

IX

OREILLONS¹PAR LE D^r J. COMBY

Sous le nom d'oreillons, ourles, fièvre ourlienne, parotide épidémique, on décrit une maladie générale infectieuse, spécifique, contagieuse, se localisant avec prédilection sur les glandes salivaires (parotides, sous-maxillaires, sublinguales), et pouvant intéresser accessoirement d'autres glandes de l'économie (testicules, glandes lacrymales, thyroïde, prostate, mamelles, ovaires, etc.).

La fièvre ourlienne est essentiellement une maladie *humaine*; elle est inconnue dans les autres espèces animales, elle n'a pas pris place dans la médecine vétérinaire. Un Américain, Poore, dit bien avoir vu un jeune garçon communiquer les oreillons à un chien (*New York Medical Record*, mai 1890, p. 545); mais ce fait est resté unique jusqu'à ce jour, et d'ailleurs MM. Laveran et Catrin, dans leurs tentatives expérimentales, n'ont pas réussi à communiquer les oreillons aux animaux.

Cette maladie, dont la connaissance remonte à la plus haute antiquité, a été parfaitement décrite par Hippocrate. Le père de la médecine a bien vu que les oreillons atteignaient de préférence les jeunes sujets, qu'ils ne se bornaient pas toujours au gonflement pré-auriculaire, qu'ils pouvaient descendre dans les testicules, etc. Il a insisté sur le peu de réaction générale de la maladie, sur sa bénignité et sa terminaison favorable. Après lui, et pendant des siècles, les oreillons ont été méconnus dans leur nature intime et confondus avec les parotidites simples et même avec les adénites de la région (A. Paré, Sennert, van Swiéten). J. Capuron, dans son *Traité des maladies des enfants* (Paris, 1820), témoigne de cette confusion persistante : « On donne le nom d'oreillons, dit-il, au gonflement des parotides. Ces sortes de tumeurs sont presque toujours produites par le travail de la dentition, par le dessèchement subit des oreilles ulcérées ou en suppuration; elles dépendent aussi quelquefois du vice scrofuleux; elles sont avec ou sans fièvre, suivant qu'elles consistent dans le simple engorgement ou dans l'inflammation des glandes. »

Cependant, au XVIII^e siècle, quelques médecins mieux avisés apprécient plus sainement les oreillons. Hamilton (épidémie d'Écosse, 1761) se fait une idée assez exacte de la maladie et reconnaît l'orchite ourlienne. Mangor (épidémie de Wiburg, 1775) insiste sur la contagiosité des oreillons. J. Pratolongo (épidémie de Gênes, 1752) va plus loin, car, dans une lettre à Borsieri, il tente d'assimiler les oreillons aux fièvres éruptives. Cette comparaison a été

⁽¹⁾ Consulter *Les Oreillons*, 1 vol. de la bibliothèque médicale Charcot-Debove, Paris, 1895.

reprise par Trousseau, Peter, L. Colin, Laveran, tous partisans convaincus de la spécificité des oreillons, admise aujourd'hui par tout le monde.

Étiologie. — Les oreillons sévissent sous forme d'épidémies plus ou moins étendues; ils frappent surtout les collectivités de jeunes sujets (écoles, pensions, collèges, casernes). C'est une maladie des écoliers et des soldats; voilà pourquoi elle est décrite avec ampleur par les médecins d'enfants et par les médecins militaires; car ce sont eux qui sont le plus souvent aux prises avec elle.

Quand on jette un coup d'œil sur les innombrables épidémies relevées par les auteurs, on ne tarde pas à se convaincre que les oreillons sont de tous les climats et de tous les pays. Les questions de races, de climats, de chaud et de froid, de sécheresse et d'humidité, ne jouent en effet aucun rôle appréciable; la contagion seule règle l'évolution des épidémies ourliennes.

