

Étiologie. — Les oreillons, rares chez les vieillards, et même après trente ans, n'affectent guère que des adolescents et surtout les enfants. Le froid humide est la cause qui a paru agir le plus souvent, soit pour déterminer la maladie, soit pour produire sa terminaison par métastase. Elle règne quelquefois épidémiquement; cette influence épidémique est généralement circonscrite au quartier d'une ville ou même à un seul établissement.

Traitement. — Lorsque l'oreillon est peu douloureux, il faut, pour tout traitement, préserver la partie malade du contact du froid en la recouvrant de ouate ou d'un mouchoir. S'il y a de la douleur, et si l'engorgement menace de se terminer par suppuration, on appliquera des cataplasmes émollients, et l'on devra même, si l'inflammation est vive, mettre un certain nombre de sangsues; enfin, on excitera une légère révulsion à l'aide de pédiluves et de quelques laxatifs doux. Lorsque la métastase se fait sur les parties génitales, on ne doit rien tenter pour l'empêcher; on appliquera ensuite sur le testicule des cataplasmes émollients, rendus légèrement résolutifs en les arrosant d'eau blanche, et l'on insistera sur les révulsifs intestinaux. Enfin, si la disparition des oreillons coïncidait avec la manifestation d'accidents cérébraux graves, on s'efforcerait de les rappeler en appliquant sur la région parotidienne des rubéfiants et même des vésicants.

INFLAMMATION DU TISSU MUSCULAIRE

L'inflammation du tissu musculaire a reçu les noms de *myosite* ou *myositis*. C'est une affection extrêmement rare, dont beaucoup de médecins contestent même l'existence. Il semble, en effet, que le tissu musculaire est un de ceux qui sont le moins susceptibles d'inflammation; c'est ce dont on peut s'assurer tous les jours en étudiant les phénomènes qui se passent dans toutes les plaies musculaires, spécialement à la suite de l'amputation des membres. On reconnaît, en effet, dans ce cas, que la fibre musculaire ne subit aucun changement de vitalité, tandis que les gaines celluleuses sont le siège exclusif des altérations qui surviennent, que l'inflammation soit adhésive ou bien qu'elle soit suivie de suppuration. Le pus qu'on trouve quelquefois infiltré ou épanché dans l'intérieur des muscles, est bien moins l'effet d'un travail phlegmasique local que de cet état grave de l'économie qu'on observe dans la morve et dans l'infection purulente. En résumé, lorsque la suppuration est produite par une inflammation locale franche, celle-ci n'atteint peut-être jamais primitivement la fibre musculaire; mais elle siège d'abord dans le tissu cellulaire interfibrillaire, et ce n'est que consécutivement que la fibre charnue est elle-même envahie.

En examinant l'état des parties à différentes périodes de l'inflammation, on reconnaît que dans un premier degré de la maladie le tissu cellulaire interstitiel s'injecte, rougit, s'épaissit, de manière que chaque fibre est emprisonnée dans une sorte de coque solide. Dans cet état, le tissu charnu comprimé se décolore; d'autres fois, au contraire, il devient d'un rouge violet. Dans l'un et l'autre cas, le muscle est plus volumineux, il est devenu plus friable. Si plus tard la suppuration s'établit, les fibres charnues prennent une teinte jaunâtre; elles sont ramollies, mais la suppuration n'existe que dans leurs interstices. Quelquefois elles ont subi de distance en distance des solutions de continuité; dans ce point existe alors une petite excavation remplie d'un pus blanc ou rougeâtre; enfin,

ailleurs, la texture musculaire n'existe plus, l'organe est transformé en une masse homogène qu'on dirait être exclusivement formée par du tissu cellulaire enflammé. Lorsque la guérison survient après de pareilles altérations, le muscle a diminué de volume. Il est souvent même atrophié et transformé en un tissu cellulo-fibreux; c'est là un état toujours incurable.

La myosite résulte souvent de l'extension au muscle d'une phlegmasie voisine: c'est ce qui a lieu, par exemple, dans le phlegmon; ailleurs la phlegmasie musculaire succède à une cause traumatique, à une violence extérieure ou à une fatigue excessive de l'organe.

Tous les muscles du corps peuvent être atteints d'inflammation; mais les auteurs ont surtout étudié cette altération dans le cœur, dans le diaphragme et les psoas. Nous avons parlé, à l'article *Cardite*, de l'inflammation du tissu cellulo-musculaire du cœur. Nous ne dirons rien de l'inflammation du diaphragme, car nous ne possédons encore sur elle aucune observation précise. Il est surtout impossible de mettre à profit la description des auteurs qui, sous les titres de *paraphrénésie*, *phrénite*, *diaphragmatite*, *diaphragmite*, mots synonymes, et qui signifient tous inflammation du diaphragme, ont confondu des affections très-différentes, notamment la pleurésie et la péritonite diaphragmatiques, l'inflammation du tissu cellulaire et celle des organes voisins, et même certaines affections aiguës des centres nerveux.

