

C'est dans ces orchites tumultueuses avec état typhoïde qu'on a prescrit les médications les plus énergiques. Ici encore, ce ne sont que des indications à remplir : bains froids au besoin. Le plus souvent d'ailleurs, comme l'a montré M. Laveran, la durée de ces symptômes est courte, et l'orage s'apaise en quelques jours.

Si l'orchite est bénigne ou fruste, on emploiera les mêmes moyens que pour l'orchite traumatique ou blennorrhagique. Rarement les sangsues seront indiquées; on relèvera le testicule, couvert d'un cataplasme laudanisé, et on l'appuiera sur une planchette ou un carton; parfois même le simple suspensoir ouaté suffit pour atténuer les douleurs.

Dans certains cas, nous avons vu le liquide, d'ordinaire peu abondant dans la vaginale, être assez notable pour donner de la fluctuation; des ponctions avec une seringue de Pravaz ont alors toujours procuré un soulagement immédiat, durable et un abaissement de la température. Nous avons pu suivre nos malades et n'avons jamais observé de conséquence fâcheuse à la suite de ces ponctions, que nous préférons à celles qu'on a pratiquées avec une lancette.

Mais en dehors de ce traitement symptomatique, banal, existe-t-il un agent thérapeutique permettant d'abrèger la durée de l'orchite et d'en prévenir la conséquence la plus fâcheuse, c'est-à-dire l'atrophie?

L'anémone pulsatile (*Anemona pulsatilla*) et son alcaloïde, l'anémone, ont été employés dans le traitement de l'orchite en général et dans celui de l'orchite ourlienne.

Henderson a vanté le salicylate de soude à la dose de 6 grammes, et Glenereau, l'ergotine.

Mais il est un médicament qui jouit encore de quelque réputation et qui a été proposé par MM. Czernicky et Emmerly-Desbrousse, c'est le *jaborandi*, que ces médecins donnaient à la dose de 2 grammes par jour, infusés dans 300 grammes d'eau. M. Laveran a fait très judicieusement remarquer que, dans les observations citées par ces auteurs, l'administration du médicament avait eu lieu le quatrième jour après le début de l'orchite; or, le plus souvent, le quatrième ou cinquième jour, l'orchite ourlienne entre spontanément en résolution. De plus, M. Sorel, qui a suivi cette méthode, a eu trois atrophies sur quatre cas, et Védrennes regardait ce traitement comme nul.

Néanmoins, M. Martin a continué à soutenir la valeur de cette médication, mais il l'a modifiée, et, au lieu du *jaborandi*, il emploie son alcaloïde, la pilocarpine, qu'il donne en injection hypodermique de 1 centigramme tous les deux jours. Ces injections seraient rapidement suivies d'une sédation de la douleur, d'une chute de la tempé-

rature, et le résultat le plus remarquable serait que, dans un délai de huit à dix jours, le testicule reviendrait à son état normal.

Dans les orchites graves, soit par l'état général, soit par suite des symptômes réflexes provoqués par l'intensité de la douleur, nos malades se sont toujours trouvés satisfaits d'un bain tiède prolongé.

Ultérieurement, il ne faudra pas attendre pour la traiter que l'atrophie testiculaire soit complète; dès que les douleurs sont atténuées, que la tuméfaction a disparu, si l'on constate que le testicule a diminué de consistance, s'il est mou au toucher, comme fluctuant, on interviendra tout de suite, et nous avons pu ainsi, nous a-t-il semblé, arrêter le processus atrophique.

Les frictions avec les liniments excitants : baume de Fioravanti, alcool, térébenthine, les vésicatoires sur le cordon paraissent inférieurs aux cautérisations ponctuées et à l'électricité que, selon l'observation de M. Josias, il ne faut distribuer qu'avec parcimonie, surtout si l'on emploie les courants faradiques; ceux-ci peuvent, en effet, provoquer des névralgies du testicule très douloureuses et très rebelles, ainsi que l'avait signalé autrefois Duchenne (de Boulogne).

Les courants continus seraient peut-être préférables, vu leur action sur les glandes (Brugnatelli, Aldini). Un pôle est placé sur le cordon, un autre sur le scrotum; la durée des séances sera de vingt à trente minutes environ avec un petit nombre d'éléments, de crainte de provoquer des escarres. Bich dit avoir obtenu des succès réels par ce procédé.

Nous ne parlons que pour mémoire de la tisane de serpentaire, du camphre, etc., mais nous accorderons une importance plus considérable aux douches périnéales et aux bains sulfureux.

La noix vomique, la strychnine seront utilisées à l'intérieur.

Accidents divers. — Quant aux accidents multiples, nommés peut-être à tort complications des oreillons, puisqu'ils ne sont sans doute que des localisations diverses de la maladie, on les traitera sans tenir compte de leur origine ourlienne, puisque le spécifique des oreillons est encore à trouver.

Nous avons remarqué pourtant les bons effets de l'antipyrine dans le *rhumatisme ourlien*, et l'on a préconisé le traitement électrique contre les surdités et les vertiges consécutifs aux oreillons.

