

ourlienne). Le Dr Henry W. Jacob (*Brit. med. jour.*, 25 juin 1900) a vu un garçon de 10 ans présenter une *pancréatite aiguë* au cours des oreillons : boudin transversal au-dessous du foie, sensibilité à la pression, peu de mobilité, épigastralgie, vomissements, fièvre vive (40°); en quelques jours cette pancréatite ourlienne se termina par résolution.

*Complications rénales.* — Les manifestations rénales des oreillons sont relativement fréquentes, et la néphrite ourlienne est admise par tout le monde. Pratolongo, au siècle dernier, avait vu l'anasarque succéder à certains oreillons, et il avait montré sa similitude avec l'anasarque scarlatineuse. L'albuminurie, quand on la recherche systématiquement au cours et au décours de la maladie, se montre avec une grande fréquence (50 pour 100 d'après Catrin). Elle peut se montrer à tout âge, chez les enfants comme chez les adultes.

M. Croner (*Soc. de méd. de Berlin*, 1884) a rapporté une observation de néphrite ourlienne chez un garçon de 6 ans. Quinze jours après le début des oreillons, on remarque un œdème des paupières, des pieds et des mains avec ascite légère. L'urine rendue est peu abondante, hémorragique et albumineuse. Six jours après cette poussée de néphrite qui s'était dissipée, la fièvre se rallume, les ganglions angulo-maxillaires gauches se tuméfient avec le tissu cellulaire qui les entoure, l'urine redevient sanglante et albumineuse. Les ganglions du côté droit se prennent à leur tour, l'albuminurie persiste encore pendant cinq semaines, et l'enfant finit par guérir; mais la maladie, ainsi compliquée de néphrite, n'avait pas duré moins de 2 mois.

Dans les cas, heureusement rares, de néphrite ourlienne mortelle, on a trouvé les reins volumineux, altérés dans leurs épithéliums canaliculaires et dans leur tissu interstitiel (mélange de néphrite parenchymateuse et de néphrite interstitielle). D'ordinaire, l'albuminurie ourlienne n'a aucune gravité; d'après Bézy, elle pourrait atteindre, au cours d'une épidémie, des enfants indemnes de tout gonflement des glandes salivaires.

*Complications cardiaques.* — On a décrit, dans les oreillons, une péricardite et une endocardite, qui, pour être dénommées *ourliennes*, doivent s'observer chez des sujets non infectés préalablement par le rhumatisme ou par une maladie à localisation cardiaque. Quand on verra, chez un enfant atteint d'oreillons, un souffle systolique se montrer à la base ou même à la pointe du cœur, on ne devra pas trop se hâter de porter le diagnostic d'endocardite, car l'état fébrile compliqué d'anémie peut donner lieu parfois à des souffles inorganiques éphémères. Ces réserves faites, je rappellerai que M. Jaccoud a décrit l'endo-péricardite ourlienne, et qu'il a vu cette complication guérir rapidement. M. Granher, de son côté, a vu une endo-péricardite, développée au cours d'une orchite ourlienne, disparaître sans laisser de traces.

*Rhumatisme ourlien.* — Les douleurs articulaires sont moins rares que les manifestations cardiaques; et, en dehors du rhumatisme vrai qui peut accidentellement s'observer chez les ourliens, il existe très certainement un pseudo-rhumatisme infectieux, relevant directement des oreillons. M. Catrin a démontré la réalité de ce rhumatisme ourlien en trouvant le *diplocoque des oreillons* dans la sérosité des articulations envahies. L'observation citée

plus haut du Dr Fr. Arnaud est un bel exemple de rhumatisme ourlien chez un garçon de 11 ans. Du côté de l'appareil locomoteur, on peut rencontrer des complications plus graves, des ostéites, l'ostéomyélite aiguë de l'humérus, comme M. Bracquehay en a rapporté un exemple chez un garçon de 11 mois, à la suite des oreillons.

En général, le rhumatisme ourlien affecte toutes les allures des pseudo-rhumatismes infectieux de la scarlatine, de la blennorragie, etc. Il est limité à une seule ou à un petit nombre d'articulations, il est plus souvent péri-articulaire qu'intra-articulaire; il touche avec prédilection les gaines tendineuses, les bourses séreuses; il entraîne peu de fluxion et se borne parfois à des arthralgies assez vagues. Il a généralement peu d'importance et peu de gravité. Enfin il peut s'accompagner de manifestations cutanées (érythèmes, œdèmes) que je vais étudier.

