

(b) ROUGEOLE MALIGNE, HYPERPYRÉTIQUE, NERVEUSE. — L'hydrothérapie est le seul moyen actif; il faut administrer le bain froid à 22 ou 24° s'il s'agit d'un enfant, 18 à 20° s'il s'agit d'un adulte; on y laisse le malade de 5 à 10 minutes suivant l'état du pouls et de la respiration et on doit le renouveler toutes les 5 heures, aussi longtemps que la température remontera et que les accidents nerveux menaceront (Dieulafoy, Juhel-Rénoy). M. Sevestre conseille les bains tièdes à 50 ou 52°. Le bain froid ou mitigé chez l'enfant (22 à 24°) diminue l'agitation nerveuse, il régularise la respiration, abaisse la température pendant quelque temps. Quand l'adynamie est profonde, l'affusion froide rend des services. Contre les convulsions, le bain tiède avec affusion froide de la tête est à recommander⁽¹⁾; on donnera en même temps le chloral à doses répétées, soit en potion, soit en lavement.

(c) ROUGEOLE HÉMORRAGIQUE. — Le bain froid est inapplicable ou dangereux; les excitants, vins généreux, alcool, éther, trouvent là leur indication.

(d) ROUGEOLE SECONDAIRE, ÉRUPTION INCOMPLÈTE, FORME PULMONAIRE. — Il faut recourir aux ventouses sèches, aux sinapismes répétés, aux excitants diffusibles, éther, camphre, acétate d'ammoniaque, à la caféine; la poudre de Dower rend des services. Les bains froids sont mal tolérés dans ces conditions; l'enveloppement du thorax avec les compresses mouillées et fréquemment renouvelées, comme le conseille Le Gendre, est plus efficace. On peut encore employer, suivant la méthode de Renaut (de Lyon) le bain chaud à 58° d'une durée de 10 minutes et renouvelé toutes les 5 heures. J'en ai obtenu, après Marfan, de bons effets. On y ajoute quelquefois la sinapisation.

5° Traitement des complications. — (a) LARYNGITES. — L'antisepsie soignée du nez et de la gorge doit, en général, prévenir le développement de la laryngite. Quand elle apparaît, des évaporations chaudes d'infusions aromatiques (eucalyptus, bourgeons de sapin), et légèrement phéniquées sont utiles.

L'examen bactériologique du fond de la gorge est nécessaire aussitôt que surviennent des phénomènes de croup. S'il décèle le bacille de Löffler, on fera des injections sous-cutanées de sérum antidiphthérique. Très souvent, les menaces d'asphyxie rendent une intervention chirurgicale nécessaire. Le tubage entre les mains de Netter, de Josias, a donné les plus mauvais résultats; il produit en effet rapidement des ulcérations de la muqueuse et se complique très souvent de bronchopneumonie (89 pour 100 de morts, d'après Retournard); la muqueuse laryngée est si profondément atteinte dans la rougeole que la moindre pression y produit le sphacèle. Aussi vaut-il mieux pratiquer la trachéotomie (Josias).

(b) BRONCHOPNEUMONIE. — Elle ne comporte pas d'indications spéciales; cependant sa mobilité, ses assauts subits doivent maintenir le médecin et sa thérapeutique en haleine; on emploiera, suivant les cas, les bains frais ou chauds, les enveloppements froids; on se gardera d'appliquer des vésicatoires qui ouvriraient une nouvelle porte à l'infection; il faut avant tout éviter d'affaiblir l'enfant par la douleur. L'alcool, le vin, l'éther, la caféine, les ventouses aideront aux effets des bains.

⁽¹⁾ COHN (Die Warmwasserbehandlung bei Morbilli. Arch. f. Kinderh., t. VII, fasc. 6, 1886) donne des bains de 28° à 50°, aussitôt que la température atteint 58° ou 58°5; le bain dure 8 à 10 minutes, et on y joint des ablutions d'eau froide sur la tête. Après le bain, la respiration est plus calme, et il s'établit une légère transpiration.

(d) COMPLICATIONS OCULAIRES. — Elles exigent les soins les plus minutieux: on lavera plusieurs fois par jour l'intérieur des yeux avec de l'eau boriquée chaude. Si la conjonctivite devient muco-purulente, on emploiera la solution de cyanure de mercure à 0,10 centigrammes pour 1000 grammes et au besoin, on pratiquera la cautérisation des paupières avec la solution de nitrate d'argent à 2 pour 100 (Trousseau).