Une douleur parfois vive, mais généralement sourde, augmentant par la pression et par les mouvements, assez exactement circonscrite; une induration et une tuméfaction en général sans changement de couleur à la peau, existant dans l'épaisseur d'un muscle, caractérisent la myosite. Le muscle peut être affecté partiellement ou dans toute son étendue. Cette affection ne pourrait être prise que pour un phlegmon diffus. Mais, ainsi que le remarque dans sa thèse un de mes anciens internes, M. Dionis (1), aujourd'hui médecin distingué à Auxerre, dans la myosite il n'y a ni l'empatement, ni la rougeur de la peau, ni la tumeur circonscrite qu'on observe dans le phlegmon. Nulle analogie n'existe entre la myosite et le rhumatisme musculaire, qui est une affection mobile, très-douloureuse, ne s'accompagnant d'aucun changement appréciable dans la texture de l'organe: le muscle malade n'est donc point induré, comme nous le voyons dans la myosite.

La myosite se termine le plus souvent par résolution, quelquefois par suppuration et par induration.

Le traitement se borne dans l'emploi des antiphlogistiques locaux (sangsues et cataplasmes), puis on fera des frictions mercurielles, et si la résolution est lente à s'opérer, on promènera quelques vésicatoires volants.

En résumé, l'histoire de la myosite est encore peu avancée; il est impossible, avec le peu d'éléments qu'on possède, d'en tracer une histoire satisfaisante. M. Dionis l'a tenté dans sa thèse, mais la science a besoin d'observations plus précises; la pathologie comparée pourrait peut-être nous les fournir plus facilement que la pathologie humaine.

Nous allons dire un mot du psoïtis, qui est l'inflammation musculaire qu'on a le plus étudiée.

DU PSOÏTIS

Les psoas sont, de tous les muscles du corps, ceux qu'on trouve le plus souvent suppurés, par suite d'un travail phlegmasique local. Nous dirons encore ici

(1) Thèse de Paris, année 1851.

ce que nous exprimons plus haut, en traitant de la myosite en général, savoir que le pus qu'on trouve dans le psoas s'est formé aux dépens du tissu cellulaire enflammé : d'autres fois le fluide, fourni par une carie vertébrale, a fusé dans la gaine du muscle, où il s'est arrêté. Dans l'un et l'autre cas, les fibres musculaires peuvent disparaître, tantôt par atrophie, tantôt par suite d'une véritable destruction; on les retrouve alors dans le foyer, sous forme d'un détritrus rouge ou noirâtre, ou bien elles sont encore reconnaissables, mais décolorées ou d'un rouge foncé, noirâtre, verdâtre, et ramollies. Il est rare que la suppuration n'envahisse que le psoas; presque toujours le foyer occupe en même temps le muscle iliaque et le tissu cellulaire sous-péritonéal, où est ordinairement son point d'origine.

Quel que soit le mode de formation des abcès du psoas, les auteurs ont cru qu'on pouvait les reconnaître aisément à une douleur siégeant dans la région lombaire, et s'irradiant dans la fosse iliaque, dans l'aîne, dans la fesse et dans la cuisse correspondante; on ajoute que le membre inférieur de ce côté est plus ou moins rétracté et qu'il est impossible de le ramener à l'extension complète; le pied est aussi dans la rotation en dedans; enfin, une tumeur fluctuante se dessine successivement dans la région lombaire, dans la fosse iliaque et au pli de l'aîne. Cependant, quoiqu'on prétende le contraire, nous affirmons, d'après plusieurs faits observés par nous, que la rétraction du membre et l'impossibilité de l'étendre, que les douleurs et les tiraillements dans les lombes, ne sont pas un symptôme constant de la suppuration du psoas, puisque nous les avons vus manquer plusieurs fois dans des cas où le muscle était complètement détruit. En outre, nous avons retrouvé ces mêmes accidents dans les phlegmons sous-aponévrotiques des fosses iliaques, lorsque les muscles iliaques étaient seuls affectés, et quoique l'altération ne se fût point propagée au corps même du muscle psoas. Nous croyons donc que la rétraction du membre inférieur et l'impossibilité de l'étendre se rapportent aussi bien à une lésion du psoas qu'à une lésion du muscle iliaque, et que, pour déterminer si l'abcès siége dans le premier plutôt que dans le second, on doit avoir égard plutôt au siége de la douleur et à celui de la tumeur. C'est ce que nous avons exposé précédemment avec quelques détails, page 613.

