

(Thoinot), tantôt vésicule bien saillante et visible qui se réunit à d'autres pour prendre l'aspect de bulles grosses comme des grains de chènevis (*miliaire bulleuse*); ce dernier type se réalise surtout au poignet. Sur la face, elles forment quelquefois des groupes qui simulent l'herpès en formation. En quelques points, les vésicules reposent sur une peau de couleur normale (*miliaire blanche*); au contraire, la miliaire reposant sur une zone rouge, constitue la *miliaire rouge*.

La durée d'une vésicule est de 4 jours en moyenne: en 24 heures, elle est généralement complète, puis elle peut se réunir à d'autres; vers le 5<sup>e</sup> jour elle devient opaque, son contenu se trouble, puis s'évacue et elle se dessèche (4<sup>e</sup> jour environ); parfois la vésicule se dessèche sans se troubler.

La miliaire est plus abondante aux régions où elle débute; elle a à peu près le même siège que l'exanthème. Les combinaisons des 2 éléments sont des plus variées: dans certaines épidémies (1887), la miliaire est secondaire, et suit l'exanthème, ce dernier prenant le plus d'importance.

L'éruption, dans son ensemble, est quelquefois complète en 24 heures; mais elle procède presque toujours par poussées; après la première survient une période de calme; mais la nuit suivante ou après un plus long intervalle, les sueurs, la fièvre, la dyspnée reparaissent, et une nouvelle poussée sudorale et éruptive se manifeste; cela se renouvelle deux ou trois fois au maximum; il s'agit bien là d'une seule éruption en plusieurs temps, et non de rechutes. Après chaque poussée, le nombre des vésicules augmente et, si la dernière est un peu tardive, les téguments présentent tous les types et toutes les périodes de l'éruption. Cependant, dans la règle, l'exanthème a complètement disparu au bout de 6 à 9 jours, ne laissant que de légères taches purpuriques qui se décolorent elles-mêmes plus lentement.

Durant cette période, l'état du malade reste toujours moins pénible pendant le jour; la transpiration est modérée, la peau est moite, la céphalalgie, l'oppression sont modérées et discontinues.

Le *pouls* qui pendant les paroxysmes était vibrant, plein et dépassait 100 à 120, tombe à la normale ou plus bas, à 55 (Thoinot); il est large, ample, affaibli quand la diaphorèse est excessive, et toujours régulier; aussi les accidents cardiaques semblent-ils beaucoup plutôt l'effet de troubles bulbaires que le résultat d'une myocardite, comme M. Jaccoud l'admet pour les cas mortels avec suffocation. Pendant la nuit, la fièvre reparaît un peu, l'agitation, qui s'atténue quand les poussées sont terminées, produit cependant encore l'insomnie.

L'appétit est nul et la soif reste dans des limites modérées; la langue, quelquefois desquamée, reste couverte, comme les gencives, d'un enduit épais; la constipation est opiniâtre, les selles peuvent manquer pendant 5, 6, 8 jours; ce trouble semble lié au dessèchement du tube digestif; les *garde-robes*, infectes et couleur goudron, deviennent parfois véritablement *hémorragiques* sans compromettre la vie du malade (Parmentier).

L'*urine* a les caractères déjà indiqués à la période d'invasion; son acidité cause une dysurie, une cuisson très pénible de tout le canal; l'urée tombe à 5 grammes en 24 heures; l'albuminurie ne se voit jamais.

La toux du début continue pendant la période d'éruption, quelques râles sibilants se font entendre dans la poitrine. L'*épistaxis* apparaît encore à cette pé-

riode, et la tendance hémorragique peut se manifester, mais sans revêtir aucun caractère de malignité, par les *hémoptysies* et par l'apparition des règles qui sont avancées, plus abondantes et prolongées.

