

décrite. Elle guérit sans accidents, quelle qu'ait été l'intensité de la tuméfaction et de la fièvre. Chez l'enfant, elle guérit en 4 à 8 jours complètement, sans laisser aucune trace; elle dure plus longtemps (10 à 12 jours, 5 semaines) quand les deux côtés ont été pris successivement à plusieurs jours d'intervalle.

On a signalé, au moment de la guérison, quelques phénomènes critiques tels que : transpiration abondante au niveau de la parotide, puis généralisée; urines sédimenteuses, diarrhée, vomissements bilieux (Canstatt), épistaxis. Malgré la résolution, les adultes conservent souvent pendant quelques semaines une sensation de fatigue et un certain degré d'anémie.

2° Forme avec localisation testiculaire. Orchite ourlienne. — *Fréquence.* — Après les parotides, le testicule est le plus souvent atteint. Très rare chez l'enfant (Rilliet n'en avait pas observé au-dessous de 14 ans, Sanné en a vu deux cas à 12 ans, Fabre de Commeny un à 9 ans), ce qui s'explique par le peu de développement et d'activité fonctionnelle de l'organe, cette complication est beaucoup plus fréquente dans l'armée (1 cas sur 5 d'après Laveran).

Époque d'apparition. — L'orchite se montre, en général, du 6^e au 8^e jour après le début de la tumeur parotidienne; mais aussi à toutes les périodes de cette tumeur, tantôt à sa période d'accroissement, tantôt quand elle a complètement disparu (ce dernier mode de développement avait été expliqué par la théorie de la métastase); enfin l'orchite peut précéder la parotidite de 1 à 5 jours (Crevoisier d'Hurbache, Lynch, Bérard, Rizet, etc.) ou même constituer toute la maladie (orchite ourlienne sans parotidite). (Kovacs.)

Quand les deux testicules sont atteints successivement, la seconde orchite peut être très tardive; M. Maubrac l'a observée au 16^e jour de la maladie.

Symptômes. — L'apparition de l'orchite est souvent précédée d'un retour de fièvre, généralement sans frissons. Souvent les symptômes généraux prennent une gravité extraordinaire, inexplicable et effrayante si on a méconnu la parotidite; les cas rapportés par Trousseau, Laveran, Lemarchand sont typiques :

(a) Parfois ce sont les accidents de *collapsus* qui dominent : anxiété, face pâle et grippée, pouls petit, fréquent, inégal, refroidissement des extrémités; la température centrale s'élève; mais au bout de 24, 56 heures au plus, la douleur testiculaire apparaît et les accidents disparaissent;

(b) Dans un autre mode de début, les symptômes sont véritablement *typhoïdes* et *adynamiques* : fièvre intense, délire, carphologie, insomnie, épistaxis, diarrhée séreuse, selles involontaires.

L'inflammation n'atteint généralement que le testicule, et, quand elle envahit l'épididyme, c'est toujours à un moindre degré. D'après Sorel, au contraire, l'épididyme serait toujours pris en premier lieu.

L'orchite est le plus souvent simple (1 cas double pour 8 simples); son siège n'a aucun rapport avec celui de la parotidite. Elle se manifeste par une douleur dont l'intensité est des plus variables, tantôt une simple tension, une pesanteur exagérée par la station debout, tantôt une douleur très pénible, pongitive, irradiée dans le canal inguinal, l'hypogastre et les lombes.

La peau du scrotum est rouge et tendue, quelquefois œdématisée; le gonflement varie comme la douleur; il est souvent triple ou quadruple de l'état normal. Le testicule conserve sa forme lisse et arrondie, il est moins dur que

dans les autres formes d'orchite (Laveran); il n'y a généralement pas d'épanchement dans la tunique vaginale.

Au 3^e ou 4^e jour l'orchite atteint son acmé; la période d'état dure 2 ou 3 jours, puis la résolution s'opère rapidement.

L'état général s'améliore dès que l'orchite est évidente, mais la fièvre persiste; toujours plus élevée que pendant la parotidite, elle atteint 40°8, 41°1, oscille un peu pendant 3, 4 ou 5 jours, puis tombe; soit brusquement, de 5 à 4 degrés au-dessous de la normale, en même temps que le gonflement disparaît (Laveran), soit par lysis (Sorel).

