

Le pronostic varie beaucoup avec les épidémies; cette proposition qui s'applique à un grand nombre de maladies est particulièrement vraie pour la scarlatine. Lors de l'épidémie de 1801 à 1804, la scarlatine était extrêmement grave, elle tuait parfois dès le second jour; plus tard, elle se montra si bénigne qu'on sauvait presque tous les malades, on fit honneur de ces succès à la médication anti-phlogistique qui avait détrôné le système de Brown, mais les déceptions vinrent bientôt; en 1834 et 1835, malgré la médication anti-phlogistique, dit Graves, la scarlatine redevint aussi meurtrière en Irlande qu'en 1801 et 1802. De 1799 à 1822, Bretonneau n'avait pas perdu un seul malade de scarlatine; mais, en 1824, une épidémie de scarlatine maligne éclata à Tours et Bretonneau, qui jusque-là avait regardé la scarlatine comme la plus bénigne des fièvres éruptives, apprit, nous dit Trousseau, à la redouter à l'égal du typhus et de la peste.

Les formes nerveuses et hémorrhagiques se terminent par la mort dans la plupart des cas; il en est de même des scarlatines compliquées de péricardite, de méningite ou d'arthrites suppurées.

Dans le pronostic, il faut tenir compte de la fréquence de la néphrite qui se manifeste quelquefois d'une façon tardive à la période de desquamation.

PROPHYLAXIE. TRAITEMENT. — La scarlatine étant contagieuse, il faut isoler les malades, il faut surtout éloigner d'eux les enfants et les jeunes gens qui n'ont pas encore eu cette fièvre éruptive et qui présentent une prédisposition dépendant de l'âge.

La belladone a été conseillée à titre de prophylactique pendant les épidémies de scarlatine. Cette pratique ne mérite pas plus de confiance que l'inoculation préventive tentée par Miquel d'Amboise.

Dans les cas légers et moyens, il suffit d'appliquer aux malades les règles d'hygiène qui conviennent à tous les fébricitants; contre l'angine on prescrira quelques gargarismes astringents, on pourra aussi badigeonner la gorge avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent.

Dans les formes nerveuses et hyperpyrétiques, le traitement par l'eau froide est le seul qui ait donné de bons résultats. C'est à Currie (1798) que revient le mérite d'avoir montré les avantages de cette médication qu'il mit en usage avec succès chez ses deux fils atteints de scarlatines graves. Trousseau conseille de procéder ainsi qu'il suit: le malade étant placé dans une baignoire vide, on lui jette sur le corps trois ou quatre seaux d'eau à la température de

20 à 25 degrés centigrades; l'affusion dure une minute au maximum; le malade est enveloppé dans ses couvertures, puis replacé dans son lit sans avoir été essuyé; la réaction s'établit le plus souvent au bout d'un quart d'heure. Les affusions sont renouvelées une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, suivant la gravité des cas. Lorsque la peau était pâle avant l'affusion, elle prend une coloration bien plus foncée immédiatement après, l'agitation et le délire se calment, l'oppression diminue et les malades éprouvent une sensation de bien-être.

Les affusions froides sont surtout indiquées dans les formes nerveuses ataxiques; dans les scarlatines hyperpyrétiques avec éruption très-abondante, comme il s'agit simplement d'abaisser la température et qu'il n'est plus nécessaire de provoquer une vive réaction, les bains tièdes ou progressivement refroidis sont préférables aux affusions froides.

Dans la scarlatine hémorrhagique on prescrira les acides et les astringents.

On recommande généralement de soustraire les scarlatineux à toutes les causes de refroidissement jusqu'à la fin de la période de desquamation, il est vrai qu'on a observé quelquefois chez ces malades l'anasarque *a frigore*, mais l'anasarque qui, dans l'immense majorité des cas, est sous la dépendance de la néphrite, se produit chez des malades qui n'ont jamais quitté une chambre bien chauffée et qui n'ont subi aucun refroidissement. Si la saison est favorable, il n'y a aucun inconvénient à ce que les scarlatineux sortent avant la fin de la période de desquamation, d'autant plus que l'épiderme mortifié ne présente pas, au point de vue de la sécurité publique, les dangers des croûtes de la variole.

