

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

d'huile, ne tardent pas à se réunir sur la ligne médiane, tandis que sur les parties latérales de la face elles se développent régulièrement et avec une symétrie souvent remarquable. D'après quelques auteurs, l'angine érysipélateuse pourrait se propager par les trompes d'Eustache, l'oreille moyenne et l'oreille externe, sans rupture de la membrane du tympan.

Les parties de la peau envahies par l'érysipèle sont rouges, tuméfiées, douloureuses à la pression; la tuméfaction est surtout marquée aux paupières qui, dans les cas où l'inflammation est vive, ne peuvent plus s'ouvrir; sur les limites de la zone érysipélateuse, on trouve un relief très-caractéristique qui sépare nettement les parties saines des parties malades. Ce bourrelet dessine souvent au-dessus de la racine du nez une courbe qui, s'agrandissant peu à peu, gagne la racine des cheveux, puis le cuir chevelu. Le cuir chevelu ne rougit pas comme la peau du visage, mais il devient douloureux à la pression, ce qui permet de reconnaître s'il est envahi. A mesure que l'inflammation s'étend, les parties atteintes les premières reviennent à l'état normal et commencent à se desquamer.

L'intensité des douleurs est assez variable, tantôt les malades accusent à peine une légère sensation de cuisson au niveau de l'érysipèle, tantôt ils se plaignent de douleurs extrêmement vives, surtout aux oreilles et au cuir chevelu; ces douleurs semblent tenir à ce que la peau de ces parties se laisse difficilement distendre par l'exsudat inflammatoire. La pression est toujours douloureuse, mais là aussi il y a des degrés; certains malades ne peuvent pas supporter le moindre attouchement, tandis que chez d'autres il faut exercer une véritable pression pour provoquer de la douleur.

Au centre de la zone érysipélateuse il n'est pas rare de voir se former des phlyctènes; l'épiderme est soulevé par de la sérosité citrine comme à la suite des brûlures au deuxième degré.

Les ganglions sous-maxillaires se tuméfient souvent.

Tandis que l'inflammation s'étend ainsi à la face d'abord, puis au cuir chevelu, la fièvre persiste, elle est continue avec des rémissions matinales plus ou moins marquées (fig. 19 et 20). La soif est vive, la langue blanche ou jaunâtre, humide, saburrale, l'anorexie est complète, les nausées et les vomissements du début peuvent persister à la période d'état, la constipation est la règle; la céphalalgie est intense et parfois il survient de l'agitation et du délire.

La défervescence se produit du huitième au dixième jour, elle est brusque, critique, souvent accompagnée de sueurs abondantes.

La peau de la face se desquame, les cheveux tombent, mais ils repoussent, au moins partiellement, au bout de quelque temps.

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS. — L'inflammation érysipélateuse peut se propager de la peau à la muqueuse de l'isthme du gosier à travers les fosses nasales, puis au larynx, à la trachée et aux bronches. Hippocrate avait déjà signalé les dangers de cette extension de

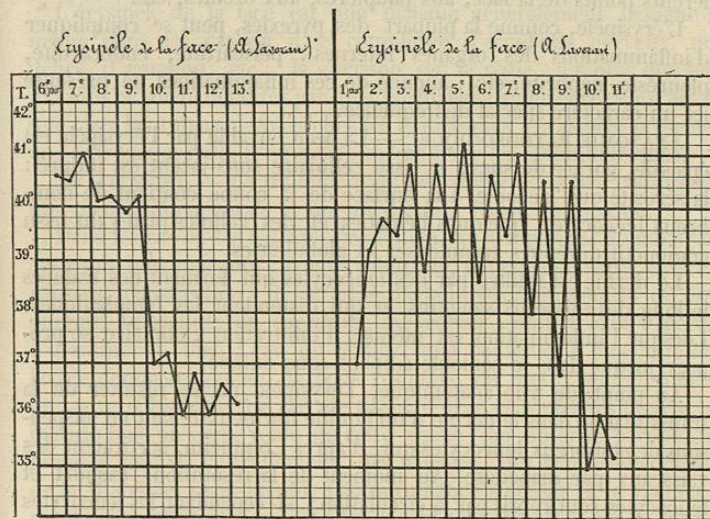


FIG. 19.

FIG. 20.

l'érysipèle vers les parties profondes; la mort peut être la suite d'un œdème du larynx, d'une bronchite généralisée ou d'une pneumonie.

Les accidents nerveux prennent quelquefois une intensité très-grande, le délire, l'agitation, l'ataxie prédominent dans certains cas; dans d'autres, c'est l'adynamie qui l'emporte.

La méningite, rangée autrefois parmi les complications les plus communes de l'érysipèle du cuir chevelu, n'est rien moins que fréquente; il faut chercher une autre cause au délire qui s'observe souvent chez les malades atteints d'érysipèle de la face; l'alcoolisme peut être invoqué dans certains cas, mais non dans tous; d'après M. Jaccoud, le délire serait souvent la conséquence de l'anémie

cérébrale, l'érysipèle donnant lieu à une dérivation énergique vers les parties superficielles.