Malgré cette bénignité remarquable, l'orchite ourlienne est souvent suivie d'*atrophie testiculaire*. Cette terminaison signalée pour la première fois en 1761, par Hamilton, puis par Murat, J. Franck, fut étudiée par Doguy (1828), puis après une période d'oubli, par Rilliet et Grisolle. Elle existe environ chez l'adulte 2 fois sur 5 cas d'orchite⁽¹⁾. Dans les premières semaines qui suivent la maladie, l'organe paraît seulement plus mou; l'atrophie devient évidente au bout de 1 ou 2 mois, son importance est variable; quelquefois elle s'accompagne de quelques douleurs persistantes. Quand elle est double, chez un jeune homme, elle entraîne toutes les modifications dans la constitution et les fonctions sexuelles qui constituent le féminisme.

5° Forme typhoïde. — Déjà signalée; elle se caractérise par la gravité de l'état général, par la tuméfaction de la rate, l'albuminurie; la tuméfaction est considérable, et on constate en même temps de l'angine; elle guérit cependant (Gerhardt, Colin, Jaccoud, Pognon).

Complications. — (a) Beaucoup de « complications » devraient être comprises dans la symptomatologie, car elles ne sont que des localisations peu fréquentes de l'infection ourlienne sur les glandes.

Telles sont la tuméfaction des *mamelles*, celle des *ovaires*, des *grandes lèvres* (Rilliet, Fournier), des *glandes lacrymales*; dans tous ces cas, le processus est identique à celui des glandes parotides. La mastite ourlienne (Rochard, Cooper) a été observée chez l'homme; c'est cependant une complication rare. On a admis la tuméfaction des ovaires dans des cas où les malades ont éprouvé des douleurs à l'hypogastre (Rizet, Niemeyer); dans un fait de Moutard-Martin, on sentait, au niveau de l'ovaire droit, une petite tumeur douloureuse qui disparut assez rapidement.

L'inflammation des glandes lacrymales (Karth) débute après la parotidite; elle est double, elle provoque d'assez vives douleurs et un gonflement considérable de la conjonctive.

(b) **SUPPURATION PAROTIDIENNE, TESTICULAIRE.** — La suppuration est extrêmement rare. Meilheurat, Fehr, Laveran, Ferrand, l'ont observée; elle est limitée à une petite portion de la parotide et guérit facilement. Dans deux cas de Demme, il se développa sur la région parotidienne une plaque gangreneuse à tendance extensive qui entraîna la mort. La suppuration du testicule ou de l'épididyme a été signalée par Bourges et Boyer. Mais il importe de dire que ces accidents sont toujours l'effet d'une infection secondaire.

(1) CATRIN considère cependant la *restitutio ad integrum* comme fréquente chez les jeunes gens.

(c) **COMPLICATIONS CARDIAQUES.** — On a observé le ralentissement des battements du cœur pendant la convalescence (Karth), la tendance à la syncope, les lipothymies, des bruits de souffle au cœur.

L'endocardite (Jaccoud) peut atteindre les orifices mitral et aortique à la fois; elle n'a pas les caractères de l'endocardite végétante, elle peut guérir en peu de jours sans laisser de traces et passe rarement à l'état chronique (Bourgeois); elle peut s'accompagner de péricardite sèche.

(d) J'ai signalé l'AMYGDALITE, les VOMISSEMENTS, la DIARRHÉE.

(e) **LES ARTHROPATHIES** (Trousseau, Jourdan, de Cérenville, Liégeois), occupent une ou plusieurs articulations (cou-de-pied, genou, hanche); le gonflement est nul ou modéré; elles guérissent rapidement.