On examinera de temps à autre les urines. On doit surveiller les reins des scarlatineux comme on surveille le cœur des rhumatisants ou l'appareil respiratoire des malades atteints de rougeole.

SYDENHAM. Médecine pratique. — GRAVES. Clin. médic., tradue., t. I, p. 395. — L. NOIROT. Histoire de la scarlatine, Paris, 1847. — TROUSSEAU. Clinique médicale, 3^e édition, t. I, p. 97. — RILLIET et BARTHEZ. Traité des maladies des enfants, t. I, p. 129. — KELSCH. Recherches anatomo-pathologiques sur la maladie de Bright (Arch. de physiologie, 2^e série, t. I, p. 745).

MALADIES MIASMATIQUES DIVERSES.

En dehors des trois grands groupes de maladies miasmatiques

qui font l'objet des précédents chapitres : *maladies typhoïdes, maladies telluriques, fièvres éruptives*, il existe encore quelques espèces morbides qui méritent de figurer dans le cadre nosologique à côté des fièvres éruptives, mais qui ne constituent pas un groupe aussi naturel que les précédents. De ce nombre sont les *oreillons, l'érysipèle*, et la *méningite cérébro-spinale épidémique* ; ce sont des maladies générales, transmissibles, qui très-probablement se répandent par l'intermédiaire d'un miasme ; leurs affinités avec les fièvres éruptives sont aujourd'hui admises par la plupart des auteurs.

OREILLONS.

Synonymie : *Parotidite épidémique, ourles, etc.*

On peut définir les oreillons : une maladie aiguë, générale, contagieuse et spécifique analogue aux fièvres éruptives, caractérisée par des localisations sur le système glandulaire et en particulier sur les glandes salivaires, les testicules et les mamelles.

Les oreillons doivent être complètement séparés des inflammations franches des parotides qui surviennent, par exemple, comme complication des fièvres graves.

On trouve dans Hippocrate une description très-exacte d'une petite épidémie d'oreillons observée par lui dans l'île de Thasos. Les pays tempérés : la France, l'Allemagne, la Suisse, l'Angleterre, les États-Unis sont fréquemment visités par les oreillons qui règnent en permanence dans les grands centres ; les épidémies d'oreillons sont moins communes dans les climats extrêmes.

ÉTIOLOGIE. — Les oreillons sont essentiellement contagieux, il nous est impossible de rapporter ici tous les exemples de contagion cités par Hamilton, Mangor, Cullen, Ozanam, Trousseau, Lombard, Rilliet, Bouteillier, Bernutz, Michel Peter, Sêta, Carpentier, Lemarchand ; nous nous contenterons de résumer des faits qui nous ont été communiqués par M. le docteur Bussard et qui nous paraissent avoir la valeur d'une véritable expérience : pendant l'hiver de 1874-1875 les oreillons régnaient dans la population civile de l'île d'Oléron ; la garnison, qui se composait de 250 hommes casernés dans l'aile droite du château d'Oléron, fut atteinte par l'épidémie au mois de janvier ; le premier cas fut observé sur un soldat qui, quinze jours auparavant, avait passé plusieurs heures dans une

chambre où se trouvaient deux enfants atteints d'oreillons ; quatre compagnons de chambrée du premier malade présentèrent bientôt après les symptômes des oreillons, puis des cas se produisirent dans les chambrées voisines ; 28 hommes furent atteints. Dans l'aile gauche du château d'Oléron se trouvaient à cette époque 220 disciplinaires de la marine soumis aux mêmes conditions météorologiques que les soldats, faisant continuellement des exercices aussi prolongés que ceux de la garnison, mais *parfaitement isolés* et ne pouvant avoir aucun rapport ni avec la population civile, ni avec les soldats de la garnison : *aucun* disciplinaire de la marine ne fut pris d'oreillons.

Une première atteinte d'oreillons confère une immunité presque complète.

Les oreillons règnent le plus souvent sous forme épidémique, ils atteignent de préférence les enfants et les jeunes gens, d'où leur fréquence dans les écoles, les collèges, les orphelinats ; dans l'armée il n'est pas rare d'observer de petites épidémies d'oreillons qui s'attaquent principalement aux jeunes soldats.

