou 2. Dans quelques cas, au contraire, l'invasion prend une intensité qui n'est pas en rapport avec celle de l'éruption. Les rash sont même fréquents dans cette forme (Trousseau) sous leurs différents aspects morbilliforme ou scarlatineux. La température atteint et dépasse 39°.

Quand l'ÉRUPTION paraît, c'est brusquement qu'elle se constitue et se complète; l'évolution par poussées successives est rare; la chute de température est rapide et complète, et souvent définitive (de 40 ou 41 à 37°). Tantôt et le plus souvent discrète, tantôt cohérente, l'éruption est plus ou moins avortée; certains éléments restent papuleux, puis s'affaissent au bout de 24 à 36 heures; d'autres deviennent vésiculeux, soit incomplètement et sans dépasser le volume d'une tête d'épingle, soit en formant une large vésicule arrondie et claire; quelques-unes s'ombiliquent. Quand, au 7^e ou 8^e jour, l'aréole inflammatoire se développe, elle est à peine colorée et reste étroite; quelquefois même elle manque, et les vésicules de la face, au lieu de former à leur sommet une petite croûte rugueuse, se dessèchent et s'affaissent en laissant à leur place une petite saillie cornée qui tombe du 10^e au 15^e jour.

La PUSTULATION se borne, quand elle existe, à une simple opalescence et elle n'aboutit jamais à la rupture; la dessiccation s'opère un peu moins vite que pour la vésicule, mais elle ne dure jamais plus de 4 jours; elle aboutit aussi à la formation d'une croûte qui tombe au bout de 5 ou 4 jours en laissant une tache rouge saillante qui disparaît peu à peu.

Les symptômes généraux cessent quand l'éruption est faite; bien que l'éruption ne fasse jamais défaut, la salivation est inconnue dans la varioloïde.

La guérison, sauf complication, est la règle en 16 ou 17 jours au plus.

La température qui, pendant l'invasion, oscille autour de 39 ou 40° (quelquefois plus, pendant les heures qui précèdent l'éruption) et sans aucun rapport avec l'intensité de l'éruption, tombe brusquement quand celle-ci apparaît, de 41 ou 40 à 37°; le pouls tombe en même temps de 120 ou 150 à 80, 70; la chute se fait parfois par lysis; elle est le plus souvent définitive. Quand la fièvre de suppuration se montre, elle ne dure que 5 à 6 heures (Huchard), 18 à 20 heures (Jaccoud). Elle n'atteint pas l'état général.

Variole atténuée fruste (Talamon, Coste). — On comprend sous ce nom des varioles dont l'éruption est très minime, et dans lesquelles la fièvre fait presque entièrement défaut.

1° Dans un premier groupe, l'éruption se borne à 5 ou 4 pustules disséminées, elle est précédée de phénomènes d'invasion plus ou moins intenses, mais très courts; l'éruption se fait en une seule poussée, il n'y a pas de fièvre;

2° La maladie peut se borner à l'apparition d'un rash;

3° On pourrait ajouter la variole sans éruption (*variola sine variolis*) si l'existence en était prouvée⁽¹⁾.

Variole chez la femme enceinte. — Variole fœtale. — La variole est toujours grave chez la femme enceinte; que ce soit par le fait d'une diminution de résistance ou par suite de l'avortement, il est certain que la gravité augmente avec l'âge de la grossesse; l'avortement est presque inévitable après le 3^e mois, quand la variole est intense et abondante; avant cette période, la grossesse peut continuer son cours.

Les causes de l'avortement ne nous sont pas connues; cependant deux éléments concourent à ce résultat : l'infection et la mort du fœtus d'une part, l'hémorragie utérine et le décollement des membranes d'autre part (Serres, Hervieux); puis l'avortement, par le traumatisme et la béance des voies circulatoires qu'il provoque, facilite l'infection. Cependant la variole atténuée ne cause généralement pas l'avortement, et quand il survient, la guérison est la règle.

Dans les formes cohérente et confluyente, l'avortement est la règle dans l'immense majorité des cas, et la mort suit de près, soit par simple sidération nerveuse, soit par infection septique, ou par hémorragie secondaire. La variole hémorragique tue à coup sûr la mère et l'enfant. Quelle que soit la forme affectée par la variole de la mère, il est rare que l'enfant survive; mais quand il naît presque à terme, même variolisé, si l'éruption est discrète, il peut survivre (Karth et Vilcoq).