La *température*, rémittente ou irrégulière, dépasse rarement 38°, 38°,5, dans les cas bénins et moyens; sa rémission matinale est toujours importante; dans les cas graves, mais non mortels, elle ne dépasse pas 39°,5; dans les cas mortels, elle atteint 41, 42 et même 43° aux approches de la mort. On manque cependant de renseignements précis sur la courbe exacte de la température.

*Desquamation.* — La desquamation elle-même se manifeste déjà dès le cinquième jour, par conséquent à une époque où il peut encore survenir de nouvelles poussées éruptives. Les deux périodes s'entremêlent donc et on voit la face entrer en desquamation alors que l'éruption du tronc est encore très colorée.

Elle se présente sous trois formes: desquamation *furfuracée*; desquamation *en collerettes*, qui se développe sur les anciennes vésicules desséchées dont l'épiderme tombe en laissant un anneau épidermique soulevé; c'est la forme la plus précocée; enfin desquamation à *larges lambeaux* ou *scarlatiniforme*, qui se montre aux doigts et à la paume des mains.

Elle débute sur les diverses régions dans l'ordre où l'éruption les a envahies; elle marche lentement, dure très longtemps, au point qu'on peut en voir des traces aux avant-bras, au bout de 5 ou 4 semaines. La langue desquame quelquefois, les papilles sont saillantes et le malade a une sensation de grain de sable dans la bouche.

A mesure que l'éruption s'efface, tous les malaises disparaissent; la transpiration cesse, l'appétit renaît et souvent les malades demandent à manger trop tôt, car les indigestions sont fréquentes à cette période (Parmentier). Cependant la constipation persiste encore quelque temps; le sommeil devient régulier, et dans les cas moyens, si de nouvelles poussées ne surviennent pas, le malade peut se lever vers le 8<sup>e</sup> ou 10<sup>e</sup> jour.

Mais le véritable signe de la guérison, c'est la *polyurie*; ce symptôme apparaît brusquement ou progressivement. Généralement vers le 7<sup>e</sup> jour (épidémie de 1887), l'urine, dont la quantité était tombée à 300 ou 400 grammes, commence à augmenter insensiblement jusqu'au 9<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> jour; l'urée à ce moment ne dépasse pas 6 à 7 grammes par jour. A partir du 10<sup>e</sup>, 13<sup>e</sup>, 14<sup>e</sup> jour, au moment où les sueurs ont entièrement disparu, l'urine devient d'un seul coup très abondante et passe, par exemple, de 1 litre à 2 ou 3 litres: ou bien elle monte progressivement jusqu'au chiffre normal qu'elle dépasse: l'urine est pâle sans aucun sédiment; l'urée suit une courbe parallèle à celle de l'urine, elle monte brusquement ou lentement à 16, 18, 26 grammes par jour. Telle est la *crise urinaire* de la suette (Parmentier).

3<sup>o</sup> *Convalescence.* — Peu de maladies donnent lieu à une convalescence plus longue, plus pénible, plus incertaine; « il semble que le malade ne parviendra jamais à recouvrer la santé », et cela est vrai non seulement des formes graves, mais aussi de ces attaques seulement ébauchées, qui n'ont tenu le malade que pendant 5 ou 6 jours au lit; certains malades ne peuvent reprendre les travaux de la campagne et avec beaucoup de ménagements qu'après 6 semaines de convalescence (épidémie de 1887).

Le convalescent est pâle et anémique, il a peine à se tenir sur les jambes; il sent des douleurs continues dans les mollets, les cuisses, les genoux; il marche lentement, car les efforts le mettent hors d'haleine et provoquent des sueurs abondantes; souvent il a de l'œdème des pieds; les muscles de la face, la langue sont agités de tremblements fibrillaires; il dort mal, l'appétit fait de nouveau défaut. On a signalé aussi une émotivité et une irascibilité exagérées; on a vu des femmes atteintes de mélancolie, d'accès maniaques, de *crises douloureuses* rectales, de névralgies intercostales, d'*arythmie cardiaque* (1887).