Lorsque les oreillons se déclarent dans une famille, dans une pension, dans une caserne, dans une ville, la maladie ne s'étend pas d'emblée à un grand nombre de personnes ; un ou deux cas se produisent d'abord, puis, huit à dix jours plus tard, quelques personnes sont atteintes dans l'entourage des premières ; en un mot, le développement des cas est successif, comme dans la rougeole et dans les autres maladies contagieuses, et non simultané, comme il arrive pour les maladies saisonnières. Les épidémies d'oreillons qui règnent dans les garnisons composées de plusieurs régiments sont caractéristiques à cet égard, les régiments sont atteints successivement, les uns en hiver, les autres au printemps ou en été.

Les auteurs qui ont défendu l'étiologie *a frigore* ont insisté beaucoup sur cet argument que les oreillons étaient plus communs en hiver qu'aux autres époques de l'année ; en effet, sur 117 épidémies analysées par Hirsch, 51 ont commencé en hiver, 32 au printemps, 15 en été, 19 en automne ; c'est un fait bien connu que toutes les maladies contagieuses sont plus communes en hiver qu'en été, cela est vrai même pour la gale ; le confinement dans les habitations qui est la conséquence du froid favorise l'extension de toutes les maladies transmissibles ; la plus grande fréquence des oreillons en hiver peut donc être invoquée par les contagionistes, aussi bien que par les partisans de l'étiologie *a frigore*.

Il est possible que le froid puisse donner lieu à des parotidites sporadiques, mais l'oreillon proprement dit se développe toujours sous l'influence d'un miasme spécifique qui se transmet des malades aux personnes qui les entourent; quelques faits démontrent que la contagion peut se produire non-seulement à la période d'état, mais aussi pendant la période de convalescence.

La durée de l'incubation est de huit à dix jours en moyenne; d'après Rilliet elle pourrait être de vingt-six jours.

DESCRIPTION. — La tuméfaction des régions parotidiennes constitue le symptôme fondamental de la maladie, elle peut être précédée de quelques phénomènes généraux : malaise, courbature, horripilations, frissons, fièvre, le plus souvent les symptômes locaux marquent seuls le début de la maladie.

Les malades ressentent de la douleur dans l'une des régions parotidiennes qui se tuméfie rapidement, celle du côté opposé ne tarde pas à se prendre; il est rare que l'oreillon soit simple.

Le degré de tuméfaction des régions parotidiennes est variable : tantôt il s'agit d'un simple engorgement qui passe facilement inaperçu quand l'attention n'est pas éveillée à cet égard; tantôt la tuméfaction envahit non-seulement les régions parotidiennes, mais aussi les parties voisines et s'étend jusqu'à la base du cou; la tête et le cou prennent une apparence pyriforme qui rend les malades à la fois grotesques et méconnaissables (Rilliet); les formes moyennes sont de beaucoup les plus communes.

Dans quelques cas les glandes sous-maxillaires et les sublinguales se prennent comme les parotides.

Lorsque les oreillons sont volumineux, la peau est rouge, tendue à leur niveau, douloureuse à la pression. Les douleurs spontanées sont plus ou moins vives suivant le degré de tuméfaction des glandes; ordinairement les malades accusent seulement une sensation de roideur, de tension pénible dans les régions parotidiennes; les mouvements de la mâchoire nécessités par la mastication sont particulièrement douloureux.

Chose remarquable, cette tuméfaction qui se présente avec les caractères classiques de l'inflammation aboutit très-rarement à la suppuration.

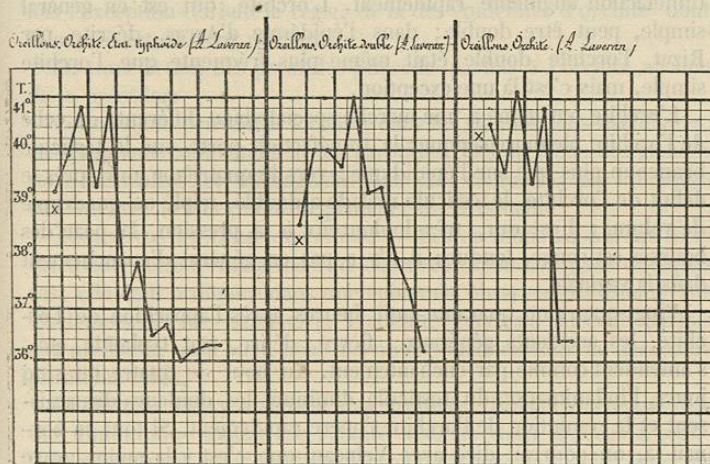
Quelques observateurs ont noté de la rougeur et de la sécheresse de la muqueuse buccale, ce sont là tout au moins des phénomènes inconstants.

