

male. Hensch, ayant noté la dilatation des veines temporales et périorbitaires, admet une compression de la veine faciale par la parotide engorgée.

En général, le gonflement des parotides évolue rapidement ; il atteint son acmé en 2 ou 5 jours, puis décroît pour disparaître entièrement en 8 jours ; il peut être plus fugace, il peut être aussi plus persistant, sans parler des rechutes qui peuvent retarder la délitescence, et de l'intervalle plus ou moins long qui sépare l'envahissement successif des deux parotides et fait varier le terme du gonflement.

Il n'est pas rare de voir le gonflement, après les parotides, gagner les glandes sous-maxillaires. On peut même observer, à titre d'exception, la limitation du gonflement à ces dernières glandes, sans participation aucune des parotides. Amodru, dans une épidémie de pension qui frappa 19 jeunes filles, constata 4 fois les oreillons sous-maxillaires. J'ai vu de mon côté trois cas dans lesquels le gonflement était limité à ces glandes, et un autre cas dans lequel il persistait à leur niveau, après avoir abandonné les parotides. On me conduisit, le 20 novembre 1892, une fillette de 4 ans 1/2 prise depuis l'avant-veille de fièvre et d'anorexie, et présentant depuis la veille une sorte de fluxion dentaire ; je constate une tuméfaction bilatérale, plus prononcée à gauche qu'à droite, et je sens, sous le maxillaire inférieur, un corps ovalaire gros comme une amande, qui ne peut être que la glande sous-maxillaire. Parotides intactes. Chez un garçon de 2 ans (fév. 1901) le gonflement des deux glandes sous-maxillaires a été seul appréciable. Chez une autre fillette de 9 ans, observée la même année, le gonflement avait commencé par la glande sous-maxillaire droite, pour s'étendre à la parotide du même côté, et, quatre jours après, à la parotide et à la sous-maxillaire gauches. Au huitième jour, je constatai l'engorgement persistant des deux sous-maxillaires, le retour à l'intégrité de la parotide droite, un reste de tuméfaction molle de la parotide gauche. Le gonflement sous-maxillaire était douloureux à la pression et à la mastication ; l'enfant ouvrait difficilement la bouche et ne déglutissait qu'avec peine. Au premier abord, on songeait à une fluxion dentaire, mais les dents étaient saines et les ganglions intacts. Il y avait donc, dans ce cas, localisation primitive et principale des oreillons sur les glandes sous-maxillaires.

L'oreillon *sub-lingual* est beaucoup plus rare que l'oreillon sous-maxillaire. Le 50 novembre 1892, j'ai vu une fillette de 11 ans prise, la veille, après des malaises vagues, d'un gonflement sus-hyoïdien, arrondi, rénitent, peu douloureux à la pression. D'après les parents, ce gonflement aurait été accompagné d'une légère boursoufflure des régions parotidiennes et sous-maxillaires. Mais, au moment de mon examen, cette boursoufflure n'existait plus, et la tuméfaction du plancher buccal attirait seule l'attention.

Sous le nom de *sub-glossite*, Hensch a décrit un gonflement analogue du plancher de la bouche, avec refoulement de la langue en haut, saillie en bas de la région sus-hyoïdienne, salivation abondante. Cette *sub-glossite*, ou oreillon sub-lingual, se terminait par résolution en 7 ou 8 jours.

**État de la muqueuse bucco-pharyngée, sécrétion salivaire.** — Ordinairement, l'examen de la muqueuse buccale ne révèle rien d'anormal ;

mais, dans quelques cas, on a noté un gonflement avec rougeur, un érythème, une congestion que certains auteurs ont rangée à côté des énanthèmes des fièvres éruptives. Cet érythème envahit parfois le voile du palais, les amygdales, le pharynx, et il n'est pas rare de voir l'angine érythémateuse, l'angine pultacée précéder d'un, de deux, de plusieurs jours, le gonflement parotidien. Bouchut dit que, si l'on parvient à faire ouvrir la bouche des enfants, on trouve la muqueuse de l'isthme du gosier ou du pharynx rouge, tuméfiée et offrant les traces d'une inflammation érythémateuse bien prononcée. Barthez et Sanné ont noté l'amygdalite et la pharyngite 50 fois sur 250 cas. J'ai vu, en 1895, un garçon de 9 ans présenter, trois jours avant l'apparition des oreillons, une angine diphtéroïde à streptocoques.