Il est rare que l'érysipèle de la face gagne le tronc et les membres, qu'il devienne *ambulant*, quelquefois cependant il s'étend à la nuque et au dos.

A la période de résolution il se forme souvent des abcès sur différents points de la face, aux paupières, aux oreilles, etc.

L'érysipèle, comme la plupart des pyrexies, peut se compliquer d'inflammations des organes internes : péricardite, endocardite, pleurésie, néphrite, etc. ; aucune de ces inflammations ne présente ici un caractère spécial de fréquence.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La peau envahie par l'érysipèle est épaissie, gorgée de sucs ; le tissu cellulaire sous-jacent est induré ; la sérosité qui s'écoule à la surface de la coupe contient de nombreux leucocytes, quelques hématies et des cellules plates du tissu conjonctif devenues granuleuses et globuleuses.

Le derme est infiltré par des leucocytes qui forment des traînées le long des vaisseaux sanguins et qui distendent les lymphatiques. Lorsque l'inflammation est intense, l'infiltration globulaire se propage jusque dans le panicle adipeux sous-cutané.

Au point de vue anatomique, l'érysipèle paraît résulter de la transsudation dans le derme d'un liquide fibrineux tenant en suspension de nombreux leucocytes qui, d'après Cohnheim, sortiraient des vaisseaux par diapédèse. Au moment de la résolution, exsudat et leucocytes sont repris par la circulation ; si cependant les leucocytes épanchés en dehors des vaisseaux sont très-abondants, ils meurent et se transforment en globules de pus, d'où la fréquence des abcès ; les globules blancs, alors même qu'ils ont donné lieu à des collections fluctuantes, peuvent quelquefois rentrer dans la circulation ; nous avons vu plusieurs fois de petits abcès consécutifs à l'érysipèle se terminer par résolution.

La néphrite, qui vient quelquefois compliquer l'érysipèle, est généralement une néphrite interstitielle, comme dans la scarlatine.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Le début brusque de la maladie par un frisson, les températures élevées, la rougeur et la tuméfaction de la face, le bourrelet œdémateux qui marque la limite des parties saines et des parties malades, la marche progressivement extensive de l'inflammation, sont des caractères pathognomoniques de l'érysipèle. On ne confondra l'érysipèle de la face ni avec l'eczéma aigu, ni avec la variole confluente au début, car dans ces

deux maladies la rougeur et la tuméfaction de la face se produisent d'une seule poussée et la peau ne tarde pas à se recouvrir de vésicules dans le premier cas, de papules, puis de pustules dans le deuxième.

Nous nous occuperons dans un autre chapitre du diagnostic de l'angine érysipélateuse (Voyez *Angines*).

L'érysipèle de la face est une maladie généralement bénigne ; même dans les cas où il se complique d'accidents nerveux, de délire, d'agitation, etc., la guérison est la règle, à moins que les malades ne soient débilités par quelque maladie antérieure ; c'est ainsi que chez les tuberculeux et chez les diabétiques l'érysipèle présente une extrême gravité, il en est de même pour les albuminuriques.

TRAITEMENT. — Le traitement de l'érysipèle de la face comprend une médication générale et une médication locale ou topique.

Dans les cas où les malades présentent des symptômes d'embarras gastrique bien marqués : langue saburrale, bouche mauvaise, amère, nausées, constipation, il est utile d'administrer un vomitif ou un purgatif au début ; on prescrira une potion vomitive avec : ipéca, 1 gramme ou bien : eau de Sedlitz, une bouteille. L'émétique en lavage donne également de bons résultats, on met 5 centigrammes de tartre stibié dans un pot de tisane d'orge et toutes les heures le malade boit un demi-verre de cette tisane ; on observe parfois, le premier jour de ce traitement, des nausées, des vomissements ou de la diarrhée, mais bientôt l'accoutumance s'établit et le médicament ne produit plus qu'un effet sédatif très-favorable sur la fièvre et sur les accidents nerveux.

Lorsque le délire est violent, on peut prescrire soit l'opium (5 à 10 centigrammes d'extrait d'opium), soit le chloral à la dose de 2 à 4 grammes.

Dans les cas où l'adynamie prédomine, on fera prendre du vin, du bouillon, de l'extrait ou du vin de quinquina.

Les émissions sanguines sont rarement indiquées.

On a conseillé un grand nombre de médications topiques pour arrêter l'érysipèle dans sa marche envahissante, les vésicatoires, les badigeonnages iodés, le collodion riciné, la pommade au nitrate d'argent ont été préconisés tour à tour ; ces moyens peuvent rendre des services dans l'érysipèle dit chirurgical qui survient comme complication d'une plaie et qui n'a pas, autant que l'érysipèle de la face, les allures d'une maladie générale. Nous avons réussi quelquefois à arrêter des érysipèles ambulants du tronc ou des membres à l'aide

de badigeonnages iodés faits sur les limites de la surface malade, mais il est, croyons-nous, inutile d'essayer de s'opposer à la marche de l'érysipèle de la face. En fait de moyens topiques, il faut seulement conseiller ceux qui peuvent soulager les malades ou diminuer la fluxion inflammatoire. Dans les cas où les douleurs ne sont pas vives, il suffit de saupoudrer la face avec de la poudre de riz ou d'amidon; lorsque la sensation de brûlure est très-pénible, il faut appliquer sur la face une compresse que l'on trempe toutes les demi-heures dans de l'eau émoullente; on fait à la compresse des trous pour le nez, les yeux et la bouche.

