

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.

Une observation de M. Jacob (1875), relative à un sujet qui succomba à l'œdème de la glotte compliquant les oreillons, vaut la peine d'être rapportée : « les parotides et les sous-maxillaires n'étaient pas notablement augmentées de volume; leur tissu était resté blanc rosé, mais elles étaient plongées dans une atmosphère celluleuse remplie d'une sérosité verdâtre, transparente, comme gélatineuse, qui ne s'écoulait pas sur la coupe; cette infiltration séreuse donnait aux tissus une consistance particulière presque lardacée. L'examen histologique (Ranvier) donna les résultats suivants : les glandes salivaires ne présentaient pas trace d'inflammation, non plus que les petits ganglions lymphatiques situés au voisinage de la parotide; nulle part il n'y avait trace de prolifération celluleuse et l'épithélium des conduits salivaires avait conservé un aspect normal. Il n'y avait même pas d'œdème dans le tissu intercanalieux; toute la lésion était bornée à l'œdème périparotidien, puis à l'œdème de la glotte. »

Il est inadmissible que les glandes elles-mêmes ne soient pas atteintes à quelque degré; la multiplicité des localisations glandulaires (salivaires, lacrymales, mammaires, testiculaires) serait inexplicable par une lésion conjonctive pure; la lésion du tissu conjonctif, bien que prédominante en apparence, est purement secondaire. Les ganglions parotidiens sont peut-être congestionnés, mais, en présence de l'intégrité ordinaire des ganglions voisins qui leur sont reliés, on ne saurait admettre leur inflammation.

On ne possède pas d'examen anatomique de testicule en état d'orchite. MM. Reclus et Malassez ont constaté sur un testicule atrophié, à la suite d'une orchite ourlienne, la persistance des tubes séminifères, mais très atrophiés et très grêles; leur tunique interne était épaissie, et ils étaient transformés en cordons pleins; il n'y avait pas de prolifération conjonctive intercanalaire.

**Nature; bactériologie.** — Par leur évolution, leur contagiosité, leur caractère épidémique, la période de la vie qu'ils atteignent, les oreillons se rapprochent beaucoup des fièvres éruptives (Pratolongo, Trousseau). Si l'exanthème fait défaut, il existe, en revanche, un énanthème qui, d'après Guéneau de Mussy, se caractérise par une congestion avec tuméfaction de la muqueuse buccale, occupant la face interne des joues au voisinage de l'orifice du canal de Sténon et la partie antérieure de la voûte palatine.

MM. Capitan et Charrin (1881) ont trouvé dans le sang de 15 malades des bâtonnets et des microcoques animés de mouvements, qu'ils ont pu cultiver, mais qui n'ont pas été pathogènes pour les animaux; l'urine ne contenait pas de micro-organismes. M. Bouchard (1885), dans un cas grave où la maladie atteignit les glandes salivaires et lacrymales, a constaté dans la salive et dans l'urine albumineuse, des bâtonnets en grand nombre. M. Ollivier (1885) a trouvé des micro-organismes variés dans le sang et dans l'urine; aucune inoculation n'a été faite. En 1889, M. Bordas a pu isoler du sang des malades atteints d'oreillons un bacille très semblable à celui de MM. Charrin et Capitan, qui forme sur la gélatine de petites colonies rondes et grisâtres et ne la liquéfie pas; ce micro-organisme ne résiste pas à la dessiccation. Laveran et Catrin (1895) ont trouvé 59 fois sur 56 cas, dans diverses humeurs, un diplocoque facile à colorer par les couleurs d'aniline, se décolorant par le Gram, donnant des colonies blanches qui liquéfient la gélatine. Mecray et Walsh (1896) ont

isolé de la salive et 5 fois du sang sur 8 cas un coccus analogue au précédent. Michaëlis compare le diplocoque qu'il a isolé au méningocoque, dont il diffère par sa petitesse; contrairement à celui de Laveran et Catrin, il ne prend pas le Gram.

Malgré quelques divergences, la forme diplococcique est, en somme, assez fréquente pour qu'on lui accorde, au moins provisoirement, quelque valeur pathogène.

**Symptômes.** — 1° **Prodromes.** — Le plus souvent ils passent inaperçus, bien qu'ils soient fréquents (Canstatt); dans certaines épidémies, on les observe dans la moitié des cas si les enfants sont bien surveillés (Sanné); à l'hôpital, on ne les rencontre que 1 fois sur 5 environ (Rilliet et Barthez). Chez les adultes, les jeunes soldats, une observation attentive permet de les trouver assez fréquemment (Catrin).