Prophylaxie. — Elle est très difficile à réaliser avant l'éruption, en l'absence de signes certains. A l'hôpital, les morbillieux doivent être non seulement isolés, mais séparés dans de petites chambres de 4 ou 6 lits au plus (Rauchfuss, Sevestre) pour éviter ou au moins limiter la contagion des infections secondaires; des chambres distinctes doivent être réservées aux cas compliqués. Quand un cas de rougeole a éclaté dans une salle d'hôpital ou de collège, tous les enfants de cette salle doivent être considérés comme suspects et maintenus en quarantaine pendant 15 jours, et s'il apparaît de nouveaux cas, jusqu'à l'extinction complète de l'épidémie, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il se soit écoulé un délai de 15 à 20 jours sans cas nouveaux et sans cas sortant suspect (Bard).

A l'école, tout morbillieux ne doit rentrer qu'après une période minima de 15 jours quand le cas a été normal et non compliqué; mais ce qui est plus important, les voisins de classe, et les frères ou sœurs des malades seront exclus, les premiers pendant 15 jours, les seconds pendant le même temps que le malade.

Dans les familles, l'isolement du malade, la simplification de l'ameublement de la chambre, la stérilisation des linges et objets pendant et après la maladie ne demandent pas d'indication spéciale, mais ses frères et sœurs seront pendant 15 jours, après l'éruption du malade, éloignés de toute réunion d'enfants.

CHAPITRE III

RUBÉOLE

(ROSÉOLE ÉPIDÉMIQUE)

Sous le nom de roséole, on trouve dans le traité de Rilliet et Barthez la description d'une maladie éruptive, dont les traits symptomatiques et la nature manquent de précision; une courte leçon de Trousseau consacrée au même sujet, ou du moins avec le même titre, semble faite d'après des documents personnels très restreints et dans lesquels on ne trouve pas les caractères d'une fièvre éruptive; c'est elle cependant qui a servi de modèle à la plupart des descriptions françaises ultérieures, et l'on a continué de dire « roséole de Trousseau ».

MM. Roger et Damaschino, d'Espine et Picot décrivent, sous le nom de roséole, une maladie qui tient à la fois de la roséole de Trousseau et du *roetheln* des Allemands. Cependant M. Jaccoud consacre à la rubéole quelques lignes, dont les principaux traits sont empruntés à la littérature allemande. Des revues fort intéressantes de MM. Longuet, Morel-Lavallée, Brocq, quelques observa-

tions de MM. Lecorché et Talamon, Bourneville et Bricon, Raymond, Comby, Arnoz, la thèse de M. Delastre, enfin une discussion à la Société médicale des hôpitaux (1886), constituent les principaux documents français sur la question; mais il règne à son sujet des confusions de mots, des malentendus, qui contribuent à jeter le trouble dans l'esprit du clinicien et le discrédit sur cette entité morbide. Aussi, quand parut la première édition de ce traité, me fallut-il défendre l'existence de cette maladie encore inconnue dans les traités classiques français, sauf celui de Jaccoud.

Trousseau cependant a décrit une roséole que l'on pourrait identifier à la rubéole, mais la roséole de Trousseau n'est pas une fièvre éruptive, car elle ne réunit pas les trois caractères essentiels de la fièvre éruptive: infectiosité, contagiosité, épidémicité; or, la maladie qu'il décrit ne ressemble pas à une infection: « les saisons chaudes (dit-il), et pour mieux dire une température élevée, ont une grande influence sur le développement de cet exanthème. » N'est-elle pas alors simplement une éruption sudorale, et si, comme il le dit plus haut, elle se manifeste « le plus ordinairement chez les femmes, et plus souvent encore chez les enfants », n'est-ce pas parce que ces sujets transpirent plus abondamment, et à cause de la plus grande sensibilité de leur tégument, réalisent plus facilement une éruption irritative? D'épidémies, Trousseau paraît ne pas en avoir observé; il ne rapporte aucun cas de contagion et, s'il en parle, c'est en remontant à Franck, comme il remonte aux descriptions de Vogel, de Borsieri, pour sa description clinique. D'ailleurs Trousseau enlève toute valeur à la roséole, en tant qu'entité morbide, quand il la signale comme « survenant quelquefois dans le cours d'autres maladies. » Cette roséole n'est donc qu'une éruption sudorale, symptôme accessoire d'une infection passagère ou d'un état gastrique, ou simplement d'une transpiration abondante. Ce n'est pas une fièvre éruptive.