Les conditions météorologiques n'ayant aucune influence, les courants de l'atmosphère ne jouant qu'un rôle effacé dans la dissémination du mal, on conçoit que les épidémies ourliennes restent cantonnées et enfermées dans des limites étroites (une école, une prison, une caserne, une maison). Dans la même ville, toute la population infantile n'est pas menacée, toutes les écoles, toutes les pensions ne seront pas atteintes; les oreillons se localisent à un seul établissement, parfois à une seule division, à une seule classe. Dans la même garnison, tous les régiments ne seront pas envahis, toutes les casernes ne seront pas contaminées; un seul corps, une seule caserne, parfois une seule chambrée paieront tribut à l'épidémie. C'est dire que la force d'expansion des oreillons n'est pas grande et qu'elle est en tout cas bien inférieure à celle de la rougeole, de la variole, de la scarlatine, de la grippe, du choléra, etc. Voici, par exemple, les épidémies des Demoiselles de Saint-Cyr, de l'École des cadets de Berlin, des orphelinats de Halle et de Moscou, du collège de Strasbourg, etc., qui restent cantonnées dans ces établissements, sans en franchir les murs. Telle est la règle, qui comporte des exceptions; car on a vu des épidémies dépasser les limites d'une ville et suivre des provinces entières.

La marche des épidémies n'est pas foudroyante, elle se fait par étapes successives, qui en prolongent la durée pendant des semaines et des mois. L'épidémie des orphelins de Moscou (1847) a atteint, en 5 mois, 200 des pensionnaires sur 500. Cette proportion est très forte, et généralement la majorité des enfants exposés à la contagion y échappent. J'ai vu bien souvent, dans mon service d'hôpital, des cas importés rester stériles, malgré l'absence de toute mesure d'isolement. Cependant la contagiosité des oreillons est indéniable; ils sont transmissibles directement d'un enfant à un autre. Sont-ils transmissibles aussi par des objets, par des tiers? Cela est possible, car Roth a vu une personne contracter la maladie en couchant dans le lit qu'avait occupé précédemment une autre personne atteinte d'oreillons, et il cite le cas d'un assistant de l'hôpital de Bamberg qui, après avoir donné ses soins aux ourliens hospitalisés, transporta la maladie à une tierce personne habitant la ville.

Le germe des oreillons est peu volatil, peu viable en dehors de l'orga-

nisme, peu transportable par conséquent. Dans une salle d'hôpital, si les oreillons se transmettent, c'est de proche en proche, aux enfants les plus rapprochés du malade, aux voisins de lit. Le transport ne se fait pas à longue distance, et l'on peut voir une épidémie s'arrêter devant une porte vitrée ou un mur peu élevé (Variot, *Bull. Méd.*, 1887).

Les oreillons sont-ils contagieux pendant toute leur durée, ne le sont-ils qu'au début, le sont-ils encore à la fin, pendant la convalescence, etc.? Autant de questions qu'il faut chercher à résoudre par les faits. Quelques exemples rapportés par Rendu, Sevestre et d'autres, ont montré que les oreillons étaient contagieux dès le début, et même avant l'apparition du gonflement parotidien. Un jeune enfant joue quelques heures avec un de ses petits camarades, nullement malade en apparence, mais qui, le lendemain, présentait le gonflement parotidien. Dix-huit jours après, les oreillons se déclaraient chez ce jeune sujet. Rendu, qui a observé le cas, en conclut que les oreillons peuvent se transmettre pendant la période des accidents prémonitoires qui précèdent de vingt-quatre ou quarante-huit heures la tuméfaction de la parotide. Comme dans la rougeole, la contagiosité serait surtout redoutable au début, à la période d'invasion, pour s'atténuer et s'éteindre ensuite.

Toutefois on a observé des cas de transmission à la période d'état et même pendant la convalescence. Voici ce que rapporte Bernutz (Thèse de Séta, Paris, 1869) : « Trois enfants d'une famille à laquelle je donnais mes soins eurent successivement les oreillons; je prévis les parents que la maladie était contagieuse et je leur recommandai d'isoler les malades. Au bout de six semaines, les parents me demandèrent si leurs enfants pourraient sans danger aller rendre visite à la famille de leur oncle qui était à la campagne et dont j'étais également le médecin. Ils y allèrent et communiquèrent la maladie à leurs deux petits cousins. »

Au point de vue de la réceptivité morbide, on doit tenir compte de l'âge des sujets; les nouveau-nés et les nourrissons sont rarement atteints, et c'est surtout dans la seconde enfance, chez les écoliers, que sévissent les oreillons. Une nourrice est atteinte d'oreillons (Merklen) et continue à donner le sein à son nourrisson; non seulement la sécrétion lactée ne tarit pas, mais encore l'enfant échappe à la contagion.