Jourdan, qui a vu l'angine ourlienne 19 fois sur 61 cas (épidémie de Dax, 1878), a noté, après la cessation des symptômes, une atrophie des amygdales, qu'il compare à l'atrophie testiculaire consécutive aux orchites ourliennes. Il est probable que, si l'on examinait systématiquement la gorge de tous les enfants atteints d'oreillons, on trouverait très fréquemment une angine plus ou moins accusée. L'angine ourlienne est incontestable.

Il n'en est pas de même de la *stomatite ourlienne* dont Guéneau de Mussy a voulu faire un véritable énanthème. Jobard a insisté sur la rougeur de la muqueuse buccale et le dépouillement de la langue. J. Moursou, Granier ont vu l'orifice du canal de Sténon entouré d'un bourrelet rouge et saillant, ce canal lui-même donnant la sensation d'un cordon épais et dur. M. Laveran met en doute ces altérations. M. Guéneau de Mussy (*Clinique médicale*, tome II) est très explicite :

« Les oreillons, comme l'a si judicieusement remarqué Trousseau, offrent les plus grandes analogies avec les fièvres éruptives ; et si mes observations personnelles ne m'ont pas fait illusion, ce rapprochement deviendrait plus étroit encore par la coexistence d'un état congestif, avec tuméfaction de la muqueuse buccale, plus accusée vers les dernières molaires, vers la face interne des joues, autour de l'orifice du canal de Sténon, dans la partie antérieure de la voûte palatine, et qui m'a paru constituer un véritable énanthème, et être sur le système tégumentaire la manifestation de cette maladie. » Et il ajoute en note qu'il a retrouvé ces caractères dans trois cas d'oreillons, l'un de ces cas affectant les glandes sous-maxillaires et sub-linguales, à l'exclusion des parotides.

J'ai vu, chez cinq enfants, des manifestations buccales analogues à celles que Guéneau de Mussy a mises en relief. 1° Une petite fille de 9 ans a présenté une rougeur très vive de la muqueuse buccale, surtout au niveau des gencives, avec salivation abondante. Chez elle le gonflement parotidien était colossal et la région sous-mentonnière était prise. 2° Un petit garçon de 4 ans, observé la même année (1888), présentait aussi un gonflement excessif débordant sur le cou. La muqueuse buccale était rouge, gonflée et recouverte d'enduits pultacés au niveau des gencives et de la face interne des lèvres ; elle saignait facilement et l'écoulement de la salive était notable. Cette stomatite *érythémato-pultacée* ourlienne a cédé rapidement avec la fluxion parotidienne. Ces deux cas ont été publiés dans la *Revue mensuelle*

*des maladies de l'enfance* (1888), et résumés dans mon livre sur les Oreillons (Paris 1895). 3° Une petite fille de 7 ans entre dans mon service de l'hôpital Trousseau, le 21 avril 1895, avec une température de 40 degrés; le lendemain, elle avait un gonflement des régions parotidiennes, qui se propagea bientôt aux glandes sous-maxillaires. L'examen de sa bouche nous a montré un érythème très prononcé de la muqueuse avec gonflement, enduit pultacé, fétidité de l'haleine, et enfin saillie manifeste au niveau de l'embouchure du canal de Sténon. 4° Un petit garçon de 11 ans 1/2, observé le 17 juin 1892, fut pris d'otalgie droite, puis d'engorgement parotidien du même côté. Dans ce cas d'oreillon unilatéral, l'examen de la bouche a montré, autour de l'orifice du canal de Sténon droit, une rougeur assez forte de la muqueuse dans un rayon de 10 millimètres environ; du côté gauche (côté sain), cet érythème faisait défaut. 5° Une fillette de 15 ans 1/2 est prise le 6 janvier 1894 d'un gonflement de la parotide gauche entravant la mastication. Quand l'enfant mangeait, la glande augmentait de volume. Le 9 janvier, la glande sous-maxillaire droite est prise (oreillons parotidien et sous-maxillaire croisés). Le 10 janvier, je constate, du côté de la bouche, autour du conduit de Sténon gauche, une écume salivaire abondante, avec rougeur vive dans l'étendue d'un centimètre. Rien de pareil du côté droit.