En somme, la transmission de la mère au fœtus est proportionnée à l'intensité de la variole, et semble dépendre des altérations du placenta qui lui ouvrent la voie; ce qui explique comment, de deux jumeaux, un seul peut être atteint.

Le fœtus peut être malade sans que la mère le soit d'une façon évidente,

⁽¹⁾ M. Coste a décrit une variole à rechute dans laquelle on observe plusieurs poussées d'éruption variolique au moment de la desquamation.

mais on constate en pareil cas, chez la mère, des accidents généraux graves (Curschmann). L'enfant peut être variolisé sans avortement; Luther Bell a vu continuer une grossesse dont le fœtus avait été ainsi atteint à 7 mois. L'enfant naît alors *marqué* ou non (Margoulieff). L'invasion s'annonce chez le fœtus par des mouvements exagérés et par l'apparition ou la recrudescence d'accidents infectieux chez la mère.

Quand l'enfant naît viable pendant la maladie de la mère, l'incubation est très variable, mais elle peut se prolonger longtemps, 13 jours, 50 jours même.

La variole chez l'enfant n'offre pas de particularités intéressantes; la diarrhée et les convulsions sont les seuls symptômes dont la fréquence, anormale chez l'adulte, soit à noter chez l'enfant. Il faut ajouter que, grâce à la vaccine encore récente, la maladie revêt plus souvent la forme varioloïde; cependant toute variole, même discrète, est grave dans le premier âge.

Complications. — Contrairement aux autres fièvres éruptives, les complications, dans la variole, sont presque toujours en rapport avec une éruption anormale ou excessive.

Quand l'évolution est anormale, quand l'éruption *sort mal*, lentement, en 2 ou 3 jours au lieu de 24 heures, et n'aboutit qu'à la formation de boutons incomplets et de pustules avortées, des phénomènes généraux graves apparaissent: la défervescence et le bien-être manquent, le délire survient s'il n'existait pas, des congestions viscérales se manifestent; on observe de la diarrhée, qui coïncide avec la suppression des sueurs et l'anurie; l'agitation est extrême, mais fait bientôt place au coma. La mort survient au 7^e ou 8^e jour, soit dans le coma, soit par congestion pulmonaire après une phase de dyspnée nerveuse simple (Jaccoud), soit par myocardite. Comme l'éruption est généralement discrète, on décrit ces cas sous le nom de VARIOLE DISCRÈTE MALIGNE (Sydenham, Van Swieten, Borsieri).

A l'abondance excessive de l'éruption se rattachent la plupart des complications laryngées et bronchiques (laryngite œdémateuse, bronchite pustuleuse et broncho-pneumonie), les lésions des sens (conjonctivite, kératite, etc.), les suppurations (abcès, phlegmons, pyohémie). Nous énumérerons les complications dans les différents appareils.

Système nerveux. — Parmi les fièvres éruptives, la variole est celle qui altère le plus souvent le système nerveux; avec M. Auché, nous signalerons successivement les troubles de l'intelligence, de la motilité, de la sensibilité, et de la parole. Nous avons déjà parlé du délire sous ses trois formes, délire des nerveux, délire alcoolique, délire toxique; sa persistance pendant l'éruption, en dehors de l'alcoolisme, est d'un mauvais pronostic. Mais quel qu'il soit, il ne laisse aucune trace après la guérison.

Au contraire, les délires de la convalescence, *psychoses asthéniques* de Kraepelin, ont une persistance plus grande, bien qu'ils soient généralement curables. Il s'agit tantôt de vésanies à forme de mélancolie anxieuse, avec hallucinations et quelquefois accès d'agitation et tentatives de suicide (Lagardelle, Kraepelin, Quinquaud), tantôt d'obnubilation intellectuelle, d'affaiblissement de la mémoire, d'altération du caractère et de manie des persécutions ou des grandeurs; l'association de ces troubles avec ceux de la parole peut simuler la paralysie générale (Foville, Westphall, Voisin).

Les troubles de sensibilité, à part les phénomènes douloureux de l'éruption, sont presque toujours associés aux paralysies névritiques.