*Complications cutanées et sous-cutanées.* — On observe parfois, au cours ou à la suite des oreillons, des manifestations éruptives polymorphes, l'érythème noueux, l'érythème ortié, l'érythème papuleux, l'érythème en larges placards, les pétéchiés, etc. Quelquefois ce sont des taches disséminées qui rappellent la rougeole, mais sans catarrhe oculo-nasal, sans fièvre notable. Ailleurs c'est une éruption scarlatineuse avec desquamation, ou une éruption vésiculeuse (Dr Pailhas, épidémie d'Albi, *Médecine Infantile*, 1895). Chez un garçon de 7 ans, observé par ce médecin, la tuméfaction des deux parotides fut précédée de 3 jours par une éruption papulo-vésiculeuse, variciforme, avec ombilication des éléments éruptifs.

Le Dr Guelliot (de Reims) a vu des œdèmes localisés multiples douloureux chez un enfant de 9 ans. Ce malade est pris le 16 décembre 1888; le 17, il présente des douleurs dans les poignets avec gonflement aux mains et aux avant-bras. Pas d'albuminurie, douleurs de la jambe droite sans gonflement notable, pétéchiés. Le 19, crises gastriques avec vomissements bilieux. Le 20, douleurs dorsales et brachiales, orchite droite, suffusion sanguine de la paupière droite. Le 21, douleur au tiers inférieur du bras gauche avec œdème blanc, mou, peu sensible. Le 22, dans la nuit, crise abdominale. Le 23, le testicule gauche se prend, œdème considérable du prépuce, œdème de la partie gauche du cuir chevelu avec douleur. Le 24, œdème de la région frontale gauche. Le 25, œdème des paupières droites. Pas d'albuminurie. Le 28, œdème du dos des pieds, peu douloureux. Anémie, convalescence lente, guérison. En somme, voilà un enfant qui a présenté une série de poussées œdémateuses plus ou moins sensibles spontanément et à la pression, avec orchite double et sans trace d'albumine dans les urines.

Les fluxions cutanées et sous-cutanées peuvent être comparées aux fluxions parotidiennes et testiculaires. Ce sont des lésions du même ordre, des localisations de l'agent pathogène plutôt que des complications, car la ponction de ces œdèmes permet de trouver le diplocoque de Laveran et Catrin.

*Complications ganglionnaires.* — On constate parfois, à la suite des oreillons, des indurations ganglionnaires plus ou moins durables au cou, sous le maxillaire, au-devant du tragus. Chez un enfant de 8 ans, Rilliet



avait vu l'adénite scrofuleuse succéder aux oreillons. Trenel dit avoir vu supurer une adénite ourlienne. Plusieurs médecins militaires (Madamet, Jourdan, Rizet, etc.) ont vu, chez les soldats, des exemples assez nombreux de ces adénopathies post-ourliennes. Quand on examine avec soin les enfants atteints d'oreillons, on retrouve fréquemment chez eux des engorgements ganglionnaires plus ou moins notables, mais sans gravité. Le 15 juin 1892, une fillette de 5 ans se présente avec un double gonflement parotidien qui a débuté l'avant-veille par le côté droit pour s'étendre le lendemain du côté gauche. On constate l'engorgement égal et symétrique des glandes parotides et sous-maxillaires; il existe de plus un gonflement de tous les ganglions lymphatiques du voisinage. Un frère aîné, qui a eu les oreillons 15 jours auparavant, conserve des ganglions angulo-maxillaires et cervicaux volumineux. Même développement des ganglions angulo-maxillaires, chez des garçons de 3, 4, 8 ans, observés vers la même époque. Telle est l'adénopathie ourlienne, qui peut être précoce, contemporaine de la fluxion parotidienne, et qui survit plus ou moins longtemps à cette dernière. Je dois dire que, dans les cas soumis à mon observation, la terminaison s'est toujours faite par résolution lente, sans suppuration.