Elle a été considérée comme une forme atténuée de la rougeole, (Rilliet et Barthez); et en effet le mot *rætheln* des Allemands a caché bien des erreurs de diagnostic, ce mot ayant fait son apparition dans la littérature allemande au XVIII^e siècle (Bergen 1752, Orlow 1758), à une époque où le diagnostic des fièvres éruptives était encore confus. Aussi, malgré les revendications d'individualité de Ziegler, Sprengel, Stærk, de Wagner, on voit J. P. Franck, Hufeland, Reil, Heim faire de la rubéole une forme de la scarlatine, Schönlein (1822), Canstatt (1847), la considérer comme un hybride des deux grandes fièvres éruptives, ou un exanthème banal.

Mais avec les progrès de la clinique, le *rætheln* s'est dégagé de ces confusions et de ces erreurs, et peu à peu sa description a pris plus de précision. Grâce à des épidémies répétées, la rubéole, sous sa synonymie de *rubeola*, *rætheln*, *rubelle*, *german measles*, a pris droit de cité dans le cadre nosologique, au Congrès international de Londres en 1881 (Brocq).

La rubéole est une fièvre éruptive spécifique pour les raisons suivantes :

- 1^o Elle est contagieuse, elle est épidémique;
- 2^o Elle a des épidémies propres en dehors des épidémies de rougeole et de scarlatine;
- 3^o Son incubation, son invasion, son éruption et ses autres symptômes diffèrent de ceux des autres fièvres éruptives;
- 4^o Elle attaque indifféremment et avec la même intensité les sujets qui ont

déjà eu la rougeole ou la scarlatine, ou ceux qui en sont indemnes, (Smith, De Man, Talamon). Réciproquement, elle ne confère pas l'immunité contre la rougeole ou la scarlatine (Griffith).

5^o Elle ne produit jamais que la rubéole chez les personnes exposées à la contagion (Griffith, Brocq).

Cependant sa symptomatologie offre encore quelques obscurités, dues probablement au mélange de certaines éruptions hybrides dans les descriptions des auteurs. La rubéole est-elle destinée à un dédoublement, à une division nouvelle d'où l'on pourrait tirer une rubéole avec catarrhe, et une rubéole sans catarrhe? M. Talamon fait nettement cette séparation et réserve le nom de roséole à une fièvre morbilliforme sans catarrhe.

Quoi qu'il en soit, nous ne considérons le présent chapitre que comme un *chapitre d'attente*; la rubéole prendra peut-être un plus grand développement dans notre pays, et on pourra alors y distinguer des formes nouvelles.

Considérée dans ses caractères essentiels, la rubéole est une maladie de l'enfance, contagieuse, épidémique, ayant une éruption polymorphe à marche irrégulière, un énanthème peu accentué, des engorgements ganglionnaires, et presque toujours bénigne. Dans sa description, nous ne tiendrons compte que des travaux les plus modernes, et nous ferons de larges emprunts aux traités de pathologie étrangers.

Étiologie. — La rubéole est une maladie du *jeune âge*; rare dans la première enfance (Griffith a vu un cas au-dessous de 2 ans), elle a son maximum de fréquence de 5 à 15 ans; elle est très rare chez les adultes; sur un total de 158 cas de Thomas, Oesterreich, Emminghaus, Roth, il n'y a que 6 adultes; Griffith sur 150 malades compte un seul adulte.

A cause de sa bénignité, on l'observe surtout dans les policliniques et rarement à l'hôpital. L'existence d'une maladie infectieuse semble nuire au développement de la rubéole; en revanche, ni la scarlatine, ni la rougeole ne protègent contre son atteinte. Bourneville et Bricon admettent qu'elle peut récidiver.

La *contagion* a été démontrée par Thierfelder, Thomas, Emminghaus; on voit un malade apporter le germe de l'école dans sa famille, ou même d'une ville dans une autre.

Le simple contact suffit pour les enfants. On a vu un sujet vivant dans le milieu infecté transporter la maladie dans un autre milieu sans être atteint lui-même (Thomas, Roth, Balfour, Emminghaus). La contagiosité varie avec les épidémies, car tandis que Thomas, Bourneville et Bricon la croient moindre que la rougeole, Jacobi, Griffith la considèrent comme très intense.

La rubéole est contagieuse pendant l'éruption, peut-être à la période d'invasion; elle le serait encore pendant la convalescence (Thierfelder).