Parmi les troubles moteurs, nous avons déjà signalé les convulsions. Les paralysies surviennent à toutes les périodes, elles affectent les formes et les sièges les plus variés; elles s'accompagnent généralement d'atrophie. La paraplégie coïncide avec la rachialgie violente (Trousseau), avec des douleurs dans les jambes et dans la plante des pieds; elle est rarement complète, les réflexes patellaires sont conservés, mais la vessie fonctionne insuffisamment (dysurie ou rétention). En général, elle cède quand apparaît l'éruption. Elle n'est étrangère à aucune forme, même à la varioloïde.

La lésion médullaire prend quelquefois les proportions d'une véritable myélite diffuse aiguë. Quand le malade succombe, on trouve dans la substance grise et la substance blanche des signes d'inflammation plus ou moins intense (noyaux embryonnaires, corps granuleux) et des foyers de ramollissement (Westphall). Mais il est impossible d'affirmer toujours l'existence d'une myélite, et, dans les cas où le malade guérit, il est vraisemblable qu'il s'agit de névrites périphériques (Joffroy). Dans le premier cas, la paralysie prend le type ascendant de Landry (Fiedler, Bernhardt, Gros), ou celui de la paralysie infantile (Roger et Damaschino); elle débute dans le cours de la maladie, plus rarement pendant la desquamation (Auché et Hobbs). Dans le second cas, la paralysie se limite à un membre, à un groupe de muscles, voile du palais, grand dentelé, territoire du cubital, de l'hypoglosse, du facial, territoire labio-glosso-laryngé; extenseur de l'avant-bras.

Les troubles moteurs prennent parfois l'aspect du *pseudotabes* à évolution lente simulant l'ataxie locomotrice (Gübler, Westphall), ou de *tremblement* simulant la sclérose en plaques (Whipham, Myers, Sottas). Ces troubles débent souvent par du coma ou du délire dans le cours de la variole; puis la maladie se développe et dure des mois et des années.

Enfin, il faut noter des altérations de la parole, un certain bredouillement et de l'affaiblissement intellectuel. La guérison est la règle au bout de quelques mois.

Organes des sens. — Du côté de l'œil, la conjonctivite déterminée par l'éruption des vésicules peut oblitérer les conduits lacrymaux et produire une dacryocystite; la conjonctivite passe souvent à l'état chronique; les vésicules sur la cornée causent une *kératite ulcéreuse* ou parenchymateuse diffuse qui aboutit à la perforation avec hernie de l'iris, et parfois à la fonte purulente de l'œil; la cécité, si fréquente autrefois, est maintenant très rare. Comme l'a remarqué M. Panas ce n'est pas aux pustules que sont dus la plupart des accidents de l'ophtalmie variolique, mais à la rétention, pendant la période d'occlusion des yeux, de liquides septiques ayant tendance à la suppuration, d'où résultent la macération de la cornée et la kératite infectieuse. On a signalé aussi l'iritis vers le 12^e jour de la maladie, le glaucome aigu, la rétinite en rapport elle-même avec l'albuminurie, la névrite optique, la cécité subite (Riedl).

Les otites externe ou moyenne résultent de l'extension de l'inflammation pustuleuse ou catarrhale au conduit auditif externe ou à la trompe d'Eustache; quand l'otite suppure et se prolonge, elle peut conduire à la méningite basilaire suppurée.

Appareil circulatoire. — L'endocardite variolique est rare; elle débute, en général, pendant la période d'éruption, principalement du 8^e au 9^e jour (Desnos et Huchard); elle est peu bruyante; souvent on entend à la base du cœur un souffle systolique dont l'interprétation est difficile et qui est généralement causé par l'aortite. On assiste quelquefois au développement d'une insuffisance aortique, mais, presque toujours, ces lésions ne laissent aucune trace dans la suite (Brouardel).

La péricardite se montre à deux périodes différentes, soit à la période d'éruption, elle est alors généralement sèche et peu étendue, soit à la période de suppuration; elle est alors suppurée; c'est une localisation de la pyohémie, streptococcique.

La myocardite est beaucoup plus fréquente, surtout dans les formes confluentes; elle tue généralement avant le 11^e jour, quelquefois dès le 8^e, quand elle prend une marche rapide (Desnos et Huchard). « Dans le cas contraire, elle persiste à la période de suppuration et amène plus lentement la mort, soit par collapsus, soit par une véritable asystolie avec subdélire » (Jaccoud). Au point de vue symptomatique, elle passe par les deux phases successives d'excitation (fréquence exagérée du pouls, souffle par distension du cœur, dédoublement du 2^e bruit), et de dépression (petitesse, irrégularité du pouls, état synopal, collapsus).