Ces symptômes sont : la fièvre avec ou sans frisson initial, la céphalalgie, le malaise, la courbature et les arthralgies, les vertiges, l'épistaxis, les vomissements, la diarrhée, l'otalgie; les convulsions s'observent, mais rarement, chez les enfants. La durée de cette période varie de 12 à 56 heures.

2° **Période de tuméfaction.** — **Signes locaux.** — La **DOULEUR** est le premier symptôme; elle est sourde, gravative, occupe la région parotidienne et plus exactement, au début, le voisinage de l'orifice du conduit auditif. Elle s'irradie dans l'oreille; elle augmente d'intensité pendant les deux ou trois premiers jours, mais elle diminue généralement quand la tumeur est bien développée. Elle est *spontanée* et continue, rarement lancinante, ce qui la distingue de la douleur de la parotidite suppurée. Elle est *provoquée* et exaspérée par la pression, par la mastication, qui est le plus souvent impossible chez l'adulte, par la parole même; elle empêche l'écartement des mâchoires beaucoup plus que la tuméfaction elle-même, au point que l'examen de la bouche devient impossible et que le malade peut à peine sortir la langue hors des arcades dentaires. On voit dans quelques cas un véritable *trismus*.

La douleur présente tous les degrés d'intensité; moins vive chez l'enfant, elle se borne quelquefois à une simple sensation de tension; elle peut même manquer; chez l'adulte, au contraire, elle est parfois assez forte pour troubler le sommeil. Rilliet et Barthez ont signalé trois *points douloureux maxima* que l'on ne retrouve pas toujours réunis, mais qui présentent cependant quelque constance : 1° au niveau de l'articulation temporo-maxillaire; 2° en arrière de la mâchoire, sous l'apophyse mastoïde; 3° au niveau de la glande sous-maxillaire. Canstatt seul a signalé des douleurs dans la région du cou et des omoplates, qu'il explique par les rapports intimes de la parotide avec la deuxième paire cervicale (Rilliet et Barthez).

LA TUMÉFACTION PAROTIDIENNE ET PÉRIPAROTIDIENNE est le symptôme caractéristique. A son niveau, la peau conserve généralement sa coloration normale, elle est luisante et tendue; quelquefois elle prend une teinte rose diffuse qui disparaît à la pression pour reparaitre aussitôt; plus rarement la rougeur peut simuler l'érysipèle (Laveran). La région gonflée donne au doigt une sensation de résistance élastique, quelquefois molle et pâteuse; mal limitée, elle ne conserve pas l'impression du doigt, sauf dans quelques cas où le gonflement

est considérable. On peut admettre, avec Rilliet et Barthez, 5 degrés dans la tuméfaction parotidienne.

1<sup>er</sup> degré : forme légère. — La tumeur est limitée au sillon rétro-maxillaire; c'est une simple boursouffure qui remplit le creux parotidien sans le déborder et qui déforme à peine les traits.

2<sup>e</sup> degré : forme moyenne. — La plus commune; la tuméfaction se rapproche pour la forme et la tension d'une véritable fluxion, mais elle est généralement limitée à la région sus et sous-maxillaire. Le pavillon de l'oreille est soulevé et un peu déjeté en dehors.

3<sup>e</sup> degré. — Le gonflement est beaucoup plus considérable au niveau de la parotide qui forme une masse arrondie et saillante, il dépasse les limites de la région parotidienne et sous-maxillaire, gagne les côtés du cou et la partie supérieure de la poitrine; le cou prend alors un volume considérable qu'au premier abord il est difficile de distinguer de l'engorgement ganglionnaire des angines infectieuses, toxiques (diphthérique ou scarlatineuse); l'élargissement du bas du visage donne à la tête un aspect piriforme. Quelquefois le gonflement envahit la région temporale et zygomatique, jusqu'au pourtour de l'orbite (Leichtenstern).

Cette forme extrême ne se réalise que rarement, et seulement chez les adolescents et les jeunes gens. On constate parfois l'engorgement des ganglions sous et rétro-maxillaires (quelquefois même avant le gonflement de la glande, Lafforgue), mais l'étendue du gonflement périparotidien rend souvent difficile l'examen des ganglions.

Il est fréquent, au contraire, de voir la tuméfaction limitée aux glandes sous-maxillaires (*oreillons sous-maxillaires*). Comby dit avoir observé l'*oreillon sublingual*.

