

l'abondance de la suppuration et la septicémie. — La guérison, toujours lente, est extrêmement rare; la maladie, d'après le relevé de Tourdes, est mortelle 73 fois sur 100.

L'œdème, le noyau d'engorgement, la rapidité des accidents, distinguent le noma de la STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE; — le début par la muqueuse le différencie de la PUSTULE MALIGNÉ.

TRAITEMENT.

Une bonne aération, une alimentation substantielle, le quinquina et le vin, sont les bases du traitement interne; il est utile en outre de faire faire des lavages de la bouche avec une solution diluée de permanganate de potasse au 1/1000, afin de neutraliser l'odeur et de modifier les propriétés malfaisantes des liquides avalés par les malades; on peut aussi, suivant la même indication, administrer le chlorure de soude ou la poudre de charbon; dans un cas, la térébenthine employée comme topique a donné à Lange une guérison complète. Mais il importe avant tout de limiter la marche envahissante de la gangrène, et, pour atteindre ce but, il faut circonscrire la partie morte par une cautérisation profonde, soit avec le caustique de Vienne, soit plutôt avec le fer rouge; cette cautérisation doit toujours être pratiquée à une petite distance au delà de l'eschare.

CHAPITRE IV.

PAROTIDE. — PAROTIDITE. — OREILLONS.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

L'inflammation de la parotide et du tissu cellulaire qui l'entoure est PRIMITIVE ET IDIOPATHIQUE, OU SECONDAIRE ET SYMPTOMATIQUE (1). Dans la

(1) Synonymes : *Cynanche parotideæ*; — *angine parotidienne*.

JACONT, *De angina parotideæ*. Göttingen, 1796. — KOPY, *De angina parotideæ*. Göttingen, 1799. — MURAT, *la Glande parotide considérée sous ses rapports anat., physiol. et pathol.* Paris, 1803. — ELSÄSSER, *De natura parotidum malignarum in morbis acutis*. Tübingen, 1809. — OZANAM, *Maladies épidémiques*, II. Paris, 1817. — HUPPERTZ, *De parotide*. Berolini, 1823. — CRAUVELIER, *Revue méd.*, 1830. — NAUMANN, *Hecker's Annalen*, 1833. — LOUYER-VILLERMAY, *Journ. des conn. méd.-prat.*, 1835. — EISENMANN, *Die Familie Rheuma*. Erlangen, 1841. — GRAVES, *loc. cit.* — BAILLARGER, *Gas. méd.*, 1853. — TROUSSEAU, *Arch. gén. de méd.*, 1851. — VIRCHOW, *Charité-Annalen*, 1858. —

forme primitive, le processus phlegmasique dépasse très-rarement la phase de fluxion, la maladie est sans gravité; dans la forme secondaire, l'inflammation aboutit très-souvent à la suppuration et à la fonte putride du tissu; l'innocuité ou le péril ne dépend point de la lésion parotidienne elle-même, il est subordonné aux conditions pathologiques préalables. Ces différences étiologiques et cliniques ont été le point de départ d'une séparation complète entre la parotide spontanée et la symptomatique; pour consacrer plus nettement cette division, on a donné en France une dénomination différente à chacune des formes: on a appelé *oreillons* la parotidite spontanée, et l'on a conservé pour l'autre les noms de *parotide* ou *parotidite*; après quoi, pour étayer cette dichotomie sur une base anatomique qui seule pouvait la rendre acceptable, on a admis que dans les oreillons l'inflammation occupe le tissu cellulaire qui environne la glande, tandis que dans la parotidite elle intéresse le tissu glandulaire lui-même. Or c'est là une pure hypothèse; c'est moins encore, c'est une erreur: pour les oreillons, il n'y a pas d'autopsies, et la question de siège demeure lettre close, car on ne peut arguer de la rapidité de l'évolution pour localiser la lésion dans le tissu cellulaire plutôt que dans la glande; mais pour les parotides symptomatiques il y a des autopsies, et elles montrent tantôt que le tissu périglandulaire et la glande sont également pris, tantôt que le tissu cellulaire est seul altéré, la glande étant à peine touchée: les observations de Graves, entre autres, sont des plus nettes. Le critérium anatomique hypothétiquement invoqué est donc illusoire, et il n'y a pas lieu de conserver comme espèces morbides distinctes l'oreillon