Les enfants ont souvent, à la période d'état, une fièvre légère qui

ne dure que vingt-quatre ou quarante-huit heures, accompagnée de vomissements ou d'épistaxis; les adultes éprouvent des symptômes d'embarras gastrique et une lassitude générale.

Vers le quatrième jour la maladie entre en décroissance; les phénomènes critiques : sueurs, évacuations alvines, ptyalisme, signalés par quelques auteurs, font le plus souvent défaut.

Chez les enfants la maladie se borne à ces symptômes très-simples; chez les adultes, il n'est pas rare de voir une fièvre vive s'allumer au moment où le gonflement des parotides diminue; la température s'élève brusquement à 40 ou 41 degrés (fig. 16, 17 et 18), les malades présentent des symptômes nerveux accompagnés



× Apparition de l'orchite.

FIG. 16.

FIG. 17.

FIG. 18.

quelquefois d'un état typhoïde et bientôt l'un des deux testicules ou les deux testicules se tuméfient. L'orchite consécutive aux oreillons est si commune chez l'adulte qu'elle doit rentrer dans la description même de la maladie et non dans le chapitre des accidents et complications. En réunissant 432 cas d'oreillons observés chez des militaires, nous avons trouvé 156 cas d'orchite simple ou double. L'activité fonctionnelle des testicules chez l'adulte appelle en quelque sorte les localisations morbides, tandis que chez l'enfant

ces glandes qui sommeillent encore restent le plus souvent indemnes.

L'orchite se produit en général au moment où les tuméfactions parotidiennes commencent à se dissiper, ce qui a fait dire que le mal se déplaçait, qu'il y avait *métastase* de la parotide sur le testicule; mais à côté des faits où l'orchite succède à l'oreillon, il en est d'autres où les deux manifestations morbides évoluent presque en même temps, d'autres enfin où l'orchite se présente d'emblée sans tuméfaction des parotides et constitue à elle seule toute la maladie.

Les malades éprouvent dans l'un des testicules une sensation de pesanteur et une douleur assez vive, surtout lorsqu'ils se lèvent; la tuméfaction augmente rapidement. L'orchite, qui est en général simple, peut être double; dans l'épidémie d'Arras, décrite par Rizet, l'orchite double était même plus fréquente que l'orchite simple, mais c'est là une exception.

L'orchite ourlienne a une marche spéciale bien différente de celle de l'orchite blennorrhagique: la tuméfaction porte sur le testicule beaucoup plus que sur l'épididyme; vers le quatrième jour après le début de l'orchite, le testicule malade a doublé, triplé ou quadruplé de volume; il est dur, très-douloureux à la pression, la peau des bourses est rouge, tendue; il n'y a pas en général d'épanchement dans la vaginale.

Vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'apparition de l'orchite, les accidents généraux: fièvre, délire, état typhoïde, etc., s'amendent comme par enchantement. Au bout de quatre ou cinq jours, l'inflammation du testicule diminue, les douleurs disparaissent et la résolution de l'orchite s'opère rapidement. Si tout se bornait là, on pourrait dire avec Velpeau que c'est « la moins grave de toutes les orchites connues »; malheureusement on observe très-souvent une atrophie consécutive du testicule.

La mastite ourlienne est beaucoup plus rare que l'orchite; les trois observations citées par Trenel (thèse de Strasbourg, 1812) ont été reproduites par la plupart des auteurs; l'engorgement mammaire peut se rencontrer chez les hommes comme chez les femmes.

La tuméfaction des grandes lèvres et celle des ovaires est plus rare encore que celle des mamelles; il n'existe dans la science que deux observations précises d'ovarite consécutive aux oreillons, ces observations ont été publiées par Meynet (Société des sc. méd. de Lyon, 1865) et Bouteillier (thèse, Paris, 1866).