(f) **ACCIDENTS NERVEUX.** — Ceux qui s'observent pendant la maladie sont généralement transitoires et bénins; tels sont les vertiges (Liégeois), les convulsions, le délire. Pendant les accidents méningitiques (Cooper, Russel, Maximovitch), qu'on a rapportés à l'œdème cérébral, sont une cause de mort signalée à plusieurs reprises. Mais après la guérison il peut se développer des troubles plus tenaces, des paralysies étendues à plusieurs membres ou à tout le corps; c'est une véritable *polynévrite* (Joffroy, Revilliod, Gallavardin). On a observé en même temps ou séparément la paralysie de la 6^e paire, du facial, de l'hypoglosse, du spinal. On doit signaler aussi les troubles mentaux, tels que l'aphasie, la manie aiguë, la mélancolie, etc. Le vertige dans la convalescence prend le type de Ménière quand il accompagne des lésions de l'oreille interne.

(g) **ORGANES DES SENS.** — Du côté des yeux on a signalé la blépharite, la kérato-conjonctivite, la congestion rétinienne; cette dernière s'accompagne d'une diminution plus ou moins marquée de l'acuité visuelle (Hatry).

L'otite suppurée est rare (Gradenigo). Toynbee, Calmettes, Gellé ont vu survenir à la suite des oreillons une surdité d'origine labyrinthique, uni ou bilatérale, et qui est incurable.

(h) **NÉPHRITE, ALBUMINURIE, ANASARQUE.** — Signalée par Pratonlongo, Renard, Hensch, Karth, Bourgeois, Pognon, l'albuminurie apparaît au cours des formes graves des oreillons, quelquefois avec des accidents typhoïdes; l'hématurie est rare et peu abondante. L'albuminurie, généralement peu abondante, est éphémère (2, 3, 6 jours) et ne laisse aucune trace appréciable; cependant Troussin a observé des accidents éclamptiques graves. Colin et Le Roy ont cité deux cas d'urémie mortelle; dans le cas de Colin, les reins, gros et blancs, présentaient au microscope les caractères de la néphrite interstitielle aiguë.

(i) **LES COMPLICATIONS RESPIRATOIRES** sont si rares qu'on peut considérer la bronchite et la broncho-pneumonie signalées par les auteurs, comme des affections indépendantes; seul l'œdème du larynx est un résultat direct de la tuméfaction parotidienne par propagation de l'œdème qui l'entoure; il a causé plusieurs fois la mort (Bougard, Jacob) ou a nécessité la trachéotomie (Pilatte).

L'urétrite, la vaginite (Gröffier, Chatard), la prostatite ont été signalées. Mais leur nature ourlienne n'est pas suffisamment prouvée.

(j) *Rash.* On peut observer au début ou au cours des oreillons, des éruptions variées (ortiiées, papuleuses, morbillieuses, scarlatineuses, pétéchiiales).

(k) Je rappelle simplement les tuméfactions ganglionnaires du cou; elles peuvent persister à l'état d'induration ou devenir l'origine d'une dégénérescence tuberculeuse.

Diagnostic. — Les oreillons peuvent être confondus avec l'adénopathie simple ou liée à une infection grave (diphthérie, scarlatine), avec la parotidite symptomatique, avec l'adénite sous-maxillaire et le phlegmon sus-hyoïdien, quand ils atteignent la glande sous-maxillaire; enfin, l'orchite ourlienne primitive peut donner lieu à des difficultés de diagnostic.

L'adénopathie cervicale aiguë, quelle qu'en soit la cause, n'a pas le même siège; elle s'étend plus bas, le long du sterno-mastoïdien; elle est plus douloureuse, elle a au début une consistance plus dure, puis elle se ramollit si elle doit suppurer.

L'adénopathie chronique est toujours multiple, peu douloureuse; les ganglions malades forment de petites masses bien distinctes et mobiles sous le doigt.

Quand la tuméfaction est énorme, elle simule quelquefois l'engorgement ganglionnaire de la diphthérie et de la scarlatine; il suffit d'examiner la gorge pour être fixé sur ce point.

La parotidite symptomatique de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, de la stomatite mercurielle est unilatérale, très douloureuse; la tension est grande, la peau œdématisée devient rose, puis rouge; la fluctuation devient rapidement perceptible.

L'adénite sous-maxillaire et le phlegmon sus-hyoïdien se reconnaîtront facilement avec une palpation attentive.