On reconnaît bien là les signes d'un trouble profond du système nerveux central, qu'on ne peut s'empêcher de rapprocher de ceux qui suivent la dengue et la grippe épidémique; ce sont bien les mêmes phénomènes d'affaiblissement, d'inertie fonctionnelle des tissus et des appareils, cette sorte de neurasthénie, qui, chez les sujets prédisposés, peut rester permanente (épidémie de 1887).

**Rechutes.** — La rechute est caractérisée par une nouvelle poussée éruptive généralement limitée, survenant pendant la convalescence; presque toujours provoquée par une alimentation prématurée, elle guérit généralement en 5 jours, à moins qu'il n'y ait des poussées successives; c'est une nouvelle cause d'affaiblissement pour le malade.

**Marche et formes. Durée.** — 1° La FORME NORMALE et MOYENNE de la suette correspond à la description précédente; elle dure de 15 à 20 jours.

2° Dans la FORME BÉNIGNE, les sueurs sont d'abondance moyenne, les phénomènes nerveux se bornent à de légères palpitations et de l'insomnie; la constipation existe, l'éruption est plus ou moins abondante; mais le malade souffre peu et il peut quitter le lit vers le 8<sup>e</sup> jour.

3° La FORME AMBULATOIRE, plus simple encore, se borne à des transpirations abondantes suivies de faiblesse, sans malaise et sans fièvre: au bout de 1 ou 2 jours d'invasion, l'éruption apparaît, limitée et peu intense, et au 5<sup>e</sup> jour le malade revient à son état normal; parfois il n'a même pas interrompu son travail.

4° FORME MALIGNE. (a) *Maligne primitive* ou *foudroyante*. — Cette forme de suette tue avec une rapidité extraordinaire, 2 jours, 1 jour, 5 heures (Plouvier, Parrot); le malade est pris le soir de sueurs profuses qui ne cessent plus, la température monte immédiatement à 40° et plus; l'agitation, l'oppression et la constriction extrêmes, aboutissent en quelques heures au délire; et le malade succombe dans le coma ou dans une recrudescence de la suffocation.

(b) *Maligne secondaire*. — Après un début normal, précédé ou non de prodromes, l'état s'aggrave dans un deuxième ou troisième paroxysme, le délire et les cauchemars empêchent tout repos; le malade, en proie à des hallucinations, se débat; les contractures des jambes, des mains, les soubresauts des tendons, l'hyperthermie indiquent l'imminence de la mort. Celle-ci vient en pleine transpiration, le plus souvent avant l'éruption ou pendant qu'elle apparaît, du 2<sup>e</sup> au 5<sup>e</sup> jour. Elle résulte alors de l'accès paroxystique de suffocation, ou de l'intoxication profonde (hyperthermie, ataxo-adynergie, coma). Quelquefois la maladie a évolué normalement lorsque tout à coup, au milieu de la nuit, la suffocation apparaît et tue le malade en quelques minutes. La mort est plus rare après la première poussée éruptive, elle est encore plus rare dans la convalescence.

5° La FORME SANS ÉRUPTION, et inversement la miliaire SANS SUEURS, sont des formes rares et d'un faible intérêt clinique.

6° FORME RUBÉOLIQUE OU MORBILLEUSE. — Cette forme a été décrite par la Commission d'études de 1887 et particulièrement par M. Hontang; jusque-là on avait constaté dans de nombreuses épidémies de suette l'existence d'éruptions morbilleuses: presque toujours ce fait s'observait à la périphérie des foyers épidémiques, dans des pays qui avaient déjà subi une épidémie de rougeole; on l'interprétait en admettant la coexistence de la suette et de la rougeole sur un même sujet. Mais par leur étiologie, leur évolution, leurs récidives, ces cas appartiennent évidemment à la suette.

Elle atteint surtout les enfants, qu'ils aient été ou non déjà affectés par la rougeole, et l'on voit par exemple, dans une même famille, les parents atteints de suette ordinaire et les enfants, de suette morbilleuse; elle est moins grave que la suette vulgaire, la guérison est la règle.