BAMBERGER, *loc. cit.* — MEYNET, *Obs. d'oreillons suivis de métastase sur les ovaires* (*Gas. méd. Lyon*, 1866). — RIZET, *Note sur une épidémie d'oreillons* (*Arch. de méd.*, 1866). — BOUTEILLIER, *Des oreillons et de leur métastase chez la femme*, thèse de Paris, 1866. — BOUGART, *De l'oreillon* (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1866). — GRISOLLE, *De l'atrophie des testicules consécutive aux oreillons* (*Gas. hôp.*, 1866). — MALABOUCHE, *Étude sur la maladie généralement désignée sous le nom d'oreillons*, thèse de Montpellier, 1867. — MICHEL, *Thèse de Paris*, 1868. — COMBEAU, *Thèse de Paris*, 1868. — PETER, *Parotides, thrombus et métastase* (*Gas. hôp.*, 1868). — SALLAUD, *Thèse de Montpellier*, 1868. — GUENEAU DE MUSSY, *Études cliniques sur le phlegmon parotidien* (*Gas. hebdom.*, 1868).

ROPAS, *Essai sur les oreillons*, thèse de Paris, 1869. — DEBIZE, *De l'état typhoïde dans les oreillons*, thèse de Paris, 1869. — CARPENTIER, *De l'oreillon considéré comme maladie générale et éruptive*, thèse de Paris, 1869. — DUROZIEZ, *Cinq cas d'oreillons. Contagion* (*Gas. hôp.*, 1870). — BLONDEAU, *Sur une épidémie d'oreillons* (*Eodem loco*, 1870).

CROCO, *De la parotide consécutive aux maladies aiguës graves* (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1874). — RADCLIFFE, *Parotitis; translation to testis and brain with threatened acute mania. Recovery* (*Philad. med. Times*, 1874).

BOUCHUT, *Sur la nature et le traitement des oreillons* (*Compt. rend. Acad. Sc.*, 1873). — GILLET, *Mort subite dans un cas d'oreillons* (*Gas. hôp.*, 1873).

JACCOUD. — *Path. int.*, 6^e édit.

et la parotide; il faut simplement tenir compte des deux formes différentes que présente l'inflammation parotidienne et périparotidienne, suivant qu'elle est spontanée ou symptomatique. On peut, pour la commodité du langage, retenir le mot *oreillon* pour désigner la forme spontanée de la parotidite, mais il ne faut pas y attacher l'idée d'une localisation anatomique particulière. Il est bon d'être prévenu d'ailleurs que cette terminologie peut être mal comprise à l'étranger, où l'on ne connaît qu'une parotidite à deux formes, c'est-à-dire primitive ou secondaire.

La PAROTIDITE SPONTANÉE (*oreillons*) est *sporadique* et *épidémique*. Dans l'une et l'autre condition, elle est favorisée par le froid humide, et Eisenmann, qui a bien étudié la variété épidémique, a montré que c'est là en définitive la seule cause dont l'influence soit bien positive. Cette maladie atteint de préférence les jeunes gens et les adultes du sexe masculin, et c'est au printemps et à l'automne qu'elle est le plus fréquente; dans certaines localités à climat froid et humide, par exemple en Hollande, dans quelques parties de l'Angleterre et de la Suisse, dans la Louisiane (Eisenmann), la parotidite est endémique.

La PAROTIDITE SYMPTOMATIQUE naît quelquefois (par continuité de tissu) à la suite des inflammations de la muqueuse buccale, notamment dans la stomatite mercurielle; mais le plus ordinairement elle est sous la dépendance de maladies aiguës graves; le typhus et la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, surtout la scarlatine, la pyohémie traumatique ou puerpérale, la dysentérie, le choléra, la pneumonie adynamique, en sont les causes les plus ordinaires. Deux fois déjà j'ai observé cette complication à la période ultime de *lésions organiques du cœur*, et l'autopsie a montré la même fonte putride que dans les parotides des fièvres.