L'orchite ourlienne primitive se distingue de l'orchite blennorragique par l'absence d'écoulement urétral, par l'intégrité de la vaginale, de l'épididyme, par la rapidité de son évolution.

Pronostic. — La mort par oreillons est extrêmement rare. Le pronostic des oreillons serait des plus favorables si les malades n'étaient menacés d'atrophie testiculaire; le pronostic serait moins grave chez la femme s'il était démontré que l'ovaire reste toujours intact.

Traitement. — Chez l'enfant, quand la maladie est d'intensité moyenne, on se bornera à prescrire le repos au lit, ou au moins à la chambre, pour éviter les refroidissements qui ne sont pas sans inconvénients. Pour calmer la douleur, on pratiquera des fomentations avec un liniment calmant. L'anti-pyrine est d'une grande utilité; le gaïacol en pommade semble atténuer la douleur.

Chez l'adulte, il paraît impossible de prévenir la localisation testiculaire; toutefois le repos absolu est de rigueur.

Le traitement de l'orchite n'offre rien de spécial; on s'efforcera de modérer les accidents généraux qui précèdent et accompagnent son développement. Quand l'oreillon paraît suppurer, on ne saurait trop recommander de ne pas

hâter l'incision, car une tuméfaction volumineuse peut donner la sensation de fluctuation.

Dans les formes graves avec hyperthermie, il faut administrer les bains froids avec plus ou moins de rigueur suivant les cas.

ÉRYSIPELE

Par ÉMILE BOIX

Définition. — Nous pouvons définir cette affection :

Une maladie générale, fébrile, cyclique, consécutive à l'introduction dans l'organisme d'un agent pathogène spécifique, le streptococcus de Fehleisen, lequel produit, au point d'inoculation, une inflammation spéciale du tégument externe ou interne dont la caractéristique est de s'étendre jusqu'à épuisement de la virulence du microbe ou jusqu'à vaccination de l'individu.

D'où le nom d'érysipèle (ερυσιππελας).

Personne aujourd'hui ne songe à maintenir la différence de nature entre l'érysipèle de la face, érysipèle dit spontané, médical, et l'érysipèle survenant autour d'une plaie, érysipèle traumatique, chirurgical. Une étude d'ensemble de la maladie n'incombe pas plus de droit au chirurgien qu'au médecin; mais la partie clinique est différente, et l'érysipèle médical, dont la localisation à la face est la modalité la plus importante, a sa place indiquée dans un *Traité de médecine*. Aussi bien, ne pas l'étudier ici eût été manquer non seulement à l'usage — avec lequel cependant on doit rompre sans scrupules quand les faits l'exigent — mais avec la logique qui ne permet pas de séparer de ses congénères une maladie générale infectieuse comme celle-là. C'est toujours dans un service de médecine qu'on adressera un malade atteint d'érysipèle de la face; — ce sont toujours les symptômes généraux d'infection qui garderont chez lui la prédominance.

Il eût été difficile, à côté de la description des symptômes, de ne pas dire un mot de la cause même de la maladie; c'est pourquoi, bien que l'histoire naturelle de l'érysipèle ait été savamment présentée dans le *Traité de chirurgie*, nous donnerons ici, en même temps qu'un exposé clinique, des notions suffisantes de bactériologie et d'anatomie pathologique pour faire du présent paragraphe une étude d'ensemble résumée de l'érysipèle médical.

Entre l'article du *Traité de chirurgie* et les présentes pages, « il y aura donc moins une différence de sujet qu'une différence de point de vue ». (M. Raynaud.)

Historique. — L'histoire de l'érysipèle commence avec la science hippocratique, et ce n'est pas à cette époque que la maladie était le moins bien connue; déjà se trouvaient exprimés, en un aphorisme célèbre, les rapports entre l'érysipèle et la fièvre puerpérale, question à peine jugée récemment : *Si mulieri prægnanti fiat in utero erysipelas, lethale*. Et nous retrouvons cet autre encore vivant de nos jours : *Erysipelas foras intra converti, malum, intus vero foras, bonum*.