Les *épidémies* ont une étendue généralement limitée (famille, école, asile); elles sont loin de frapper en proportion aussi forte que la rougeole, 12 malades pour 100 écoliers (Rehn); il est à noter cependant que quelques cas très bénins doivent passer inaperçus. Elles sévissent surtout en hiver et au printemps (Griffith). La durée en est généralement courte, ce qu'expliquent suffisamment la rapide évolution de la maladie et sa contagiosité faible.

Contrairement à la rougeole et à la scarlatine, qui sévissent également dans

toute l'Europe, la rubéole est rare en France et dans le sud de l'Europe; peut-elle sera-t-elle plus fréquente, quand elle sera mieux observée.

Incubation. — La durée de l'incubation est plus mal connue. Certains auteurs, cherchant avant tout à séparer la rubéole de la rougeole, ont dit que son incubation durait plus de 14 jours; mais en fait, on trouve tous les chiffres dans les auteurs, depuis 5 jours (Griffith) jusqu'à 22 jours (Thomas); parmi les auteurs français, MM. Bourneville et Bricon donnent 8 à 10 jours; M. Juhel-Rénoy, 15.

Symptômes. — Malgré la dissemblance des cas rassemblés sous le nom de rubéole, on peut dégager un type général qui a été bien mis en saillie par Griffith.

INVASION OU PÉRIODE PRODROMIQUE. — Ce stade est généralement très court; dans les cas normaux, sa durée ne dépasse pas un jour (Rehn). Il peut même passer tout à fait inaperçu et la maladie débute d'emblée par l'éruption.

Le plus souvent, c'est un léger malaise, de la somnolence, une céphalée frontale et sous-occipitale, une sensation de défaillance, de la courbature et des douleurs dans les membres; le délire, les convulsions sont fort rares. L'éruption se manifeste déjà par une légère injection conjonctivale et un commencement de larmoiement, par de l'enrouement et une petite toux sèche.

Parallèlement à ces manifestations muqueuses on voit, dans quelques cas, un phénomène déjà caractéristique : c'est l'engorgement des ganglions jugulaires et subauriculaires que l'on sent assez facilement et dont la pression est douloureuse (Rehn, Comby, Flood). Mais, nous le répétons, l'invasion peut se réduire à un malaise de quelques heures et on a pu dire que le catarrhe des muqueuses est contemporain de l'éruption cutanée.

La température s'élève à 38°, 39° au plus.

ÉRUPTION. — L'exanthème, sans avoir la fixité de début de la rougeole, apparaît généralement à la face au-dessus des ailes du nez, puis s'étend aux joues et au menton; souvent il envahit d'un seul coup le visage, le cuir chevelu et le cou, il couvre très rapidement tout le corps; la face est toujours atteinte, ce qui distingue la rubéole de la roséole de Trousseau, qui siège principalement sur le tronc et les membres.

L'éruption, polymorphe en général, est constituée par des taches de dimensions variables, à bords tantôt bien nets, tantôt plus ou moins diffus, souvent saillantes, parfois même papuleuses disparaissant à la pression; ces taches sont plus irrégulières que celles de la rougeole; elles deviennent confluentes sur les lombes, les fesses, les parties génitales; elles sont, au contraire, discrètes à la paume des mains, à la plante des pieds.

Malgré la variété des descriptions, on s'accorde avec Harrison, Goodhart, Griffith, Filatow, Enko, à reconnaître deux variétés principales : la forme morbillieuse, dans laquelle les éléments restent distincts sur la plus grande partie du corps, sauf dans les régions déclives et comprimées; la forme scarlatineuse, constituée par de vastes plaques rouges ayant tendance à se généraliser, sur lesquelles un examen attentif peut reconnaître des papules.

On a vu l'éruption prédominer autour de la bouche, sur les joues, sur les

membres. Parfois l'éruption disparaît ou pâlit sur les parties primitivement atteintes, pendant qu'elle envahit d'autres points, en sorte qu'elle est en pleine floraison sur les membres pendant qu'à la face on n'en retrouve que quelques traces. Elle ne dure que 12 heures au plus en chaque point et est complète en 24 heures.

La durée de l'exanthème rubéoleux est de 2 à 4 jours; une durée de 7 jours (Chantemesse), 8 à 9 (Tschamer) est exceptionnelle.