Tels sont les faits, assez rares d'ailleurs, qui pourraient étayer l'*évanthème ourlien* de Guéneau de Mussy.

Dans une maladie qui atteint si manifestement les glandes de la salive, la sécrétion de ce liquide ne saurait rester indifférente. Rilliet, Laveran n'auraient observé ni salivation exagérée, ni sécheresse de la bouche. Bouchut admet la sécheresse : « Dans les cas où il n'y a qu'un seul oreillon, la sécheresse n'existe que du côté affecté. Comme je l'ai fait connaître, le canal de Sténon est parfois gonflé, dur et oblitéré, ce qui produit la rétention salivaire. » Trousseau croyait aussi à cette suspension de l'écoulement salivaire, quand il disait que le malade était obligé de boire sans cesse en mangeant, l'insalivation n'ayant pas lieu. Pour ma part, sans nier la diminution de la salive et la sécheresse de la bouche, notées par un grand nombre d'auteurs, j'avoue avoir rencontré bien plus souvent l'exagération de la sécrétion salivaire : les enfants salivent beaucoup, jusqu'à en être incommodés. MM. Simon et Prautois ont même vu l'hypersécrétion salivaire survivre à la résolution des glandes, et céder à l'administration de l'atropine.

Ayant eu la patience d'examiner, avec le papier de tournesol, la réaction de la salive, dans un très grand nombre de cas, il m'a semblé que cette réaction était plus souvent acide que neutre. J'ai cru même, entraîné par le hasard des séries, que l'acidité était constante; mais je dois dire que, par la suite, j'ai rencontré des salives neutres.

Quelles que soient les modifications qu'on observe du côté de la gorge, de la bouche, de la fonction salivaire, leur importance est minime et leur durée courte. La marche de l'*évanthème*, si évanthème il y a, est parallèle à celle des fluxions glandulaires, et sa valeur clinique restreinte.

**Symptômes généraux.** — La réaction générale est variable suivant les cas; mais elle est le plus souvent modérée. La fièvre est, pour ainsi dire,

constante, quand on emploie systématiquement le thermomètre. Les enfants, si peu atteints qu'ils le paraissent, éprouvent du malaise, de l'anorexie; ils cessent de manger, boivent plus que d'habitude, et présentent parfois des vomissements. Quelques-uns ont de l'insomnie, de l'agitation nocturne, des cauchemars, du délire, très exceptionnellement des convulsions. En somme, il s'agit d'une maladie générale et l'on conçoit que le tableau clinique, même en dehors de toute complication, soit assez chargé. Cependant, il faut retenir que, dans bien des cas, les symptômes généraux sont peu accusés, et que les enfants ne sont pas arrêtés par les oreillons; ils continuent à se lever, à sortir, à fréquenter l'école, jusqu'à l'apparition du gonflement parotidien.

Chez les enfants, dans l'immense majorité des cas, les oreillons évoluent simplement et rapidement, sans complications, sans surprises fâcheuses; tout se résout en quelques jours, en une semaine, sans convalescence laborieuse; la maladie terminée, tout est fini, l'enfant revient immédiatement à la santé. Rilliet dit bien : « J'ai vu plusieurs malades qui, au bout de 15 jours à 5 semaines, n'avaient pas repris leur santé habituelle, et étaient étonnés qu'une maladie aussi légère eût pu produire un si grand abattement. » Mais cela ne s'applique que rarement aux enfants. Dans quelques cas cependant, l'invasion est si brutale, la température si élevée, qu'on peut croire à une fièvre éruptive, à la fièvre typhoïde, à la grippe, etc.; mais l'erreur n'est pas de longue durée. La fièvre semble suivre la fluxion parotidienne, diminuant avec elle, se rallumant quand elle réapparaît. Elle peut se juger par des sueurs profuses, par de la polyurie, par un ralentissement du pouls avec arythmie plus ou moins marquée; à ce moment, l'hypothermie peut se montrer passagèrement, le thermomètre marquant 36 degrés et même 35 degrés dans le rectum. L'hypothermie se rencontre surtout dans les cas compliqués d'orchite, et elle peut alors être accompagnée de symptômes adynamiques ou méningitiques.