Elle emprunte à la rougeole ses prodromes (larmolement, injection des conjonctives, coryza, toux férine) et son éruption; à la suette, la brièveté de ses prodromes (quelques heures), les sueurs, la variété et la polymorphie de l'exanthème, la desquamation, l'absence de complications bronchiques et pulmonaires, les poussées éruptives successives. Le début en est rapide, mais sans grande violence; la température atteint dès le début de l'éruption 39° à 40°; mais la peau est humide, les sueurs abondantes, les phénomènes nerveux sont peu accusés. Dans l'éruption, l'exanthème prend plus d'importance que la miliaire; il débute par le nez, les joues, le menton, ce qui le distinguerait de la rougeole qui apparaît en arrière des oreilles. Il est franchement morbilleux sur la face, le tronc; mais, dès les premières heures, on sent à la main et l'on distingue, à un examen attentif, une poussée de petits points saillants sur chaque tache; le second jour, la miliaire se développe en petites vésicules très fines qui se généralisent; mais le type morbilleux ne persiste pas et les macules se confondent pour former des plaques plus ou moins larges et scarlatiniformes ou hémorragiques.

La température oscille autour de 39°. L'éruption dure 4 et 5 jours: les poussées successives ne donnent pas lieu à des phénomènes nerveux graves et l'enfant guérit le plus souvent sans aucune complication. Dans l'épidémie de Ruelle observée par Jolly en 1861, cette forme fut cependant très mortelle (1887). La maladie peut récidiver dans la même épidémie sous la même forme.

7° SUETTE DES FEMMES ENCEINTES. — La suette n'atteint pas les femmes enceintes avec une égale gravité dans toutes les épidémies. Parfois la grossesse évolue normalement; plus souvent l'avortement a lieu sans modifier en rien la marche de la maladie; l'avortement ou l'accouchement avant terme sont si fréquents que Parrot voyait dans la suette un véritable emménagogue; cependant Gaillard, Rayer n'ont pas observé cette action abortive. M. Thoinot a vu tantôt l'avortement suivi de mort, tantôt l'avortement simple, parfois l'accouchement à terme, parfois enfin la mort de la femme sans avortement; sur 9 femmes enceintes, M. Parmentier rapporte 5 morts, 2 avortements suivis de guérison, 2 guérisons sans avortement. Dans les cas mortels, le délire et les accidents nerveux se montrent de bonne heure; l'éruption ne produit aucune amélioration, le pouls reste élevé et un peu irrégulier, la

malade perd connaissance le jour ou le lendemain de l'éruption, elle succombe dans le coma.

La suette serait grave, pour quelques auteurs, chez les femmes en état de lactation; l'épidémie de 1887 n'a pas confirmé ce fait.

**Complications.** — Contrairement aux fièvres éruptives dont elle diffère déjà par tant de points, la suette n'a pas de complications proprement dites, elle ne semble pas avoir d'infections secondaires: la mort, nous l'avons dit, résulte surtout de l'exagération des phénomènes normaux.

L'angine intense, la congestion pulmonaire, la broncho-pneumonie sont les seuls accidents anormaux à signaler. Les délires permanents (mélancolie, manie aiguë) s'observent chez des sujets prédisposés. Les hémorragies nasale, bronchique et intestinale n'offrent pas de gravité. Les métrorragies ont été fréquentes dans quelques épidémies, la suette avançant l'apparition des règles.

**Coïncidences morbides.** — De tout temps, on a insisté sur la coïncidence avec la suette, soit des fièvres éruptives, rougeole, scarlatine (Barthez, Parrot, Orillard, Ardouin, Chédevergne), soit avec le choléra (Bourgeois, Ménière, Hourmann). Il est difficile d'interpréter la totalité de ces faits; la création du type morbilleux (1887) suffit à expliquer une grande partie de ces formes complexées en apparence; cependant, il est certain qu'à côté des foyers de suette franche il a existé des foyers de rougeole non moins nette, comme à Poitiers et à Bourges en 1887.