Nous ne savons rien de positif touchant le rapport qui unit l'inflammation parotidienne aux maladies précédentes; on n'éclaire pas beaucoup la question en disant qu'il s'agit d'une métastase; car l'agent métastatique et la modalité du transport sont également inconnus.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La glande, le tissu cellulaire interstitiel et périphérique sont tuméfiés, injectés et infiltrés d'un liquide dont la nature varie: dans les cas légers, l'infiltration est séreuse ou légèrement fibrineuse, et l'exsudat est repris par *absorption*; dans les cas plus graves, l'inflammation aboutit à la *suppuration* ou à la fonte putride. Le pus est ordinairement infiltré dans le tissu périglandulaire et dans celui qui sépare les lobules; il s'écoule mal à la coupe; les acini apparaissent comme de petits corps rougeâtres et friables, ou bien ils finissent aussi par suppurer, et aucun élément n'est reconnaissable; quelquefois le pus est réuni en petits foyers qui occupent

soit la glande, soit le tissu conjonctif, et qui peuvent s'ouvrir au dehors. La *fonte putride* est une véritable mortification résultant de la compression des vaisseaux par l'exsudat; la glande et le tissu qui l'entoure sont transformés en une masse sanieuse, semi-liquide, d'une odeur fétide et gangréneuse, et souvent alors la lésion dépasse les limites de la région parotidienne; les muscles et les couches conjonctives limitrophes sont envahis par le ramollissement. — Dans la parotide idiopathique, la terminaison par résolution est la règle, la suppuration est exceptionnelle, la fonte putride n'est jamais observée; dans la forme symptomatique, la résolution est rare, la suppuration et la putrescence sont les suites ordinaires.

D'après Virchow, le processus a toujours la même marche: c'est au début une inflammation catarrhale des canaux de la glande, à quoi s'ajoute, en second lieu, une inflammation de la capsule conjonctive, et en troisième lieu, mais non constamment, le ramollissement et la fonte des lobules glandulaires eux-mêmes.

SYMPTOMES ET MARCHE.

La **parotidite idiopathique** débute par une *fièvre* et un *malaise général* qui peuvent précéder de deux et même trois jours l'apparition des accidents locaux; souvent aussi les deux ordres de phénomènes marchent parallèlement. Il y a d'abord de la *gêne* et de la *douleur* vers l'articulation temporo-maxillaire; puis survient une *tuméfaction* qui, d'abord limitée à la région du lobule auriculaire, s'étend rapidement vers l'angle de la mâchoire, vers la joue, parfois même jusqu'au cou. La **TUMEUR** est plus dure au centre qu'à la périphérie; la peau conserve souvent sa couleur naturelle, elle est seulement lisse, tendue et luisante; dans d'autres cas, elle rougit légèrement et elle est toujours plus chaude que d'habitude. Il est bien rare que les deux parotides soient prises à la fois, mais il est très-fréquent qu'elles soient atteintes successivement à un ou deux jours d'intervalle. Quand ces deux tumeurs ont un certain volume, la figure est comme encadrée par elles, et la face a un aspect bizarre plus propre à inspirer le rire que la commisération pour les souffrances du malade; elles sont d'ailleurs de médiocre importance; la fièvre diminue d'ordinaire lorsque le gonflement est développé, et tout se borne à une roideur douloureuse et incommode de la tête et du cou, et à une gêne plus ou moins notable de la mastication et de la déglutition.

Dans quelques cas pourtant, des symptômes plus sérieux apparaissent: de la *dyspnée*, des *accès de suffocation*, du *délire* ou du *coma* par stase cérébrale, peuvent être le résultat de la compression exercée par les tumeurs sur les veines profondes de la région, et la situation peut devenir

réellement inquiétante lorsqu'une inflammation du pharynx ou des amygdales coïncide avec celle des parotides. Ces faits sont rares. Ordinairement la fièvre tombe du troisième au cinquième jour, le gonflement commence à diminuer du cinquième au septième, et en huit à dix jours tout rentre dans l'ordre. Un noyau dur et douloureux persiste quelquefois un certain temps dans la région parotidienne, puis il finit par disparaître; dans quelques cas, les accidents, loin de s'amender vers le septième jour, subissent une exacerbation; la tumeur prend les caractères du phlegmon, et elle aboutit à un abcès qui s'ouvre soit à l'extérieur, soit dans le conduit auditif. On peut observer alors comme suite de la maladie une *otite externe*, de l'*otorrhée* ou une *fistule salivaire*. Cette terminaison par suppuration, fort rare dans la parotidite sporadique, est relativement fréquente dans certaines épidémies.