Le catarrhe muqueux n'apparaît généralement qu'après l'exanthème; son intensité est en rapport avec celle de l'éruption, mais toujours moindre que dans la rougeole; on a cherché à en donner la formule en disant qu'il réalise « le catarrhe de la rougeole combiné avec l'angine de la scarlatine. »

Le catarrhe oculaire ne produit qu'une rougeur légère de la conjonctive, parfois il va jusqu'au larmoiement, mais la photophobie est à peine marquée; le coryza manque souvent; la toux sèche, dont l'absence serait caractéristique pour certains auteurs, s'observe rarement; beaucoup plus rare est la bronchite observée par Haig-Brown, Talamon; elle cède avec l'éruption ou dans les jours qui suivent. L'angine est peut-être, avec la conjonctivite, le phénomène le plus constant; il n'y a pas de piqueté comme dans la rougeole; la rougeur est moindre que celle de la scarlatine, les malades se plaignent seulement de sécheresse.

Le catarrhe évolue plus rapidement que l'exanthème, sauf chez les sujets prédisposés, strumeux et lymphatiques.

Au catarrhe se rattache l'engorgement ganglionnaire, que l'on considère comme caractéristique; pour certains auteurs il serait un des meilleurs signes de la rubéole; il atteint les ganglions rétro et sous-auriculaires, jugulaires ou sterno-mastoïdiens; parfois il est limité à un ganglion; parfois, au contraire, il se généralise aux autres régions du corps, aux aisselles, aux aines (Thomas, Emminghaus); rarement appréciable à l'œil, il est peu douloureux à la pression. Précédant quelquefois l'exanthème, l'adénopathie peut persister après l'éruption.

La fièvre n'est pas un signe constant, elle peut manquer quand l'éruption apparaît d'emblée.

Il y a des cas complètement apyrétiques, quel que soit le développement de l'éruption.

S'il y a des prodromes, la fièvre apparaît en même temps qu'eux; la température atteint 38° et 39°, puis s'élève un peu, au moment de l'éruption.

En l'absence de prodromes, la température s'élève quand apparaît l'éruption, ou avant elle; alors, tantôt elle retombe très vite à la normale, tantôt elle persiste; elle ne dépasse pas 39°, elle atteint son maximum le 1^{er} ou le 2^e jour de l'éruption, puis elle diminue et tombe à la normale du 2^e au 4^e jour, c'est-à-dire à une époque où l'exanthème n'a pas encore terminé son évolution.

Marche. Pronostic. — La marche de la maladie n'est autre que celle de son éruption; quand celle-ci est terminée, le malade est guéri. L'exanthème ne laisse généralement derrière lui aucune trace; la pigmentation légère qui s'observe au niveau des taches effacées ne tarde pas à disparaître elle-même.

La desquamation, niée par quelques auteurs, est irrégulière, nulle dans les cas où l'exanthème a été éphémère, furfuracée quand il a été intense et prolongé; toujours minime, difficile à voir, elle est localisée en certaines régions,

surtout aux points qui ne subissent pas de frottements, comme la fosse sus-claviculaire. Elle se prolonge 2 ou 5 jours.

La maladie se termine dans l'immense majorité des cas par la guérison, et son pronostic serait universellement bénin si à l'étranger on n'avait rapporté des cas de mort (?).

Les complications sont en effet extrêmement rares; cependant, l'angine peut prendre une intensité exagérée, les amygdales se recouvrent d'exsudat pultacé (Cheadle) et la déglutition devient très douloureuse. La bronchite, la pleurésie, la pneumonie ont été observées. L'albuminurie est très rare et généralement bénigne; on a signalé des œdèmes du visage (Thierfelder), des jambes (Emminghaus).

La rubéole peut laisser derrière elle, chez les enfants prédisposés, du coryza chronique, de l'hypertrophie des amygdales et des ganglions.

Les rechutes observées dans quelques épidémies sont séparées de la première atteinte par un intervalle de quelques jours à 2 semaines (Emminghaus, Edwards).

Diagnostic. — Nous avons dit combien certains cas ressemblent à la rougeole et d'autres à la scarlatine.

Dans une épidémie on peut reconnaître la rubéole aux caractères suivants : la brièveté et le peu d'intensité des prodromes, l'infection de sujets déjà atteints par la rougeole, le peu d'intensité du catarrhe, la courte durée de la fièvre, enfin la bénignité générale de l'épidémie et la durée de l'incubation qui n'est pas régulièrement de 14 jours comme dans la rougeole.

En présence d'un cas isolé, le diagnostic avec la rougeole est beaucoup plus difficile; cependant on est déjà frappé par la brusquerie de l'éruption que l'on a remarquée un matin au réveil, par l'irrégularité de sa distribution; on pensera à la rubéole si la température est tombée alors que l'exanthème est encore dans son plein; enfin certaines anomalies confirment dans cette opinion, comme l'évanescence diffuse du voile du palais, l'angine, l'absence de manifestations bronchiques. Bien entendu, l'engorgement ganglionnaire douloureux est un signe très utile, mais il faut le chercher. Enfin, la rubéole n'engendrera que des rubéoles et pas de rougeoles autour d'elles.