Les oreillons se terminent par résolution après un cycle fébrile unique de 7 à 8 jours; mais la durée, habituellement courte, peut être allongée par des rechutes. Sur 250 cas, Barthez et Sanné ont relevé 20 rechutes séparées par des intervalles de 10 jours à 5 semaines; il y eut 2 rechutes dans 5 cas.

Les glandes reviennent à leur volume normal, sans laisser à leur suite de gonflement, d'induration, de phlegmasie sous-cutanée ou ganglionnaire. On a soutenu que les oreillons ne suppuraient jamais. Certainement la suppuration est exceptionnelle, mais elle existe, surtout chez les adultes; les enfants ne présentent presque jamais d'oreillons suppurés. Le microbe de Laveran et Catrin n'est pas pyogène, et si la glande parotide suppure, cela tient à une infection secondaire, à une invasion streptococcique ou staphylococcique par les conduits salivaires. L'antisepsie buccale prévient cette complication. On ne peut qu'être étonné de lire, dans la relation de l'épidémie des Demoiselles de Saint-Cyr (Dionis, *Cours d'op. de chir.*, Paris, 1775), que les oreillons se terminèrent presque tous par la suppuration. Ferrand a rapporté un cas sujet à contestation (Société méd. des hôpitaux,

1888) : Un enfant de 7 ans est pris de fièvre, puis de roséole sans catarrhe. Au bout de 6 jours, gonflement sous-maxillaire; 8 jours après, gonflement parotidien. La fluctuation se manifeste au niveau de l'angle de la mâchoire du côté droit, et du pus s'écoule à l'incision; puis la fluctuation gagne le côté gauche, et on fait sortir du pus par une seconde incision. L'examen bactériologique a montré des streptocoques. En résumé, la suppuration n'est pas une terminaison naturelle des oreillons; c'est une complication, une infection secondaire des plus rares.

**Localisations extra-salivaires, métastases, complications.** — Si les oreillons se bornaient toujours aux glandes salivaires, leur histoire serait simple et d'un médiocre intérêt. Mais il n'est pas de maladie aussi irrégulière dans sa marche, aussi fertile en localisations étranges et en complications imprévues. On sait bien comment l'oreillon débute, on ne sait jamais d'avance s'il finira sans incidents et sans alertes. C'est une maladie à surprises. Je vais passer en revue ses différentes localisations, qu'on considérerait autrefois comme des métastases, en les suivant appareil par appareil.

*Localisations sur l'appareil génital et ses annexes* (orchite, ovarite, mammite, etc.). — L'orchite ourlienne, bien observée par Hippocrate, est rare chez les enfants dont l'appareil génital sommeille et n'a pas encore acquis son plein développement et ses aptitudes fonctionnelles. Hensch n'a jamais vu le testicule se prendre, chez les enfants, à la suite des oreillons; je n'ai pas été plus heureux que lui. Rilliet n'a pas vu l'orchite ourlienne au-dessous de 14 ans, mais Barthez et Sanné l'ont vue 5 fois à 12 ans, et 7 fois entre 15 et 17 ans, sur 250 cas. Debize cite un garçon de 15 ans qui, après une tuméfaction de la parotide accompagnée de fièvre forte (40 degrés) et d'état typhoïde, présenta une orchite droite. Un enfant de 11 ans, observé par le Dr Fr. Arnaud, est pris d'oreillons le 8 juin; le 15, au moment de la résolution, il éprouve une douleur violente au niveau du testicule et de l'épididyme droits avec irradiation vers le pli de l'aîne, gonflement et induration du testicule et du cordon; les symptômes simulent la péritonite ou l'étranglement herniaire, le pouls est petit, le facies abdominal (vomissements porracés, ventre affaissé, constipation, lipothymies, douleur atroce à la pression du testicule droit). Le même jour, douleur au coude et au genou droit, léger épanchement dans le genou. Le lendemain, le testicule gauche est pris et le *péritonisme* s'accroît. Douleur lombaire gauche avec œdème au niveau du carré des lombes. Urines normales. Le lendemain soir, atténuation des symptômes précédents, mais crise dysentérique (coliques, ténésme, selles sanglantes et membraneuses). Le 20 juin, érythème ortié du dos des mains avec douleurs aux poignets. Le 25, vomissements, syncope, taches, papules, placards érythémateux sur les membres et le tronc, nodules, etc. Le 27, nouvelle poussée d'érythème nouveau, puis desquamation. Guérison avec atrophie testiculaire constatée 5 mois après.