Il n'est pas rare de voir la fluxion séreuse envahir soudainement d'autres organes qui se rapprochent de la parotide par une certaine analogie de structure : ce sont les glandes testiculaires chez l'homme, les mammaires chez la femme, qui sont le siège ordinaire de cette inflammation secondaire; par exception, elle occupe les glandes renfermées dans les grandes lèvres ou les ovaires (Meynet). Ici encore on a invoqué la métastase, se fondant sur la diminution de la tumeur parotidienne au moment du développement de l'autre; mais cette diminution n'est rien moins que constante, et lorsqu'elle existe elle ne prouve quoi que ce soit pour la métastase, elle est simplement l'*effet* de la production d'un mouvement fluxionnaire sur un autre point; ce n'est qu'une application de l'aphorisme hippocratique, *Duobus laboribus*, etc. Il est plus rationnel d'attribuer cette série de phénomènes au consensus pathologique résultant de l'analogie de tissu (*partes similes*), et de rapprocher ces faits de la manière d'être du rhumatisme articulaire, qui tantôt reste borné aux jointures, tantôt envahit, sans métastase aucune, un plus ou moins grand nombre de séreuses. Ce rapprochement que l'observation impose est un puissant argument en faveur de l'opinion d'Eisenmann, qui regardait la parotidite idiopathique comme une maladie rhumatismale (*parotiditis rheumatica seu polymorpha*).

La *fluxion testiculaire* est annoncée par un redoublement de fièvre et par des douleurs dans la région lombo-sacrée et sur le trajet du cordon; les couches profondes du scrotum participent souvent à l'inflammation, elles sont tuméfiées, œdémateuses, la peau est luisante et d'un rouge plus ou moins vif; mais ce qui est constant et caractéristique, c'est l'exsudation qui occupe la tunique vaginale et le tissu interstitiel de la glande elle-même; c'est cet exsudat glandulaire qui, dans quelques cas rares, amène, par compression, l'atrophie définitive du testicule (Bamberger, Grisolle). Cette orchite est d'ordinaire unilatérale et occupe souvent, mais non toujours, le côté correspondant à la parotidite; dans certains cas, l'or-

chite est double; elle se termine par une résolution rapide, mais par exception on peut observer plusieurs fois de suite l'alternance de la fluxion testiculaire et de la parotidienne. Quelques faits en très-petit nombre démontrent la possibilité d'une mort prompte dans le délire et les convulsions, par suite d'une fluxion séreuse sur les *méninges*. — A l'exception de ces cas fort rares et de ceux non moins insolites dans lesquels la maladie laisse après elle une des suites fâcheuses qui ont été indiquées, la parotidite idiopathique est une affection bénigne et sans gravité.

La *parotidite symptomatique* qui se développe dans la période adynamique des fièvres ne détermine aucun symptôme subjectif; le malade n'a pas conscience de ce nouvel incident, qui ne produit même pas toujours une exaspération du mouvement fébrile; lorsque la parotide prend naissance dans le déclin des fièvres ou dans la cours d'une maladie qui n'a pas épuisé l'activité nerveuse, elle donne lieu aux mêmes symptômes douloureux que la forme idiopathique. Le développement de la tumeur, qui est ordinairement unilatérale, est tantôt graduel, tantôt rapide, presque soudain; ces derniers cas sont les plus fâcheux, en ce qu'ils aboutissent à peu près constamment à la suppuration ou au ramollissement nécrotique. Une fois que la tuméfaction a acquis un certain volume, elle produit les mêmes troubles fonctionnels que la variété précédente; la peau est rouge, violacée; les caractères de la tumeur sont parfois ceux d'un phlegmon à sa première période; ailleurs on observe plutôt un empatement diffus sans induration proprement dite, sans rénitence élastique.