La phlegmatia alba dolens observée par Long, Balzer, est très rare; le streptocoque qui la produit dans d'autres maladies paraît avoir dans la variole une virulence trop exaltée pour laisser le temps nécessaire à la coagulation.

Appareil respiratoire. — *Larynx.* La laryngite de la période d'invasion n'a aucune gravité. Pendant la suppuration, la vie peut être brusquement compromise par l'accumulation de mucosités, de membranes à l'orifice du larynx, par l'œdème glottique, par le flottement d'un lambeau de muqueuse détaché (Colrat), par un foyer hémorragique sous-muqueux (Bogros). Pendant la dessiccation, l'inflammation devient plus profonde et la chondrite, la périchondrite, la nécrose du cartilage sont encore cause d'œdème glottique, ou, plus tard, de rétrécissement.

M. Auché a vu la thyroïdite suppurée.

La bronchite congestive ou pustuleuse se caractérise par de gros râles et de la dyspnée à la période d'invasion; elle guérit le plus souvent. Dans le cas contraire, elle se complique de bronchopneumonie; celle-ci existe dans une moitié des autopsies (Joffroy, Breynaert), un tiers même, chez les enfants (Parrot); elle n'apparaît que quand l'éruption est constituée; l'ascension de la température à 40° ou 41°, la gêne respiratoire, la dyspnée, enfin les signes stéthoscopiques ordinaires permettent de la reconnaître; elle domine souvent à droite (Joffroy). Les lésions les plus fréquentes par ordre décroissant sont la spléno-pneumonie, la bronchopneumonie pseudolobaire, la bronchopneumonie à noyaux disséminés. On y trouve, isolés ou associés, le pneumocoque, le streptocoque et les staphylocoques (Auché).

La pleurésie survient pendant la dessiccation (Quinquaud); elle se résorbe ou passe à la suppuration; elle est alors le plus souvent mortelle, surtout si elle est purulente d'emblée (Balzer). Il faut ajouter la gangrène pulmonaire (Landrieux), les embolies, les abcès, qui sont en rapport avec la pyohémie.

Tube digestif. — Outre l'inflammation pustuleuse de la bouche qui cause

une si violente salivation, la glossite, les abcès de la langue et les abcès de l'amygdale, il existe une inflammation nécrotique qui forme des fausses membranes sur la gorge, la langue (Huxham). La gangrène du pharynx et du voile du palais (Comby) est plus rare. Nous avons signalé la diarrhée et sa gravité chez l'adulte, quand elle persiste au delà du 8^e jour (Trousseau, Sydenham, Morton, Borsieri). Quelquefois pendant la dessiccation, elle prend le caractère dysentérique, lié à des ulcérations de l'S iliaque et du rectum. La péritonite varioleuse est en rapport avec des suppurations ovariennes ou indépendante de toute lésion viscérale. (Petzholt, Auché). La parotidite revêt deux formes: simple et spontanément curable au début de la maladie, suppurée et grave pendant la dessiccation de la variole confluyente.

Reins. — (a) L'albuminurie précoce fébrile est très fréquente (Trousseau) dans toutes les formes de la maladie, même la varioloïde; en revanche, elle fait quelquefois défaut dans les formes confluentes; on l'observe environ dans 25 pour 100 des cas (Bourgin). Elle apparaît à la période d'invasion (Trousseau); plus rarement au début de l'éruption (Jaccoud) et cesse à la fin de cette période; cette forme ne se révèle par aucun signe clinique et n'a aucune importance pronostique.

(b) L'albuminurie de la convalescence est plus rare (10 pour 100); elle se montre du 18^e au 50^e jour (Cartaz, Bourgin), quelle que soit la forme de la maladie; elle n'est pas la seule manifestation de la néphrite; l'anasarque et les accidents urémiques (céphalée, convulsions) la complètent. Elle est toujours grave; anatomiquement elle appartient au groupe des néphrites glomérulaires. On a observé encore des infarctus, des abcès du rein, des abcès périnéphrétiques.