La scarlatine se distingue de la rubéole par la violence de son début; la fièvre a, il est vrai, peu de valeur, certaines scarlatines bénignes ne donnant qu'une élévation de température très insignifiante; mais l'angine est toujours plus intense, plus douloureuse, le catarrhe conjonctivo-nasal fait complètement défaut; enfin l'éruption est diffuse, généralisée et égale, granitée, mais ne présentant nulle part de papules; elle ne laisse aucune trace de pigmentation sur la peau.

Y a-t-il lieu de faire le diagnostic avec la roséole? La roséole, fièvre éruptive, se confond avec la rubéole. La roséole sudorale décrite par Trousseau se distingue de la rubéole par l'absence de contagiosité, par l'absence d'évanescence et de catarrhe : « jamais, dit Trousseau, on ne voit de larmolement, de coryza ni de toux »; par la rapidité de l'éruption qui se fait d'une seule poussée en 24 ou 36 heures, après une période de prodromes de durée variable. L'exanthème n'est pas papuleux, il est formé de macules ne faisant aucune saillie sur la peau, disparaissant complètement à la pression, arrondies ou ovalaires, bien distinctes

et bien isolées les unes des autres, plus larges dès le début que les taches de la rougeole; elles sont aussi d'un rose plus pâle que celles de la rubéole. L'éruption est très fugace; elle disparaît en 1 ou 2 jours; mais elle donne de nouvelles poussées successives pendant 7 ou 8 jours. La fièvre est peu intense et disparaît très vite. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire, mais fréquemment des sueurs qui jouent un rôle important dans le développement de cette éruption.

Il est en général facile de reconnaître les roséoles médicamenteuses (antipyrine, sulfate de quinine, chloral, cubèbe, copahu); elles sont le plus souvent apyrétiques et respectent ordinairement les muqueuses; cependant quand elles se compliquent d'un état catarrhal, on éprouve quelque difficulté; ce qui les caractérise en général, c'est l'absence de malaise sérieux et leur localisation à certaines régions du corps, leur prédominance aux membres du côté de l'extension. L'intoxication iodique peut simuler la rubéole, grâce aux congestions des muqueuses qu'elle provoque; dans un cas où elle s'accompagnait de fièvre, nous avons eu quelque difficulté à repousser l'idée d'une fièvre éruptive.

La roséole syphilitique, les roséoles infectieuses de la blennorrhagie, de la fièvre typhoïde, du choléra, de l'infection puerpérale prêteront rarement à l'erreur.

Le pityriasis rosé se développe surtout sur le haut de la poitrine. On trouve presque toujours des placards larges très caractéristiques dont le centre est squameux ou plissé.

Le traitement de la rubéole est purement hygiénique.

CHAPITRE IV

VARIOLE

Historique. — La variole (*petite vérole*, *smallpox*, *Pocken*, *Blattern*), qui régnait dès la plus haute antiquité en Asie et en Orient, a été décrite pour la première fois par Rhazès (ix^e siècle). Mais la période vraiment scientifique ou moderne commence à Sydenham (xvii^e siècle), dont la description a été complétée par Morton, Boerhave, Van Swieten, Cullen, Borsieri. Trousseau vulgarisa leurs travaux et précisa la description clinique.

La terreur qu'inspirait la variole avait fait rechercher de bonne heure des moyens prophylactiques et accepter avec enthousiasme l'inoculation variolique ou variolisation. Connue depuis de longs siècles en Chine et en Perse, cette pratique fut importée de Constantinople en Angleterre par lady Montague (1721); après des périodes de défaveur provoquées par l'hostilité de quelques-uns, elle se répandit cependant et prouva son efficacité en maintes épidémies, jusqu'au jour où la découverte de Jenner vint se substituer à la variolisation.

L'épidémie de 1870-1871 a été l'origine de nombreuses études tant anatomiques que cliniques; les complications ont été mieux analysées, le pronostic a été précisé; enfin l'étude des lésions (Cornil, Weigert), les recherches bactériennes nombreuses, mais malheureusement encore insuffisantes, commencées par Coze et Feltz, Klebs, Hallier, Cohn, perfectionnées par Golgi, Gultmann,