Formes anormales. La tuméfaction des régions parotidiennes

peut être très-peu marquée et passer complètement inaperçue; cette forme abortive est importante à connaître, car, malgré le faible degré du gonflement parotidien, des accidents graves peuvent se produire tout à coup; l'existence antérieure d'une douleur ou d'une tuméfaction, si faible qu'elle ait été, au niveau des régions parotidiennes, fournira au diagnostic une indication précieuse; d'autre part, ces formes atténuées des oreillons donnent l'immunité comme les formes graves.

Un grand nombre de faits démontrent que l'orchite simple ou double peut constituer la seule manifestation des oreillons, la tuméfaction des glandes salivaires faisant complètement défaut; quelquefois l'exception devient la règle, de là des épidémies d'orchite dont la nature est souvent méconnue.

La tuméfaction des parotides succède parfois à l'orchite au lieu de la précéder.

Les oreillons peuvent se localiser dans les glandes sous-maxillaires, en épargnant complètement les parotides. Les oreillons des glandes sous-maxillaires et sublinguales ont été confondus par quelques auteurs avec le phlegmon du plancher de la bouche.

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS. — Les oreillons suppurent très-rarement, cette terminaison a été observée cependant dans quelques cas; elle était ordinaire dans une épidémie observée par Dionis sur les demoiselles de Saint-Cyr. L'adénite cervicale succède parfois aux oreillons; on a aussi noté des otites, mais ce sont là des complications rares.

Le docteur Hatry a signalé des troubles visuels caractérisés par une diminution notable de l'acuité visuelle dans des cas d'oreillons volumineux; à l'ophthalmoscope on trouve la papille injectée et parfois recouverte par un cercle d'infiltration œdémateuse. D'après Hatry, les oreillons agiraient en empêchant la circulation de retour dans les vaisseaux du cou.

Des oreillons très-volumineux peuvent donner lieu à des accidents de suffocation, la mort peut même se produire par œdème de la glotte.

La néphrite albumineuse a été observée quelquefois à la suite des oreillons (Pratolongo, Renard, L. Colin).

L'orchite ourlienne ne se termine jamais par suppuration, il n'y a pas non plus d'induration persistante de l'épididyme, comme dans l'orchite blennorrhagique; l'atrophie du testicule est au contraire un accident très-fréquent. Lorsque la résolution de l'orchite

est terminée on constate que le testicule du côté malade est beaucoup moins ferme que celui du côté sain; l'atrophie se produit lentement, aussi passe-t-elle facilement inaperçue quand on n'a pas l'occasion d'examiner les malades plusieurs mois après qu'ils ont subi les oreillons. Cette atrophie a été signalée dès 1764 par Hamilton, puis par Murat (1803); dans une épidémie observée par Dogny sur la garnison de Mont-Louis, en 1828, 27 malades eurent des orchites consécutives aux oreillons, et dans tous ces cas il y eut atrophie plus ou moins complète du testicule enflammé; c'est à Dogny que revient le mérite d'avoir signalé la fréquence de l'atrophie du testicule à la suite de l'orchite ourlienne. Grisolle a rapporté en 1866 quatre exemples de cet accident. Les médecins de régiment sont bien placés pour observer ces faits; les oreillons sont communs dans l'armée et fréquemment compliqués d'orchite; de plus, il est facile de retrouver les militaires après leur sortie de l'hôpital et de les soumettre à un nouvel examen; 98 cas d'orchite suivis avec soin par Dogny, Chatain, Chauvin, Juloux et Laurens ont fourni 66 cas d'atrophie plus ou moins complète du testicule. Dogny et Laurens ont noté dans plusieurs cas une diminution de la puissance virile et des appétits vénériens. L'atrophie complète des deux testicules a pour conséquence l'impuissance et le féminisme s'il s'agit d'adolescents incomplètement formés.

La convalescence des oreillons est parfois longue et difficile; cette affection, si légère en apparence, donne lieu à un état de prostration et d'anémie qui est long à se dissiper, nouvelle preuve qu'il s'agit bien d'une maladie générale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les oreillons se terminant presque toujours par la guérison, il s'en suit que leur anatomie pathologique est très-pauvre; la lésion principale paraît consister en une infiltration œdémateuse du tissu conjonctif des glandes salivaires; il est probable que le tissu glandulaire participe dans une certaine mesure à l'altération, comme cela se voit dans les parotidites idiopathiques qui se terminent souvent par suppuration.