Mais, si l'on en croit les descriptions de M. Chédevergne, il existerait une *rougeole compliquée de miliaire*, dans laquelle, après une période d'invasion de 5 jours, caractérisée par du catarrhe, par des sueurs modérées, sans étouffements, sans épistaxis, se montre une éruption morbilleuse type; le 7<sup>e</sup> ou 8<sup>e</sup> jour la miliaire apparaît, quelquefois assez abondante pour couvrir et cacher complètement la première; la desquamation est presque toujours furfuracée. La guérison est fréquente; si la maladie tourne mal, la mort a lieu du 5<sup>e</sup> au 10<sup>e</sup> jour, en quelques heures dans le coma, et sans aucun des phénomènes nerveux ordinaires (constriction, suffocation, etc.). Cette forme atteint des enfants qui n'ont pas encore eu la rougeole, elle ne récidive pas, elle ne contagionne pas les adultes.

Enfin, il existe une *suettes secondaire* rare, qui vient compliquer une maladie provoquant elle-même des sueurs, rhumatisme articulaire aigu, pneumonie, pleurésie aiguë, congestion pulmonaire. La nuit, le malade est réveillé par l'accès de suffocation déjà décrit; l'agitation et le malaise durent 2 à 3 heures; le lendemain on reconnaît la miliaire, et la maladie semble reprendre son cours, mais la mort survient au milieu des phénomènes nerveux ordinaires la 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> nuit (Chédevergne). Il s'agit là évidemment de suette sporadique.

**Diagnostic.** — La suette épidémique ne peut être confondue avec aucune autre maladie. Mais la prédominance du type morbilleux ou scarlatineux dans l'éruption peut troubler à un premier examen, comme on l'a vu dans l'épidémie de 1887. En pareil cas cependant, on aura toujours des bases certaines de diagnostic dans la durée de l'incubation, la durée de l'invasion, les phénomènes prédominants à cette période, dans l'aspect soigneusement étudié de l'éruption, dans la nature des complications.

Pour la *rougeole*, la durée de l'incubation (13 à 14 jours) est toujours supérieure à celle de la suette; l'invasion est également plus longue (2 ou 3 jours au plus dans la suette). Le catarrhe, le coryza, sont plus accentués. L'éruption dans la suette est toujours, dès le 2<sup>e</sup> jour, recouverte de petites saillies vésiculeuses. Les sueurs sont inconnues à ce degré dans la rougeole; enfin, les accidents nerveux, si intenses qu'ils soient dans la rougeole, n'ont jamais le type bulbaire; ce sont des convulsions et du coma. Les manifestations broncho-pulmonaires sont presque inévitables dans la rougeole, elles font complètement défaut dans la suette. La desquamation, insignifiante dans la rougeole, ne peut passer inaperçue dans la suette. Enfin la contagion de la rougeole à l'adulte est extrêmement rare; la suette morbilleuse, au contraire, peut se transmettre; mais chez l'adulte elle reprend son type franc.

Il est difficile de confondre la suette avec la *scarlatine* dont les phénomènes angineux sont trop différents.

Il est inutile de revenir sur la *rougeole compliquée de suette* dont M. Chédevergne a donné la description.

Les *sudamina* abondants qui accompagnent les infections n'ont aucune analogie avec la miliaire épidémique.

J. Roux, Beauvont observé à Toulon, et sur la flotte française de la mer Noire en 1854, une forme de *choléra sudoral* dans laquelle la sueur, en énorme abondance, remplaçait les vomissements et la diarrhée; mais il existait aussi du refroidissement des extrémités, de la langue, de l'affaiblissement extrême du pouls, de l'extinction de la voix; les malades avaient le facies cholérique, des crampes; les urines étaient supprimées. Ce syndrome, rapproché des conditions étiologiques, suffira à établir le diagnostic (Collin).