Sur 75 cas de l'épidémie de Genève (*Gaz. méd. de Paris*, 1850), Rilliet et Lombard ont relevé l'âge des sujets :

AGE	NOMBRE DE CAS
De 0 à 2 ans	0
— 3 à 4 —	7
— 5 à 10 —	18
— 10 à 15 —	49
— 15 à 20 —	8
— 20 à 30 —	9
— 30 à 40 —	8
— 40 à 50 —	2
— 50 à 60 —	1
— 60 à 70 —	1
Total	75

D'après ce tableau, on voit que la maladie est exceptionnelle dans le premier âge et dans la vieillesse, et que la grande majorité des cas s'est rencontrée entre cinq et quinze ans. Telle est la règle, le chapitre des exceptions sera court.

V. Gautier (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 1885) a vu un nouveau-né contracter la maladie de sa mère; mais le gonflement ne porta que sur les glandes sous-maxillaires. Le Dr Human, que cite d'Heilly dans le *Dictionn. de Jaccoud* (article OREILLONS), rapporte un fait de contagion intra-utérine : une femme de 45 ans est prise d'oreillons au 8^e mois de la grossesse; elle accouche avant terme et, le lendemain, l'enfant présentait un gonflement de la région parotidienne gauche, et poussait des cris dès qu'il ouvrait la bouche; le gonflement augmenta pendant deux jours encore, puis disparut.

Le Dr H. White (*Brit. med. Journ.*, 11 juin 1902) a rapporté un cas d'oreillons chez la mère et l'enfant, qui semble démontrer la transmission par la voie placentaire. Une femme de 24 ans accouche le 17 mars. Le 25, l'enfant présente un gonflement sous-maxillaire droit, et le lendemain un gonflement parotidien du même côté. Le 24, la mère présente un gonflement sous-maxillaire gauche, puis parotidien, et elle eut des oreillons très sévères. Il en existait d'ailleurs plusieurs cas dans la même rue. Il est évident que cette femme avait été contaminée avant de prendre le lit pour accoucher, et qu'elle avait transmis le germe de la maladie à l'enfant qu'elle portait dans son sein. Chez les deux sujets la maladie éclata à peu près en même temps, toutefois 24 heures plus tôt chez l'enfant que chez la mère. Donc, cas indéniable de contagion intra-utérine.

On a dit que les oreillons avaient une prédilection marquée pour le sexe masculin, et que les collèges de garçons étaient plus souvent atteints que les pensionnats de filles. C'est une opinion qu'explique la prédominance des agglomérations de garçons sur celles de filles. En réalité la contagion seule explique la propagation des oreillons et le sexe ne lui oppose aucune barrière.

Comme la plupart des maladies infectieuses, les oreillons ne récidivent généralement pas, une première atteinte conférant l'immunité pour toute la vie. Mais cette règle comporte des exceptions bien mises en relief par nos confrères de l'armée (Jacob, Nimier, Antony, Catrin, etc.). Sur 157 cas personnels, Catrin a noté 9 récurrences et 2 rechutes (ces dernières après 18 jours et 5 mois). Les récurrences ont été séparées par des intervalles d'un an (1 cas), 2 ans (2 cas), 4 ans (3 cas), 5 ans (1 cas), 7 ans (1 cas), 10 ans (1 cas). Catrin déclare avoir relevé une cinquantaine de cas de récurrences vraies, chiffre minime comparé aux milliers de cas des statistiques militaires. Chez les enfants, d'après mes recherches personnelles, les récurrences seraient encore plus rares que chez les adultes. Cependant j'ai vu une fille de 12 ans présenter les oreillons trois ans après une première atteinte, les deux atteintes ayant été des plus nettes. Le Dr Albert (*Revue de médecine*, 1895) a vu des trompettes présenter des rechutes répétées aboutissant à une forme chronique d'oreillons. Ces rechutes avaient sans doute pour cause les efforts occasionnés par les instruments à vent dont ces hommes étaient obligés de jouer.