Ces tumeurs peuvent se terminer par résolution, mais le fait est rare; elles aboutissent le plus souvent à l'infiltration purulente ou à la fonte putride et gangréneuse; quand les malades survivent à la destruction de la glande, ils conservent parfois une hémiplegie faciale complète ou incomplète, ou bien une fistule salivaire.

Le *PROGNOSTIC* est presque entièrement subordonné à l'état antérieur du patient, et quand la mort survient, elle est amenée par la maladie première bien plutôt que par la parotidite; toutefois il faut reconnaître que celle-ci peut tuer par elle-même, et qu'elle tue en effet des individus qui auraient vraisemblablement guéri s'ils n'avaient pas subi cette inflammation secondaire. Aussi, et quoi qu'on en ait pu dire, la parotidite symptomatique ne doit en aucun cas être envisagée comme un fait favorable, comme une crise heureuse; c'est une complication qui a toujours ses inconvénients et souvent ses dangers.

TRAITEMENT.

La *PAROTIDE SPONTANÉE* demande un traitement des plus simples. Si la tumeur est peu douloureuse, si les symptômes d'inflammation locale

sont peu prononcés, il suffit de faire garder la chambre, de diminuer les aliments, et d'administrer un purgatif salin. Lorsqu'il existe des signes de catarrhe gastrique, il est utile de donner un éméto-cathartique, et ce précepte doit également être suivi lorsque la parotide coïncide avec quelques phénomènes d'angine pharyngée ou tonsillaire. Dans le cas où les douleurs et les accidents inflammatoires sont très-accusés et font craindre la terminaison par suppuration, il faut couvrir la tumeur de cataplasmes émollients, ou même appliquer des sangsues en nombre convenable; on insistera en même temps sur les purgatifs. Si la suppuration a lieu, il faut inciser la tumeur dès que la fluctuation est évidente, afin de prévenir l'extension des désordres. La fluxion testiculaire n'exige que le repos au lit, et l'usage de cataplasmes émollients ou d'applications résolatives. — Dans les cas fort rares où la disparition des tumeurs coïncide avec des phénomènes cérébraux graves, on peut, selon le conseil de Grisolles, tenter de rappeler la fluxion sur la région parotidienne au moyen de rubéfiants ou de vésicatoires; mais en raison de l'imminence du danger et de la cause probable des accidents, je ne voudrais pas m'en tenir là, et je chercherais à provoquer d'abondantes évacuations séreuses, soit par un fort drastique, soit mieux encore par le tartre stibié à hautes doses.

Dans la PAROTIDITE SYMPTOMATIQUE, l'état général du malade contre-indique le plus souvent les émissions sanguines locales; il faut se borner à couvrir la tumeur de cataplasmes; on peut aussi pratiquer quelques onctions mercurielles, mais il est bon, pour éviter tout mécompte, de ne pas perdre de vue la rareté de la résolution. — C'est un empatement général ou par places bien plutôt qu'une fluctuation vraie, qui dénote ici la présence du pus; dès qu'on croit le reconnaître, il faut inciser; le débridement est le seul moyen de prévenir la destruction totale de la glande.

CHAPITRE V.

ANGINES CATARRHALES. — ANGINES MUQUEUSES.

Le mot **angine** a désigné primitivement toutes les difficultés d'avaler (*dysphagie*) ou de respirer (*dyspnée*), produites par une cause siégeant au-dessus des poumons ou de l'estomac. Plus tard on a introduit dans la définition la notion d'inflammation, et le terme angine n'a plus été appliqué qu'aux phlegmasies des muqueuses comprises entre l'arrière-bouche d'une part, le cardia et la bifurcation de la trachée d'autre part. Aujourd'hui, enfin, une nouvelle restriction doit être acceptée; il convient d'entendre par angines les *inflammations de l'arrière-bouche et du pharynx*.