**Pronostic.** — Il est impossible de porter un pronostic de la suette et il faut s'en abstenir (Thoinot). Les épidémies ne sont nullement comparables: alors que celles du xvii<sup>e</sup> siècle tuaient à l'égal du choléra, la mortalité dans les épidémies modernes a diminué; elle a varié de 33 pour 100 à 1 pour 100, dans un même foyer elle varie d'un village à l'autre.

Dans la règle, le pronostic est toujours plus grave au début qu'à la fin; c'est un caractère commun à toutes les grandes épidémies.

L'adulte est toujours plus gravement pris que l'enfant; en 1887, les enfants ont tous guéri. L'alcoolisme aggrave la maladie; la faiblesse, la débilité naturelle ou secondaire à une autre maladie n'ont aucune influence sur l'évolution de la suette; au contraire, les constitutions vigoureuses réagissent plus violemment. La grossesse est une fâcheuse condition à cause des chances d'avortement et d'hémorragie consécutive, mais nous avons vu que l'accouchement normal est possible.

Le pronostic est beaucoup plus incertain avant l'éruption, la mort étant rare quand celle-ci est apparue; c'est là un phénomène assez particulier; dans les fièvres éruptives en effet, le véritable danger commence avec l'éruption; dans quelques formes malignes seulement, on voit la rougeole et la scarlatine tuer à la période d'invasion; ici, au contraire, le système nerveux, dont les manifestations cardio-pulmonaires constituent tout le danger, est comme soulagé, quand l'éruption est faite; d'autre part, l'absence de complications explique la bénignité relative de la maladie dans son évolution ultérieure. Le pronostic est donc d'autant meilleur que la maladie est plus avancée. L'exagération des acci-

dents nerveux, l'agitation excessive, les contractures permettent de prévoir une terminaison fatale.

**Traitement.** — 1° **Hygiène.** — Dans les épidémies de suette, le médecin a toujours à lutter contre le préjugé qui porte l'entourage du malade à favoriser et augmenter la transpiration en le surchargeant de couvertures et en chauffant sa chambre. Là, comme partout, il est nécessaire de modérer le symptôme excessif, il faut donner au malade de l'air frais, constamment renouvelé, le mettre dans une chambre spacieuse; le linge sera aussi fréquemment renouvelé que le nécessitera la transpiration; il est préférable encore de changer de lit matin et soir et de chambre en même temps, si la chose est possible.

Pour calmer la soif qui, on le sait, n'est pas excessive, on doit donner des boissons fraîches légèrement acidulées ou mieux encore la macération de quinquina. L'alimentation avec le lait et le bouillon est suffisante.

2° **Traitement des symptômes.** — L'embarras gastrique et l'état saburral peuvent dans quelques cas exiger l'emploi du vomitif (méthode *vomi-purgative* de Foucart), mais en général, on ne peut retirer du vomitif aucun avantage. Au contraire, la constipation exige une intervention dont les lavements et les purgatifs huileux feront les frais.

Contre la fièvre, il ne faut pas hésiter à employer les lotions froides quand elle est modérée, les bains tièdes et froids quand elle est intense; ce dernier mode de traitement a été employé avec succès dans l'épidémie d'Oléron; on peut en attendre des effets énergiques quand la fièvre s'accompagne de troubles nerveux permanents. Le sulfate de quinine à doses massives (1 à 2 grammes par jour) est utile pour modérer les paroxysmes et combattre les intermittences. Contre les suffocations, la morphine seule ou associée à l'atropine est nécessaire. Enfin, il faut recourir à la méthode révulsive, sinapismes et bains sinapisés, quand on est menacé d'une rétrocession d'exanthème.

Pendant la convalescence, l'alimentation sera surveillée, tout écart de régime pouvant provoquer une rechute. Quand la faiblesse persiste, le sulfate de strychnine à hautes doses, les phosphates trouvent leur indication.