Bactériologie des oreillons. — La nature infectieuse des oreillons s'est vivement éclairée depuis quelques années par la bactériologie. En 1881, Capitan et Charrin, ayant examiné plusieurs élèves de l'École polytechnique, ont trouvé six fois, dans le sang et la salive, de nombreux microbes, sphériques pour la plupart, quelquefois allongés en bâtonnets mobiles (Société de Biologie). Après eux, Ollivier, Boinet décrivent des microbes analogues Académie de médecine. — *Lyon médical*, 1885). Bordas (Société de Biologie, 1889) a fait des cultures avec le sang provenant de malades atteints d'oreillons et obtenu en 8 heures un bacille parfois renflé à ses extrémités, prenant la forme d'un S ou d'un V, qu'il nomme *bacillus parotidis*. MM. Laveran et Catrin ont repris ces recherches et obtenu des résultats plus précis. Ils ne se contentèrent pas d'examiner le sang, mais la sérosité parotidienne et péri-parotidienne, la sérosité testiculaire, celle de certains œdèmes, le liquide articulaire dans quelques cas de rhumatisme ourlien (Société de Biologie, 1895. — *Gazette des hôpitaux*, 1895). Sur 92 malades ils ont eu 67 résultats positifs; 59 fois sur 56 cas, ils ont eu des cultures pures en ponctionnant les parotides. Le liquide orchitique a presque toujours donné des résultats positifs, 12 fois sur 16; le liquide des œdèmes ourliens a donné 5 résultats positifs sur 5 cas, et la sérosité d'une arthrite ourlienne du genou a cultivé 2 fois sur 2. Le sang des ourliens, au moment de la fièvre, a donné, 10 fois sur 15, les mêmes microbes. Les microbes ont été retrouvés dans le sang 15 jours et même 5 semaines après la guérison, jamais après 1 mois. Voici les caractères de ces microbes : microcoques associés par 2 (diplocoques), plus rarement par 4, ou en zooglées; dimensions, 1 μ à 1 μ 5; mobilité restreinte; ils prennent facilement les couleurs usuelles, mais pas le Gram; ils se cultivent dans le bouillon à 55 degrés, sur gélatine, sur gélose, etc. Inoculations négatives chez les animaux.

Jusqu'à plus ample informé et malgré les recherches de Letzerich dans l'urine des ourliens, qui auraient abouti à la découverte d'un bacille plus court et plus large que celui de l'influenza, il faut considérer le *diplocoque* de MM. Laveran et Catrin comme le microbe pathogène des oreillons.

Dans une note présentée à l'Académie des sciences (9 novembre 1891), M. Griffiths annonce qu'il a trouvé dans les urines des malades atteints d'oreillons, une ptomaine encore mal définie, mais qui ne se retrouverait pas chez les enfants sains.

Anatomie pathologique. — On n'a que très rarement l'occasion de faire des autopsies d'oreillons, et l'on en est réduit à des conjectures sur les lésions de la parotide et des autres glandes. Virchow admet, dans les oreillons, l'existence d'une parotidite analogue à celle des maladies infectieuses; elle serait primitivement canaliculaire dans les deux cas : mais, dans l'une, le catarrhe serait simple; dans l'autre, il aboutirait à la suppuration. Trousseau pensait qu'il n'y avait dans les oreillons que de la fluxion sanguine, de l'hypérémie; et il opposait cette congestion ourlienne à la véritable parotidite secondaire aux maladies générales. M. Jacob, chez un soldat emporté par l'œdème de la glotte, au cours des oreillons, a vu que les glandes salivaires n'étaient pas augmentées de volume, mais que leur atmosphère celluleuse

était remplie d'une sérosité verdâtre, gélatineuse, transparente, donnant au tissu la consistance lardacée. Ranvier, au microscope, n'a pas trouvé de lésions inflammatoires : épithélium des canaux salivaires intact, pas de prolifération cellulaire, œdème de la glotte et du tissu cellulaire péri-parotidien, sans œdème inter-acineux. Cet examen histologique montre donc que, au point de vue anatomique, les glandes salivaires sont très légèrement touchées, et que l'inflammation, tant des éléments glandulaires que du tissu interstitiel, n'est pas accusée.

Reclus a eu l'occasion d'étudier une fois l'atrophie ourlienne du testicule : il a trouvé cet organe mou et flasque, trop petit pour l'albuginée qui l'entourait, anémié, pâle; à la coupe, les tubes séminifères étaient grêles et fragiles. L'examen histologique, pratiqué par Malassez, a montré : vaisseaux sains, tissu conjonctif normal et non épaissi, tubes séminifères diminués de volume et transformés en cordons pleins (plus d'épithélium, tunique interne épaissie). Cette *sclérose parenchymateuse* du testicule équivaut à la suppression fonctionnelle de l'organe.