On éloignera des malades atteints d'érysipèle tous les individus qui ont des plaies, si petites qu'elles soient.

A. DESPRÉS. Traité de l'érysipèle. Paris, 1862. — TROUSSEAU. Clin. méd., t. I, p. 174. — CIURE. De l'érysipèle du pharynx, thèse, Paris, 1864. — BÉNIER. Leçon sur l'érysipèle (Clin. méd., 1864, p. 49). — J. SIMON. Érysipèle du pharynx, du larynx et des bronches (Arch. gén. de méd., 1865). — MARTIN. De la contagion dans l'érysipèle, thèse, Paris, 1865. — JACCOUD. Leçon sur l'érysipèle (Clinique de Lariboisière, 1874, p. 784). — MAURICE RAYNAUD. Art. Érysipèle in Nouv. Dictionn. de méd. et de chir. pratiques. — SEVESTRE. Manifestations cardiaques de l'érysipèle, thèse, Paris, 1871. — J. RENAULT. Contribut. à l'étude anatomique et clinique de l'érysipèle et des œdèmes de la peau, thèse, Paris, 1874. — RITH. Essai sur la nature et la contagion de l'érysipèle, thèse, Paris, 1875. — RÉVOUY. Des relations de l'érysipèle avec les affections rénales, thèse, Paris, 1876.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE.

La méningite cérébro-spinale est caractérisée, comme son nom l'indique, par une inflammation des méninges cérébro-spinales, mais par sa marche épidémique et par son caractère contagieux, elle s'éloigne des phlegmasies franches; la plupart des auteurs, tout en différant sur la place exacte qu'il convient de lui assigner dans le cadre nosologique, s'accordent à reconnaître qu'il s'agit d'une maladie générale, spécifique.

L'histoire de la méningite cérébro-spinale ne commence guère qu'en 1837; à cette époque, elle règne à Bayonne, à Dax, à Bordeaux, à Toulon, puis dans la province de Constantine où l'épidémie est importée par des troupes venues de France; le foyer épidémique du midi de la France s'étend, en 1839, à Nîmes et à Avignon, puis, l'année suivante, à Perpignan et à Grenoble; partout, sauf à Aigues-Mortes, la maladie sévit presque exclusivement sur la population militaire. De 1840 à 1842, la méningite cérébro-spinale règne

dans un grand nombre de nos garnisons, notamment à Versailles, à Metz, à Strasbourg, à Nancy; elle semble disparaître en 1843 et 1844, mais elle se réveille en 1845; de 1845 à 1851, elle sévit sur un grand nombre de points soit en France, soit en Algérie, en montrant toujours la même prédilection pour la population militaire.

La méningite cérébro-spinale a régné également en Italie, en Espagne, dans l'Amérique du Nord, en Danemarck, en Suède (1854-1855), en Norwège, en Allemagne; dans ces dernières épidémies, la population civile a été atteinte dans une plus forte proportion que la population militaire, contrairement à ce qui avait eu lieu en France.

ÉTIOLOGIE. — Un grand nombre de faits démontrent que la méningite cérébro-spinale est contagieuse, importable; les régiments dans leurs migrations ont souvent transporté la maladie de garnison en garnison; le développement des épidémies de méningite est successif, la maladie se limite d'abord à une maison, à une caserne, puis elle rayonne de ce foyer et elle crée des foyers secondaires. Ces épidémies sont plus remarquables par la gravité que par le nombre des cas.

Presque toujours la méningite épidémique a régné pendant la saison froide; lorsque les épidémies ont duré plusieurs années, comme à Bayonne, à Metz et en Suède, c'est avec des rémissions très-marquées pendant la saison chaude. En France, sur cinquante-quatre épidémies, quarante-sept ont eu leur début dans la saison froide. Les épidémies de méningite cérébro-spinale ont sévi : dans la population civile, sur les enfants; dans la population militaire, sur les recrues presque exclusivement; enfin, presque partout, elles ont coïncidé avec les fièvres éruptives. Au point de vue étiologique, la méningite cérébro-spinale se rapproche beaucoup plus des fièvres éruptives et de la scarlatine en particulier que des maladies typhoïdes avec lesquelles quelques observateurs ont voulu la confondre sous le nom de *typhus cérébro-spinal*; les conditions d'encombrement, si favorables au développement du typhus, ne jouent aucun rôle dans l'étiologie de la méningite cérébro-spinale. Il est possible que, dans certaines conditions et en particulier sous l'influence de refroidissements, la scarlatine se localise sur les méninges, de même qu'elle se localise chez certains malades sur les plèvres, le péricarde ou les séreuses articulaires; nous verrons plus bas que quelques symptômes de la méningite cérébro-spinale autorisent cette supposition.