**Prophylaxie.** — La diffusibilité extrême de la suette, indépendamment de la contagiosité, qui, comme on l'a vu, est restreinte, rend difficiles et peu efficaces les mesures prophylactiques; certes l'assainissement, le nettoyage d'un village est utile, mais on n'aura pas ainsi d'action rapide sur l'épidémie.

## CHAPITRE VIII

### OREILLONS

**Définition.** — On désigne sous les noms d'oreillons, fièvre ourlienne, parotidite épidémique, une maladie infectieuse, contagieuse, se localisant sur les glandes salivaires, mais affectant toute l'économie, comme le prouve l'inflammation possible et fréquente des testicules, des mamelles, des ovaires, etc.

**Étiologie.** — 1° **Causes prédisposantes.** — Aucun âge n'est à l'abri des oreillons; on les trouve rarement au-dessous de 2 ans; cependant V. Gautier les a rencontrés chez un nouveau-né, contaminé par sa mère peut-être par la voie intra-utérine; Human a vu une femme atteinte d'oreillons accoucher d'un enfant ayant un gonflement de la région parotidienne gauche. C'est pendant la période scolaire, de 5 à 15 ans, puis à l'âge du service militaire que la maladie est le plus fréquente. Le *sexe*, bien qu'on en ait dit, n'a pas d'influence étiologique réelle. Les oreillons sévissent en toute *saison* et dans tous les climats tempérés.

L'immunité est la règle après une première atteinte; la *récidive* est d'une extrême rareté; Servier, Busquet en ont rapporté des cas.

**Causes déterminantes.** — La *contagion* ne s'exerce pas à distance; il faut, entre l'infectant et l'infecté, un *contact* immédiat ou médiat (vêtements, literie d'après Antony).

**Durée de la contagiosité.** — Les oreillons sont contagieux pendant les derniers jours de l'incubation et pendant l'évolution de la maladie, peut-être aussi après la guérison. La contagiosité serait à son maximum pendant les deux jours qui précèdent le gonflement parotidien (Rendu, Gouraud, Antony), elle diminuerait très rapidement à partir de ce moment. Toutefois, des faits tendent à prouver qu'elle persisterait encore après la guérison (Comby, Antony).

Les *épidémies* sévissent généralement sur un terrain limité (maisons, écoles, asiles, casernes, prisons). Dans un même établissement, si deux groupes sont isolés, la maladie ne passe pas de l'un à l'autre; de même, dans une ville, on voit la maladie atteindre un régiment et respecter les autres, ainsi que la population civile. Les épidémies ont d'ailleurs une marche particulière évidente dans les écoles et casernes, et qu'explique la longue durée de l'incubation; elles se développent lentement, par périodes successives de 18 à 22 jours (Poirrier). Les cas sont donc successifs et séparés par de longs intervalles; aussi les épidémies sont-elles de longue durée.

**Incubation.** — La durée de l'incubation ne paraît pas aussi constante que pour les fièvres éruptives; elle varie de 18 à 21 jours; elle serait plus près de la limite inférieure pour les enfants, plus longue pour les adolescents et les adultes.

**Anatomie pathologique.** — La tuméfaction qui constitue les oreillons occupe ordinairement les parotides, mais elle s'étend souvent aux glandes sous-maxillaires; les lésions et la localisation anatomique nous sont très mal connues; quelques cas mortels étaient trop compliqués pour qu'on pût en tirer une conclusion vraie; d'autres ont présenté à l'autopsie trop d'altérations pour permettre de conclure de l'état cadavérique aux lésions qui existaient pendant la vie.

Les examens anatomiques de Virchow dont parlent tous les traités classiques ont trait à des parotidites symptomatiques; pour cet auteur, il s'agit d'un catarrhe simple des glandes parotides.

On a localisé le processus dans tous les tissus qui remplissent la loge parotidienne, glandes, tissu conjonctif, ganglions. Niemeyer admet sans preuve l'existence d'un exsudat séreux dans le tissu périglandulaire. Bamberger a constaté un exsudat fibreux dans le tissu interacineux.