Dans le sang, Quinquaud a vu l'urée un peu augmentée, l'hémoglobine normale, l'albumine descendant à 65 grammes pour 1000, la fibrine à 5 ou 5 grammes, les matériaux de désassimilation s'élever à 8, 12, 14 grammes.

En somme, ces lésions n'ont rien de spécifique et leur étude, l'occasion faisant défaut, n'est qu'ébauchée.

Symptômes. — Avant l'apparition des symptômes caractéristiques, on a constaté non seulement des prodromes plus ou moins vagues, mais aussi une période assez longue d'incubation latente, pendant laquelle le germe pathogène cultive sans bruit dans le milieu organique.

Incubation. — L'incubation des oreillons est relativement très longue, plus longue assurément que dans n'importe quelle fièvre éruptive. La durée moyenne de cette période est de 5 semaines : 19, 20, 21 jours. Quelquefois l'incubation est raccourcie, d'autres fois elle est prolongée au delà de 24, 25, 26 jours. Hensch fait osciller la période d'incubation entre 14 et 22 jours; Rilliet, entre 8 et 26 jours; Pearse, Roth la fixent à 18 jours. Sur 29 cas favorables à la recherche chronologique, Rilliet et Lombard indiquent, pour la durée de l'incubation, les chiffres suivants :

8 jours	1 cas
19 à 20 —	11 —
20 à 22 —	15 —
25 à 26 —	1 —

En somme, tous les auteurs s'accordent pour attribuer aux oreillons, dans la grande majorité des cas, sinon dans tous, une incubation dépassant 18 jours.

Prodromes. — L'invasion des oreillons est généralement des plus insidieuses, le gonflement parotidien attirant l'attention avant qu'aucun trouble de la santé générale n'ait mis sur la voie du diagnostic. Cependant un observateur avisé et prévenu pourrait saisir une phase prodromique annoncée par de la fièvre, de l'anorexie, de la courbature, etc. Barthez et

Sonné, dans une épidémie de pension ayant atteint 250 enfants sur 540, ont noté les prodromes dans la moitié des cas. Sur 157 cas, Catrin a relevé 102 fois des symptômes prodromiques :

44 fois.	Malaise avec frissons.
58 —	Malaise sans frissons.
41 —	Sueurs nocturnes.
14 —	Épistaxis.
18 —	Bourdonnements.
8 —	Otalgies.
15 —	Arthralgies.
4 —	Herpès labial.
2 —	Syncofes.

Il insiste surtout sur la fièvre et sur l'angine qui, en effet, précède souvent les oreillons.

51 fois.	Grosses amygdales.
26 —	Rougeur du pharynx.
51 —	Rougeur et grosseur des amygdales.
10 —	Angine pultacée.

Parmi les symptômes prodromiques qu'il m'a été donné d'observer, je signalerai : l'otalgie unilatérale ou bilatérale, précédant de 12 ou 24 heures le gonflement parotidien ; la somnolence, la céphalée, l'épistaxis. Voici quelques exemples de cette invasion parfois bruyante et très douloureuse :

1° Un garçon de 11 ans 1/2 est pris de douleurs dans l'oreille gauche, assez vives pour empêcher le sommeil ; puis un gonflement apparaît au niveau de la région parotidienne droite ;

2° Une fille de 10 ans présente, en même temps que du *trismus*, un gonflement parotidien gauche ; ce gonflement a été précédé, depuis 5 jours, de somnolence, avec fièvre, rougeur de la face, anorexie, céphalée ; le second et le troisième jour l'enfant a saigné du nez ;

3° Un jeune garçon de 5 ans, frère de la précédente, a, depuis 2 jours, une *otalgie* qui le fait beaucoup souffrir et l'empêche de manger ; le gonflement est déjà visible ;

4° Un petit garçon de 6 ans 1/2, frère des précédents, aurait eu les oreillons il y a 15 jours, et la maladie aurait été annoncée par des douleurs d'oreilles assez violentes pour lui arracher des cris.