Organes génitaux. — Pendant l'éruption il se produit assez souvent des complications testiculaires; l'orchite proprement dite, orchite parenchymateuse (Velpeau, Gosselin, Béraud) est rare cliniquement, mais existerait anatomiquement dans les 3/4 des varioles mortelles (Chiari). Le testicule contient des foyers de nécrose où le streptocoque est constant (Protopopoff). L'épididymo-vaginalite est bilatérale et commence souvent à gauche; son début est très rapide: en une nuit les bourses gonflent et rougissent; on sent à la partie postéro-inférieure du scrotum sur l'épididyme, une masse lisse, arrondie, plus ou moins dure. Cette forme est bénigne et se résout spontanément vers le 20^e jour.

On a signalé aussi l'ovarite (Béraud).

Appareil locomoteur. — La plupart des lésions musculaires passent inaperçues; cependant la douleur à la pression est un signe important (Hayem); les ruptures seules peuvent être diagnostiquées; l'épanchement sanguin qui en résulte peut se résorber si le malade survit; plus rarement il suppure ou se gangrène.

Les arthropathies varioleuses sont fréquentes (Grateloup, Rilliet et Barthez, Guersant, Bouchard, Brouardel), elles s'observent surtout au coude, moins souvent au genou, à la bouche et au poignet. Les unes précoces, simples, non suppurées, guérissent en 8 à 10 jours; les autres, en rapport avec la pyohémie, suppurent et sont des plus graves, si l'on n'intervient pas activement.

L'ostéomyélite suppurative ou nécrosique des os longs (cubitus), ou des épiphyses, atteint surtout les enfants et les jeunes gens. La guérison n'est pas

rare. La *périostite* apparaît vers la 4^e ou 6^e semaine sous forme d'un gonflement douloureux de la diaphyse des os longs; elle est apyrétique et guérit facilement (Barié).

Suppurations de la peau et du tissu sous-cutané. Pyohémie. — Les microbes de la suppuration ne se limitent pas toujours aux pustules, ils pénètrent plus ou moins profondément dans l'épaisseur de la peau et suivant leur nature, leur degré de virulence ou les éléments qu'ils atteignent, produisent l'infection purulente, des *abcès dermiques* ou sous-cutanés, le *furoncle*, l'*ecthyma*, l'*acné*, la *gangrène*.

Nous avons déjà dit que la pénétration du streptocoque était l'origine de certaines *infections générales* encore mal déterminées, septicémiques, hémorragiques et pyohémiques.

La *pyohémie* qui semble très analogue à celle des plaies, mais plus rapide cependant, se manifeste par des frissons, un relèvement de la température avec oscillations étendues, de la diarrhée, des arthropathies, enfin les collections purulentes viscérales, pulmonaires, pleurales, hépatiques, osseuses et séreuses; la mort survient au bout de deux ou trois semaines.

Les *abcès cutanés* multiples, tantôt sous-dermiques, tantôt dermiques et furonculeux, s'annoncent aussi par le relèvement de la température pendant la dessiccation. Ils se forment très rapidement en grand nombre, sont peu douloureux et, si on ne les ouvre de bonne heure, peuvent donner lieu à des lymphangites, à des collections plus étendues, *phlegmons* diffus sous-cutanés, ou sous-aponévrotiques et profonds, qui produisent de vastes décollements. Les abcès cependant guérissent très facilement et très rapidement quand on les incise, et malgré leur nombre, ils ne font que retarder la convalescence. MM. Combemale et Marivint en ont constamment isolé les staphylocoques.

L'*ecthyma (variole repullulante* de Féréol, *phlycténoïde* de Desnos) se développe soit autour d'une croûte de pustule, soit au niveau d'un poil; il paraît être contagieux et épidémique (Ducastel). Il se forme, sur le devant de la poitrine et sur les membres, des phlyctènes d'abord claires ou sanguinolentes puis louches, qui peuvent atteindre jusqu'à 5 centimètres de diamètre aux membres inférieurs, et qui sèchent sur place en laissant au bout d'une dizaine de jours une tache recouverte d'épiderme. La fièvre reparait toujours quand cette complication se développe. Elle entraîne quelquefois la mort.

La *gangrène*, assez rare, porte sur les points comprimés, et plus rarement sur les extrémités (nez, oreilles, orteils), les organes génitaux, la bouche, le pharynx.