*Complications du côté de l'appareil respiratoire.* — Les complications du côté de l'appareil respiratoire sont très rares; toutefois la fluxion peut intéresser le larynx, les bronches, les poumons, et l'on a vu même chez l'enfant des exemples d'œdème de la glotte, de broncho-pneumonie, de congestion pulmonaire pouvant aller jusqu'à l'apoplexie et le crachement de sang. Peut-être faudrait-il parler aussi d'une *pleurésie ourlienne*; mais toutes ces complications sont presque inconnues dans l'enfance. L'accident qu'on pourrait surtout redouter est l'œdème de la glotte, dont Pailhas a vu un cas mortel chez un garçon de 11 ans, et dont plusieurs cas moins funestes ont été observés en médecine militaire.

*Complications du côté de l'appareil digestif et de ses annexes.* — Je ne parlerai pas ici des manifestations bucco-pharyngées, de l'état saburral, des angines, etc., mais seulement des accidents douloureux et parfois inquiétants qui ont été relevés dans quelques observations: coliques violentes, crises gastriques avec vomissements, symptômes d'étranglement interne et de péritonite, crises de diarrhée, de dysenterie, avec épreintes et ténésme. Plusieurs enfants ont présenté des accidents de cette nature, avec terminaison favorable.

Quelques auteurs ont signalé la congestion du foie, le catarrhe des voies biliaires, l'ictère, complications ordinairement peu graves et qui n'ont rien de spécial à la maladie qui nous occupe. Quant au gonflement de la rate relevé par quelques médecins, je n'ai pu le vérifier chez les enfants. Le Dr Ewart (*Harv. Soc. of London*, 2 février 1899), chez un garçon de 15 ans atteint d'oreillons, a noté un gonflement énorme de la rate qui diminuait en même temps que les parotides.

*Complications du côté du système nerveux et des organes des sens.* — Les complications nerveuses des oreillons offrent un grand intérêt; elles sont souvent graves, effrayantes, mais ne se rencontrent guère que chez les

enfants prédisposés par l'hérédité neuro-pathologique. Les cas de folie, de démence, de méningite, de convulsions, de délire qui ont été rapportés s'appliqueraient à des sujets empreints de stigmates, de tares somatiques ou psychiques, qui relèguent les oreillons au simple rôle d'agents provocateurs. Les accidents nerveux inquiétants (délire, agitation, prostration, état comateux, spasmes convulsifs, contractures) ne se montrent guère que dans les cas compliqués d'orchite.

Lannois et Lemoine ont appelé l'attention sur l'*aphasie* et les *paralysies* persistantes. Healy a recueilli, dans le service de Monro (*Lancet*, 1885), le fait suivant: un enfant de 15 ans, très nerveux, contracte les oreillons; il semblait guéri quand surviennent du délire, de la fièvre, une orchite. Le soir du 5<sup>e</sup> jour, la fièvre monte à 41° 7. Pupilles insensibles à la lumière, constipation. Les jours suivants, délire avec fureur qui oblige d'attacher l'enfant. Le 8<sup>e</sup> jour coma avec pouls filiforme, 39° 4, puis crises de manie furieuse; le malade cherche à mordre. Pas de céphalée ni de vomissements. Pendant 6 mois marche difficile, incertitude et incoordination; parole embarrassée, agraphie, émotivité exagérée. Chez un autre jeune sujet (Janson-Zuède), il est question d'aphasie avec monoplégie brachiale droite et anesthésie. Pour moi, ces accidents relèvent plus de l'hystérie latente que des oreillons.

Quant aux paralysies périphériques, névritiques ou myélitiques, elles peuvent s'observer à la suite des oreillons comme à la suite des autres maladies générales (diphthérie, fièvre typhoïde, etc.), quoique moins fréquemment. Joffroy (*Progrès médical*, 20 novembre 1886) a vu une fillette de 4 ans 1/2 se présenter chez lui avec une paralysie flasque des quatre membres, les réflexes tendineux et la contractilité électrique étant abolis. Il y avait hyperesthésie musculaire, anesthésie légère de la peau, intégrité de la vessie et du rectum. L'enfant avait eu les oreillons 5 semaines auparavant; au 8<sup>e</sup> jour, elle avait accusé des douleurs lancinantes dans les bras, du prurit génital, puis des douleurs dans les jambes et les cuisses, des fourmillements. La paralysie s'était montrée 21 jours après le début des oreillons, puis on avait noté une albuminurie légère et intermittente. Ce n'est que 50 jours après le début des oreillons que la paralysie avait gagné les membres supérieurs. Traitement: frictions stimulantes deux fois par jour, 25 centigrammes d'iodure de potassium. Les mouvements reviennent progressivement dans les membres inférieurs, puis supérieurs; l'albuminurie cesse. Au bout de 5 mois l'enfant était guérie. Cette paralysie ressemble, trait pour trait, à la paralysie diphthérique.