Les abcès du psoas qui ne dépendent pas d'une carie vertébrale ne se rencontrent guère que chez les femmes à une époque encore rapprochée des couches.

Le psoïtis réclame le même traitement que les phlegmons et que les abcès iliaques; mais, en raison du peu de tendance qu'ont les abcès du psoas à devenir superficiels, il faut examiner avec soin la région lombaire, car quelquefois on y sent de la fluctuation. S'il en était ainsi, il faudrait se hâter de pratiquer une incision dans ce point, ce qui permettrait au pus de s'écouler plus aisément que par une ouverture faite sur la paroi antérieure de l'abdomen.

INFLAMMATION DE LA PEAU

La peau est fréquemment affectée d'inflammation aiguë et chronique, et cette lésion s'y montre avec des caractères extérieurs fort différents. Tantôt, en effet, il n'existe qu'une rougeur plus ou moins vive; d'autres fois ce sont des tumeurs contenant divers liquides qui se concrètent. Ces différentes formes de l'inflammation ne sont pas seulement des variétés ou des degrés d'un même état mor-

bide, mais elles constituent le plus souvent des affections distinctes. Nous allons donc diviser et étudier les maladies inflammatoires de la peau en quatre genres, qui sont les *exanthèmes*, les *vésicules*, les *bulles* et les *pustules*.

DES EXANTHÈMES

Le mot *exanthème* (de *ἐξανθήω*, *effloresco*, *erumpo*) servait à désigner chez les Grecs à peu près toutes les éruptions cutanées; d'autres l'ont restreint à quelques groupes de maladies fort différentes entre elles. Mais depuis Willan, le mot *exanthème* a une signification précise, et l'on ne s'en sert plus aujourd'hui que pour dénommer un certain nombre d'affections cutanées ayant pour caractère commun une *rougeur plus ou moins vive, circonscrite ou diffuse, qui diminue ou disparaît momentanément sous la pression du doigt*.

D'après cette définition, il faut comprendre dans l'ordre des exanthèmes la roséole, l'urticaire, l'érythème et l'érysipèle : nous ne parlerons pas de la rougeole ni de la scarlatine; car bien que, par leurs caractères extérieurs, ces éruptions soient de nature exanthématique, cependant comme la fièvre, l'infection générale de l'économie, l'état du sang et la spécificité constituent les éléments principaux de la maladie, nous avons dû les ranger dans une autre classe. (Voyez plus haut, page 147.)

De la roséole.

La *roséole* (*rubeola*) est un exanthème non contagieux, caractérisé par des taches rosées, non proéminentes, diversement figurées, n'ayant qu'une durée éphémère, et généralement précédé et accompagné de fièvre.

Symptômes. — L'éruption de la roséole est souvent précédée de malaise et de fièvre; d'autres fois elle a lieu sans prodromes. Elle est constituée par des taches irrégulièrement arrondies, généralement plus larges et moins nombreuses que celles de la rougeole, et séparées par des intervalles de peau saine; parfois ces taches se montrent sous forme d'anneaux roses, avec des aires centrales qui conservent la couleur de la peau (*rubeola annulata* de Willan). D'un rose plus ou moins foncé, ces taches occupent une partie ou la totalité du corps; elles s'accompagnent généralement de prurit et de picotements à la peau. Beaucoup de malades éprouvent aussi un peu de chaleur à la gorge et de la douleur pendant la déglutition, accidents qui s'expliquent par des taches analogues qui existent au pharynx. L'éruption, après être restée stationnaire pendant vingt-quatre heures, commence bientôt à pâlir; vers le cinquième jour il n'en reste plus de trace; très-rarement on remarque une légère desquamation furfuracée. En général, la roséole qui règne dans les saisons chaudes est celle qui produit le plus de malaise et de fièvre; l'éruption offre en outre une teinte plus foncée, et le prurit est plus marqué (*rubeola aestiva* de Willan).

Diagnostic. — D'après ce que je viens de dire, il est impossible de confondre la roséole avec la rougeole régulière, à cause de l'absence, dans la première, des symptômes de catarrhe, et parce que les taches sont plus régulières, plus circonscrites et plus étendues que dans la rougeole. Cependant il faut convenir que, dans quelques cas, les caractères de l'éruption sont à peu près les mêmes dans les deux maladies. Si alors il n'existe point de symptômes de catarrhe, il sera souvent difficile de distinguer une roséole d'une rougeole sans catarrhe. Cette dernière sera probable pourtant si l'éruption survient dans une famille