Il faut signaler enfin la *séborrhée* abondante de la face et du cuir chevelu.

Pronostic. — Le pronostic général varie considérablement avec les épidémies, avec la période de l'épidémie, et avec les saisons. Le petit nombre de cas dans une épidémie n'implique pas la bénignité; les cas sporadiques sont parfois aussi graves que les cas épidémiques.

Le pronostic a des bases beaucoup plus certaines dans les conditions individuelles des varioleux. La vaccine ne suffit pas toujours à préserver de la variole, mais elle en diminue considérablement la gravité; elle agit surtout sur l'abondance de l'éruption qu'elle modère et sur l'évolution qu'elle arrête avant la suppuration; elle agirait d'autant mieux que les cicatrices vaccinales

sont plus nombreuses. Elle ne réussit pas à empêcher les formes hémorragiques; car pour les confluentes hémorragiques et les hémorragiques d'emblée, Talamon compte 82 et 84 vaccinés pour 100.

La revaccination est beaucoup plus efficace. La mortalité à Paris est de 48,14 pour 100 pour les non-vaccinés, 10,52 pour 100 chez les vaccinés et 8,8 pour 100 chez les revaccinés (Talamon).

Au point de vue de l'âge, les enfants du premier âge non vaccinés succombent presque toujours. La vaccination récente diminue au contraire la gravité chez les autres; la mortalité atteint son minimum de 10 à 30 ans; chez les vieillards, la variole est toujours redoutable.

Enfin, l'alcoolisme par les dégénérescences qu'il engendre et qui favorisent les altérations viscérales propres à l'infection, la grossesse par l'imminence de l'avortement et des hémorragies, la tuberculose (Perroud, Balzer et Dubreuilh), la cachexie sont les conditions les plus redoutables. L'existence d'une maladie infectieuse antérieure n'atténue jamais, mais aggrave souvent le pronostic.

Il y a peu à dire des prétendues influences favorables de la variole sur les névroses, sur certaines dermatoses; beaucoup sont contestables; les autres rentrent dans l'action banale de la fièvre sur les affections cutanées.

Nous avons dit, chemin faisant, l'importance pronostique défavorable des rash hémorragiques généralisés, de la violence et surtout de la persistance de la rachialgie et des frissons, de la dyspnée, de la diarrhée. Nous ne reviendrons pas sur le pronostic respectif de chacune des formes de la variole.

La variole guérie laisse derrière elle des traces nombreuses qui assombrissent le pronostic; telles sont les cicatrices, les lésions artérielles, et peut-être une certaine réceptivité pour la tuberculose (Landouzy).

Diagnostic. — 1^o A la période d'invasion, l'apparition du frisson violent peut faire penser à la *pneumonie*, à la *scarlatine*, à l'*érysipèle*. Dans le premier cas, le point de côté et la toux ne tardent pas à apparaître, la température monte rapidement au-dessus de 39°. — La scarlatine présente aussi une température élevée dès les premières heures; la douleur de la déglutition attire l'attention sur l'angine, phénomène étranger au début de la variole; le dépôt pultacé qui se forme rapidement complètera ce diagnostic avant l'éruption; l'hésitation ne saurait durer longtemps, car l'éruption apparaîtra au plus tard au bout de 24 heures. — Dans le cas d'érysipèle, la dermite ne peut rester longtemps inaperçue.

Les frissons répétés appartiennent à la *pleurésie*, à la *rougeole* comme à la variole. L'auscultation assurera le diagnostic de la première. — La rougeole débute plus insidieusement; les frissons sont toujours modérés, et ce qui domine, c'est le malaise, l'abattement, la céphalée. Le catarrhe des muqueuses ne tarde pas à en donner l'explication.

La rachialgie simule la douleur lombaire initiale de la *néphrite aiguë* et de la *congestion rénale fébrile aiguë* (Robin). La maladie des reins provoque une douleur bilatérale moins intense que la rachialgie, nettement exagérée par la pression; l'urine est toujours rare, trouble, hémorragique même et albumineuse, à un degré que n'atteint pas la variole au début; les œdèmes rendent l'erreur difficile.

La *myélite aiguë*, au contraire, paraît très vraisemblable quand la rachialgie s'accompagne de paralysie; mais en pareil cas, il y a toujours paralysie des