L'orchite ourlienne a été observée à 9 ans par Fabre (de Commeny), à 4 ans par de Cérenville (de Lausanne). Donc l'orchite ourlienne n'est pas inconnue dans l'enfance; il faut y penser, la rechercher avec soin et surveiller, après la guérison, l'état du testicule. En général, l'orchite succède à

l'engorgement de la parotide, et s'annonce par un mouvement fébrile intense avec délire, agitation, accidents méningitiques ou typhoïdes.

Chez les militaires, l'orchite se montre une fois sur 5 cas en moyenne, et s'accompagne très fréquemment d'atrophie, avec parfois impuissance, infécondité, féminisme, etc. L'orchite peut exister seule (oreillons frustes), ou précéder l'engorgement des glandes salivaires, ce qui peut rendre le diagnostic difficile et incertain. Le Dr Bécclère (*Soc. méd. des Hôp.*, 27 mai 1898) a vu une orchite ourlienne d'emblée chez un garçon de 15 ans, sans participation des glandes salivaires. Les oreillons régnaient à l'école fréquentée par cet enfant et deux de ses sœurs furent prises à son contact. En général, c'est le corps du testicule qui est atteint (orchite parenchymateuse); mais l'épididyme est loin d'être toujours respecté.

Après le testicule, le plus souvent atteint, on peut voir les autres parties de l'appareil génital participer au processus ourlien. J'ai retrouvé la prostatite signalée par Gosselin. Sur 10 orchites observées par Barthez et Sanné dans une épidémie scolaire, 5 enfants présentèrent un écoulement urétral jaunâtre et visqueux (urétrite).

Chez les filles, on a noté l'ovarite ourlienne manifestée par de la rénitence, de la douleur, du gonflement au niveau des fosses iliaques. Une fillette de 11 ans, observée par le Dr Vogt, éprouve, vers le 5<sup>e</sup> ou le 4<sup>e</sup> jour de ses oreillons, une douleur très vive dans la région ovarienne droite. On trouve une tumeur grosse comme une châtaigne, mobile, sensible à la pression, au-dessus du ligament de Poupert. Un purgatif ne fait pas disparaître cette grosseur qui persiste jusqu'au 9<sup>e</sup> jour de la maladie. On a observé également la bartholinite, le gonflement des grandes lèvres, sans parler de l'urétrite, de la vaginite, des métrorragies plus incertaines.

Les glandes mammaires ont été prises dans quelques cas: une fille de 15 ans, observée par Travel, a les oreillons; le 5<sup>e</sup> jour, les parotides étant encore empâtées, les seins deviennent douloureux; guérison le 7<sup>e</sup> jour. Rizet, à Arras, a vu une petite fille de 5 ans présenter un engorgement mammaire très net au cours des oreillons. La mastite ourlienne n'est pas propre au sexe féminin, elle peut se rencontrer chez les garçons.

*Localisations glandulaires exceptionnelles* (corps thyroïde, glande lacrymale, etc.). — Une fillette de 12 ans, observée par le Dr Guelliot, de Reims (*Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1895), présente, après le gonflement parotidien, un gonflement en fer à cheval au-devant du cou. Le lobe droit du corps thyroïde est gros comme un œuf de pigeon un peu allongé, le lobe gauche est moins gros; on le saisit aisément entre les doigts; pas d'œdème périphérique, pas de douleur à la pression, pas de fièvre. Il s'agit bien d'une *fluxion du corps thyroïde*. Au bout de quelques jours, le corps thyroïde revient à son état normal en même temps que les oreillons disparaissent. Cette localisation des oreillons sur la glande thyroïde est des plus rares; il en est de même de la localisation lacrymale qui a été observée par Karth, Dor, Hirschberg, Marc Dufour, Adler, etc. En pareil cas on voit l'une ou les deux paupières supérieures gonflées, et on sent, à travers l'œdème périphérique, un noyau plus dur répondant à la glande lacrymale (Dacryo-adénite