L'*albuminurie* parfois intense n'a que peu de durée.

Enfin, la *méningite ourlienne*, l'oreillon cérébral, selon l'expression de M. Galliard, se termine presque de règle d'une façon favorable, et son authenticité a même paru douteuse à certains pathologistes.

Convalescence. — Fréquemment, surtout lorsqu'il y a eu

orchite, la convalescence des oreillons est pénible, et souvent la faiblesse des malades est disproportionnée avec la durée et l'intensité de la maladie; les toniques, l'huile de foie de morue, les glycéro-phosphates seront prescrits; de même aussi les préparations de kola, de coca pourront rendre des services et l'on prescrira deux à trois des cachets suivants chaque jour :

Glycéro-phosphate de chaux.....	} aa	0 ^{gr} ,25
Extrait de quinquina.....		
Poudre de kola.....		0 ^{gr} ,50
— de noix vomique.....		0 ^{gr} ,03

Pour un cachet.

Prophylaxie. — Hensch conseille de ne pas isoler les enfants lorsque sévit une épidémie d'oreillons, et M. Laveran va plus loin encore, car il conseillera presque de les exposer à la contagion. Ces auteurs sont guidés par cette idée que les oreillons sont beaucoup moins graves chez les enfants, que l'orchite est rare avant quatorze ans, et que la maladie ne récidive pas. Cette affection n'étant pas obligatoire, nous pensons qu'il vaut mieux s'efforcer de l'éviter, et, tout récemment, nous venons de voir un enfant de deux ans qui a conservé pendant plus d'un an une albuminurie consécutive à des oreillons bénins.

L'isolement immédiat est une mesure très efficace et Raven, en 1889 (*Brit. med. Journal*), a rapporté une épidémie d'oreillons dans une école de quatre cent cinquante élèves, où il n'y eut que neuf cas, grâce à l'isolement précoce.

Pour les adultes, l'accord est unanime, l'isolement est la règle, bien qu'on ait affirmé que la contagion ne s'effectuait que dans la période du début ou même pendant les prodromes. Mais où l'accord cesse, c'est quand il est question de la durée de l'isolement; les uns la fixent à quatre ou cinq jours, les autres la prolongent jusqu'à vingt-cinq jours.

De fait, il semble y avoir des cas, rares mais incontestables, où la contagion s'est effectuée tardivement, et, en outre, jusqu'au vingt et unième jour, on retrouve encore dans le sang le diplocoque des oreillons.

Il faut donc apporter une certaine réserve sur cette question de la durée de l'isolement.

Il sera prudent de faire prendre un ou plusieurs bains simples ou avec du sublimé aux malades à leur sortie de l'hôpital; il faudra également procéder à la désinfection des vêtements par l'éthuve.

Le germe des ourles semble très résistant et dans maintes circonstances, malgré des désinfections multiples au soufre, au sublimé,

on a vu revenir des épidémies d'oreillons dans les mêmes locaux, même après de longs intervalles, ou ces épidémies persister, malgré tous les antiseptiques employés.

L. CATRIN.

ÉRYSIPIÈLE

L'érysipèle, considéré dans son expression la plus large, est une maladie *contagieuse, infectieuse et spécifique*, ayant son substratum anatomique et sa localisation primitive dans une *inflammation septique des téguments*. Cette *septico-dermite*, ainsi que l'avait si justement dénommée Piorry bien avant l'ère microbiologique, cette *streptococcie cutanée*, comme on pourrait dire aujourd'hui, trouve, dans l'activité même du processus d'inflammation réactionnelle vis-à-vis du germe envahisseur, la raison de sa tendance à la localisation : l'intensité des phénomènes diapédétiques et phagocytaires, dont le *bourrelet* périphérique de la *plaque érysipélateuse* est le siège, oppose à la généralisation de l'agent infectieux une barrière le plus souvent infranchissable, et l'érysipèle reste une infection locale à évolution cyclique tendant vers la guérison naturelle; mais, si pour une raison quelconque (virulence excessive du germe, résistance insuffisante du terrain) cette barrière vient à céder, l'infection se généralise et, suivant le cas, des foyers secondaires apparaissent à distance ou la septicémie se déclare : la streptococcie cutanée est devenue la source de la streptococcémie ou pyo-septicémie à streptocoques.

De ces données pathogéniques il résulte que la thérapeutique rationnelle de l'érysipèle doit viser à remplir *trois grandes indications* :

1° *En éviter l'apparition et la contagion* par des mesures prophylactiques appropriées;

2° *En favoriser la tendance naturelle à la localisation* par l'emploi de procédés et de moyens susceptibles de diminuer la vitalité du germe provocateur et d'accroître les forces de résistance du terrain envahi;

3° *En combattre les localisations secondaires métastatiques et les manifestations pyo-septiciques*, lorsque, en dépit des efforts tentés, l'infection locale s'est généralisée.

Nous n'étudierons ici que les deux premières indications; la troi-