L'atrophie testiculaire paraît être une atrophie simple des tubes séminifères; il n'y a pas de prolifération du tissu conjonctif interstitiel. Chez un malade mort d'albuminurie aiguë consécutive aux oreillons, l'un de nous a pu constater l'existence d'une néphrite interstitielle aiguë.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Lorsque les oreillons suivent une marche régulière, et que la tuméfaction des parotides est bien pro-

noncée, le diagnostic est facile. L'adénite cervicale ne se limite pas à la région parotidienne; elle ne donne pas la même sensation d'empiètement œdémateux, et la palpation permet souvent de reconnaître l'existence de petites tumeurs arrondies, roulant sous le doigt, qui ne sont autres que les ganglions lymphatiques. La marche de l'adénite est du reste bien différente de celle des oreillons; tantôt il s'agit d'une adénite aiguë qui se termine par suppuration, tantôt d'une adénite chronique avec ces chapelets ganglionnaire, et ces abcès fistuleux qui se rencontrent principalement chez les scrofuleux. Les parotidites proprement dites, que l'on peut confondre avec les oreillons, se rapportent à trois espèces principales: 1° la parotidite idiopathique sporadique, qui peut se développer sous l'influence d'un courant d'air froid, et qui à cause de cela a reçu quelquefois le nom de *parotidite rhumatismale*, espèce très-rare du reste; 2° la parotidite produite par la propagation d'une inflammation de la muqueuse buccale aux conduits salivaires, dans la stomatite mercurielle, par exemple; 3° les parotidites survenant comme complication de certaines maladies générales graves: fièvre typhoïde, typhus, choléra, etc...; ces dernières se terminent presque toujours par suppuration ou par gangrène et, comme l'a dit Trousseau, ce serait une grossière erreur de les confondre avec les oreillons.

Les formes anormales sont quelquefois d'un diagnostic difficile, les accidents généraux qui précèdent l'apparition de l'orchite ont fait croire bien souvent à des maladies graves: fièvre typhoïde, méningite, etc...; l'erreur est surtout facile quand la tuméfaction des régions parotidiennes a été peu apparente.

L'orchite ourlienne se distingue nettement de l'épididymite blennorrhagique par son siège dans le testicule lui-même, par son évolution rapide, enfin par l'absence d'écoulement urétral.

Les oreillons des glandes sous-maxillaires ou sublinguales ne seront pas confondus avec le phlegmon du plancher de la bouche, qui se termine en général par suppuration.

Les oreillons entraînent très-rarement la mort, néanmoins ils constituent une maladie sérieuse, qu'il ne faut pas traiter trop légèrement; ils peuvent se compliquer d'accidents généraux graves, d'œdème aigu de la glotte, de néphrite albumineuse; ils jettent parfois l'organisme dans un état de faiblesse et d'anémie qui ne se dissipe que lentement; enfin chez l'adulte ils peuvent avoir pour conséquence l'atrophie d'un ou des deux testicules. Chez les enfants leur pronostic est plus favorable, les complications sont plus rares.

PROPHYLAXIE. TRAITEMENT. — Quand les oreillons règnent dans une pension, dans une caserne, il est bon d'isoler les malades, afin que l'épidémie ne prenne pas une trop grande extension. L'isolement nous paraît indiqué surtout dans les épidémies qui règnent sur les adultes.

Dans la plupart des cas on peut se dispenser de toute médication active; il suffit de prescrire le repos et la diète s'il y a un mouvement fébrile; les malades ne s'exposeront pas au froid, qui pourrait provoquer un œdème de la glotte. Si les régions parotidiennes sont tendues, douloureuses, on fera faire des onctions avec l'huile d'olives, de camomille ou de morphine.

Chez l'adulte, il faudra conseiller le repos au lit dès le début des oreillons; on a souvent remarqué que les individus qui continuaient à se livrer à des occupations fatigantes après l'apparition des oreillons étaient plus sujets aux orchites que les autres et que chez eux les orchites prenaient un très-gros volume.

Lorsque l'orchite s'est déclarée il faut prescrire le repos au lit, les bourses étant relevées sur l'abdomen à l'aide d'un suspensoir convenable; il est bon de faire prendre une bouteille d'eau de Sedlitz. Les émissions sanguines ne sont pas nécessaires et il n'est pas non plus démontré que le jaborandi abrège la durée de l'orchite qui, spontanément, entre en résolution vers le quatrième ou cinquième jour.