La fièvre peut être fort vive avant toute localisation glandulaire, et le Dr Audigé a vu un enfant atteint, deux jours avant le gonflement parotidien, d'un état fébrile intense (40 degrés) faisant craindre une fièvre éruptive. Mais ces prodromes bruyants sont rares et le plus souvent les enfants n'ont rien présenté d'appréciable avant le gonflement parotidien caractéristique, qu'il nous faut étudier avec soin.

Gonflement des glandes salivaires (parotides, sous-maxillaires, sublinguales). Les glandes parotides sont presque constamment touchées par les oreillons, au point que le diagnostic est basé sur la présence ou l'absence du gonflement parotidien. Sans gonflement parotidien, impossible de parler

d'oreillons, à moins qu'on n'observe en pleine épidémie et que les cas frustes soient éclairés par les cas bien dessinés. Le gonflement est d'autant plus frappant qu'il déforme le visage et donne aux enfants un aspect ridicule qui ne saurait passer inaperçu. Il occupe exactement la région pré-auriculaire, répondant à la loge parotidienne, c'est-à-dire à l'espace anguleux qui sépare l'apophyse mastoïde de la branche montante du maxillaire. La peau est épaissie, lisse au toucher, douloureuse à la pression, les mouvements des mâchoires sont limités par la douleur et quelquefois par une contracture réflexe qui mérite bien le nom de *trismus*.

De la région parotidienne, le gonflement, qui intéresse à la fois le derme et l'hypoderme, s'étend aux parties voisines, sans changement de coloration, ce qui fait écarter d'emblée le diagnostic d'érysipèle.

Il est rare qu'une seule parotide soit prise, — *les oreillons n'ont pas de singulier*, disait Bouchut — mais les glandes ne sont pas envahies simultanément ; elles sont prises à 1, 2, parfois 5 jours d'intervalle. Dans l'épidémie de Genève, la proportion de l'oreillon simple à l'oreillon double a été de 1 à 6 et la proportion des oreillons successifs aux oreillons doubles d'emblée de 5 à 1. Rilliet, qui donne ces chiffres, distingue trois degrés dans le gonflement :

1° Tuméfaction légère et molle altérant peu la physionomie et pouvant échapper ; 2° Saillie bien évidente de la région parotidienne, peu tendue et parfois un peu rouge ; 3° Gonflement énorme défigurant les enfants, débordant sur les parties voisines, sur le cou, allant jusqu'à la clavicule.

Chez un jeune enfant, que j'ai vu, l'engorgement des glandes et la congestion œdémateuse périphérique étaient tels que les deux gonflements parotidiens se rejoignaient sur la ligne médiane, formant un triple menton des plus gênants et des plus disgracieux. Dans ce cas, horrible à voir, toutes les glandes salivaires étaient prises et peut-être aussi les glandes lymphatiques.

La pression est plus ou moins douloureuse suivant les cas ; Rilliet signale des points particulièrement sensibles : 1° au niveau de l'articulation temporo-maxillaire ; 2° au-dessous de l'apophyse mastoïde ; 3° au niveau de la glande sous-maxillaire. Il n'y a que peu d'endolorissement spontané, mais plutôt de la gêne, de la raideur, une sensation d'empâtement qui se révèlent surtout quand l'enfant parle, mange, bâille, rit, c'est-à-dire quand il fait mouvoir sa mâchoire inférieure. Dans quelques cas, j'en ai vu des exemples après Rilliet, il y a un véritable *trismus* réflexe, les dents sont serrées les unes contre les autres et l'on est obligé d'alimenter les enfants avec un biberon ou un chalumeau. Les liquides seuls peuvent être déglutis. Sans être ainsi tétanisées, les mâchoires peuvent être assez entravées pour altérer la prononciation d'une manière frappante. Une fillette de 10 ans présente le 8 juin 1892 un gonflement de la parotide gauche. Le 10 juin, quand je la vois, l'enfant n'ouvre la bouche qu'avec peine, et *parle entre ses dents*.

Le gonflement œdémateux ne se propage pas seulement en bas, vers le cou, il peut gagner les parties supérieures de la face, les paupières, les conjonctives, la cavité orbitaire : œdème palpébral, chémosis, exophtalmie. D'Heilly, Karth croient, en pareil cas, à la participation de la glande lacry-