De même, et plus souvent encore que les stomatites, les angines sont liées à des maladies générales aiguës ou chroniques (*fièvres éruptives, morve, syphilis, scrofule*), ou produites par l'absorption de certains poisons (*iodure de potassium, arsenic, belladone*). Je laisse ici de côté ces ANGINES CONSTITUTIONNELLES et TOXIQUES, pour ne m'occuper que des ANGINES PRIMITIVES, IDIOPATHIQUES ou SPONTANÉES; prenant pour base de division les *processus anatomiques*, je décrirai successivement l'*angine catarrhale* (1), — l'*angine parenchymateuse*, — l'*angine pseudo-membraneuse* (croupale, diphthérique).

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Comme dans toutes les maladies catarrhales, la PRÉDISPOSITION est ici toute-puissante: tel individu subit sans effet l'action des causes les plus

(1) Synonymes: *Pharyngite et amygdalite catarrhales*; — *angine gutturale, pharyngée, tonsillaire superficielle*; — *mal de gorge*.

CHOMEL et BLACHE, *Dict. en 30 vol.*, t. III. — VELPEAU, *Traité d'anat. chirurg.*, t. I. — NAUMANN, *Handb. der med. Klinik*. Berlin, 1829. — VIDAL (de Cassis), *Du diagnostic différentiel des diverses espèces d'angines*. Paris, 1832. — GRAYES, *Clinique méd. et Notes du traducteur*. — WUNDERLICH, *Path. und Therapie*. Stuttgart, 1854. — BAMBERGER, *loc. cit.* — LEBERT, *loc. cit.* — STIFFT, *Die chronische Pharyngitis (Deutsche Klinik, 1862)*. — DESNOS, art. AMYGALES et ANGINE, in *Nouv. Dict. de méd. et chir. pratiques*. Paris, 1864. — WAGNER, *Einige Formen und Folgen der Pharyngitis (Arch. f. Heilk., 1865)*. — LASÈQUE, *Traité des angines*. Paris, 1866. — FEDEROWICZ, *Du diagnostic différentiel des angines*, thèse de Paris, 1865. — MOSETIG, *Ueber Rachencatarrh (Wiener med. Zeit., 1866)*. — HEUSINGER, *Ein Fall von ödematöser Pharyngitis (Arch. f. klin. Med., 1866)*. — YEARLEY, *Throat ailments, etc.* London, 1867.

MARMUSSE, *Pharyngite; œdème de la glotte consécutif, etc.* (Journ. de méd. de Bordeaux, 1869). — MOURA, *Angines aiguës ou graves, origine, nature, traitement*. Paris, 1870. — RÜHLE, *Ueber Pharynx-Krankheiten (Sammlung klin. Vorträge, 1870)*. — ISAMBERT, *Sur l'angine scrofuleuse (Gaz. hebdom., 1871)*. — LUDANSKY, *De l'angine ulcéreuse (Lyon méd., 1871)*.

DESNOS, *Sur l'angine scrofuleuse (Soc. méd. hôp. Paris, 1872)*. — MICHEL, *Ueber chronischen Rachenkatarrh und dessen Heilung durch Galvanokaustik (Deutsche Zeits. f. Chirurgie, 1872)*. — ISAMBERT, art. CHLOBATES, in *Dict. encyclop. des sc. méd.* — COUSIN, *Traitement de la pharyngite granuleuse (Bullet. de therap., 1873)*. — SIDLO, *Pharynxerkrankungen (Wien. med. Wochen., 1873)*. — WELSCHE, *Practische Bemerkungen über Angina faucium (Bayr. ärztl. Intellig. Bl., 1874)*. — FARQUHARSON, *On an epidemic of sore throat with marked constitutional symptoms (The Lancet, 1874)*. — BROUARDEL, *De Péryspèle du pharynx (Gaz. hôp., 1874)*. — FLAMMARION, *Même sujet (Eodem loco, 1874)*. — MARROTTE, *Febri-néerurgies de l'isthme du gosier et du pharynx simulant des angines inflammatoires et guéries par le sulfate de quinine et les stupéfiants (Bullet. de therap., 1874)*.