Dans les cas où des symptômes graves se produisent avant l'apparition de l'orchite, on doit les combattre à l'aide de médications appropriées; contre l'adynamie, la prostration, on prescrira les révulsifs, les excitants diffusibles, etc... Il faut bien savoir du reste que la gravité de ces accidents est plus apparente que réelle.

DOGNY. *Transact. medic. (Journ. de méd. prat., 1831, t. III, p. 26 et Rec. mém. méd. milit., 1831).* — TROUSSEAU. De la contagion des oreillons (*Arch. gén. de médecine, 1854 et Clinique de l'Hôtel-Dieu, t. I, p. 494*). — GRISOLLE. De l'atrophie des testicules consécutive aux oreillons (*Gaz. des hôpitaux, 1866, p. 56*). — RILLIET. Mémoire sur l'épidémie de Genève (*Gazette médicale, 1850*). — RILLIET et BARTHEZ. Traité des maladies des enfants, 1861, t. II, p. 609. — A. LAVERAN. Traité des maladies des armées, p. 549. — L. COLIN. Rapports des oreillons avec les fièvres éruptives (*Union médicale, 1876*). — CHAUVIN. Relation d'une épidémie d'oreillons (*Recueil de mémoires de méd. milit., 1876, p. 473*). — A. JULOUX. Contribution à l'étude des oreillons et de leurs métastases (*Même rec., 1876, p. 478*). — HATRY. Considérat. sur les troubles visuels conséc. aux oreillons (*Même rec., 1876, p. 305*). — LAURENS. Note sur une épid. d'oreillons (*Même rec., 1876, p. 603*). — A. LAVERAN. Art. Oreillons, Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (inédit). — J. GAILHARD. Étude sur la maladie appelée oreillons, thèse. Montpellier, 1877.

ÉRYSIPELE.

L'érysipèle est une maladie générale, aiguë, fébrile, caractérisée par une inflammation de la peau ou des muqueuses à marche progressivement extensive.

On distingue en général l'érysipèle chirurgical, qui est une complication des plaies, et l'érysipèle spontané ou médical qui siège le plus souvent à la face; cette distinction est loin d'être absolue.

ÉTIOLOGIE. — Lorsqu'on explore avec soin les malades atteints d'érysipèle de la face, on arrive souvent à reconnaître que l'inflammation a pris naissance autour de vésicules d'eczéma ou d'herpès, au niveau d'excoriations du nez ou des lèvres, en un mot, sur un point où la peau n'est plus protégée par son revêtement épidermique. Dans les cas où la peau est intacte, il y a eu tout d'abord une angine ou un coryza et l'érysipèle des muqueuses s'est propagé par continuité de tissus à la peau de la face. Il existe probablement un miasme qui est susceptible de pénétrer soit par les muqueuses, soit par les érosions de la peau, ainsi que cela se voit pour la diphthérie, et la diffusion possible de ce miasme explique pourquoi l'érysipèle prend quelquefois un caractère épidémique et contagieux. Mais à côté de ces érysipèles de cause externe qui sont, croyons-nous, les plus nombreux, il faut admettre aussi des érysipèles de cause interne; tels sont, en particulier, les érysipèles dits à répétition, que l'on voit se produire chez quelques femmes aux époques menstruelles.

DESCRIPTION. — L'érysipèle de la face débute brusquement; la période d'ascension est très-courte, en quelques heures la température s'élève à 40 degrés, en même temps on observe un frisson plus ou moins violent, de la céphalalgie, du malaise, des nausées et quelquefois des vomissements.

La rougeur et le gonflement de la peau, caractéristiques de l'érysipèle, se montrent bientôt; en général l'inflammation occupe tout d'abord le nez pour s'étendre de là d'une façon symétrique aux deux côtés de la face. Lorsque l'érysipèle se développe d'abord au niveau de l'isthme du gosier, il gagne la face en suivant les fosses nasales jusqu'à leurs orifices externes ou bien les conduits lacrymaux; dans le premier cas, il apparaît autour des narines; dans le deuxième, autour des points lacrymaux; les plaques érysipélateuses qui vont s'élargissant peu à peu à la périphérie, comme font des taches