La *marche* de la tuméfaction est très variable; dans les cas légers et moyens, elle augmente pendant 3, 4 ou 6 jours, puis elle diminue rapidement; en général, au 7<sup>e</sup> ou 8<sup>e</sup> jour il n'en reste aucune trace. Rilliet et Barthez l'ont vue, dans quelques cas très intenses, persister 2 et 3 semaines; quelquefois la tumeur parotidienne ayant complètement disparu, il reste une induration avec léger gonflement au niveau de la glande sous-maxillaire (Barthez et Sanné). Le gonflement est le plus souvent *bilatéral*; toujours, disait Trousseau, avec quelque exagération. Mais quelle que soit la fréquence de la double localisation, il est très rare qu'elle le soit *d'emblée*: un côté est toujours pris avant l'autre, tantôt le gauche (Rilliet et Barthez, Heyfelder, Canstatt), tantôt le droit; la tuméfaction d'un côté précède l'autre de 1, 2 ou même 8 jours; il en résulte que le premier côté peut être complètement revenu à l'état normal quand l'autre est en pleine tuméfaction. Le gonflement n'a généralement pas le même développement des deux côtés.

ÉTAT DE LA MUQUEUSE BUCCO-PHARYNGÉE, ET DES CONDUITS D'EXCRÉTION. — Le plus souvent, à part un peu de blancheur de la langue, l'examen de la bouche et de la gorge ne dénote rien d'anormal, ni dans la couleur, ni dans l'état d'humidité, ni dans la nature des sécrétions (Rilliet et Barthez, Laveran). Toutefois, quand la fièvre est intense, la muqueuse est un peu desséchée; quand le sujet est scrofuleux (enfants) ou alcoolique, ou use avec excès du tabac (matelots, d'après Laveran), la gorge est rouge et gonflée; enfin,

quelquefois la fièvre ourlienne s'accompagne d'un état gastrique, qui, comme on le sait, produit toujours chez l'enfant un certain degré d'inflammation de la gorge. C'est ainsi, à notre avis, qu'on peut expliquer les altérations qu'on a constatées dans quelques épidémies; mais il faut considérer comme exceptionnels les symptômes rapportés par divers auteurs et dont voici l'énumération:

Rougeur érythémateuse de la gorge (Bouchut), de la face interne des joues autour de l'orifice du canal de Sténon, et dans la partie antérieure de la voûte palatine (Guéneau de Mussy);

Stomatite avec dépouillement de l'épithélium lingual (Jobard). Dans un cas publié par M. Karth, nous avons constaté sur le larynx, les gencives, les joues, un exsudat épithélial qu'on enlevait facilement par le raclage; pendant la convalescence, la muqueuse desquamée et le passage des aliments devint douloureux (stomatite érythémato-pultacée);

Sécheresse extrême de la bouche (Trousseau);

Angine pharyngée et tonsillaire intense, accompagnant ou plus souvent précédant les oreillons, constituant parfois le symptôme principal et le plus douloureux, se terminant par une desquamation épithéliale à petits lambeaux (épidémie observée dans la garnison de Dax, par Jourdan). Dans quelques cas, ces angines ourliennes seraient suivies, au bout de quelques mois, d'atrophie des amygdales;

Gonflement en mamelon de l'orifice du conduit de Sténon avec induration du canal, hyperémie des orifices de Warthon et de Rivinus (Mourou, Granier).

**Symptômes généraux.** — (a) La fièvre ourlienne à localisation salivaire simple, et dégagée de toute complication, comme c'est la règle chez l'enfant et le cas le plus fréquent chez l'adulte, peut ne donner lieu à *aucune réaction générale*.

L'enfant ne se plaint que d'une gêne légère dans la mastication, l'appétit est à peine diminué; il continue à sortir et à jouer.

(b) Plus souvent, il existe un léger état saburral; des vomissements apparaissent quelquefois le premier jour chez les enfants; l'épistaxis est assez fréquente. Le malade éprouve une courbature générale et une fièvre moyenne; la température monte à 38°,5 ou 39° pendant 1 ou 2 jours, puis tombe rapidement; elle affecte le type rémittent avec recrudescences vespérales (Barthez et Sanné).

Quelques épidémies se caractérisent par des phénomènes nerveux graves: délire, hallucinations, convulsions, mouvements choréiformes (Glénereau).

(c) Dans quelques cas, les symptômes revêtent l'allure et la gravité d'une fièvre typhoïde (*forme typhoïde*, Debize, Laveran), fièvre intense (40° et plus), agitation, délire, adynamie, selles involontaires; le gonflement de la rate existe assez souvent; nous l'avons trouvée considérable dans le cas publié par M. Karth, mais ces symptômes ne s'observent ordinairement que dans les cas à localisation testiculaire.

**Marche et formes.** — Quelle que soit la forme, la terminaison ordinaire est la guérison. La mort est le résultat des complications que nous énumérons plus loin: accidents méningitiques, convulsions, asphyxie mécanique par compression ou œdème du larynx, néphrite et urémie, syncope, broncho-pneumonie.

1<sup>o</sup> **Forme simple à localisation salivaire pure.** — C'est celle que nous avons