De même le cas de paralysie de l'accommodation observée par Boas, chez une fillette de 7 ans, 5 semaines après les oreillons.

Les complications du côté des organes des sens, des yeux, des oreilles surtout, offrent un grand intérêt. J'ai eu l'occasion de parler de la dacryo-adénite ourlienne (localisation des oreillons sur les glandes lacrymales). Quelques auteurs vont jusqu'à dire que cette dacryo-adénite peut exister sans parotide, et qu'il peut y avoir des *oreillons lacrymaux*. Dans une épidémie d'école où ces localisations avaient été relevées par M. Dor, l'institutrice avait



remarqué qu'un grand nombre d'enfants étaient atteints de conjonctivite sans oreillons apparents.

Le Dr A. Collomb a signalé un cas d'iritis ourlienne double (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, 20 janvier 1905).

Plus fréquentes sont les complications auriculaires : surdité, otalgies, vertiges, bourdonnements, etc. Moos a vu un enfant de 15 ans devenir sourd le 5<sup>e</sup> jour des oreillons, présenter des vomissements le 6<sup>e</sup> jour, trébucher en marchant le 8<sup>e</sup> jour. C'est en vain qu'il prescrivit l'iodure de potassium. Il admet que les poisons ourliens, pénétrant dans la circulation, peuvent stagner dans le labyrinthe et y créer de graves désordres. Sir John Roosa pense que la maladie détermine une névrite avec atrophie du nerf acoustique. Ainsi s'expliquerait l'incurabilité de cette complication. Quoique la surdité et les accidents auriculaires graves ne semblent pas aussi fréquents chez les enfants que chez les adultes, ils méritent toute l'attention du médecin, et doivent être prévus par lui, car ils sont de nature à assombrir le pronostic des oreillons. On a publié en effet au moins 6 observations d'enfants de moins de 15 ans restés sourds à la suite des oreillons.

**Pronostic.** — Les oreillons ne sont pas mortels, et leur gravité, minime chez les enfants, n'est que relative à tout âge. Le point noir des oreillons, c'est l'orchite et l'atrophie testiculaire qui peut en résulter. Or, cette complication, redoutable à l'âge adulte, est presque inconnue dans l'enfance. Chez l'enfant, les oreillons évoluent d'une façon régulière, habituellement sans complications, et se terminent presque toujours par une résolution rapide. Quand une épidémie frappe à la fois adultes et enfants, on saisit bien la différence du pronostic suivant les âges. Sur 14 enfants et 2 adultes pris d'oreillons à l'infirmerie du Prieuré de Genève, Picot et d'Espine n'ont vu survenir de complications que chez les 2 adultes.

Toutefois, dans quelques épidémies, les oreillons semblent mentir à leur réputation de bénignité habituelle : Demme (de Berne), sur 117 cas observés en un an, a vu 8 cas très graves : 2 terminés par la mort après gangrène des parotides, 5 compliqués d'abcès cervicaux, 2 compliqués de néphrite aiguë, 1 accompagné d'otite moyenne suppurée avec perforation du tympan et symptômes méningitiques. Un auteur du commencement du siècle, Trenel, dit qu'il a vu 2 enfants succomber aux oreillons. Pour moi, sur des centaines de cas sporadiques observés depuis 20 ans, tant à l'hôpital que dans les consultations externes, je n'ai vu aucun enfant, je ne dis pas mourir, mais seulement souffrir d'une complication sérieuse imputable aux oreillons.

**Diagnostic.** — Avant la tuméfaction parotidienne, le diagnostic est impossible; il devient très facile quand cette tuméfaction existe. Dans les cas incomplets, mal dessinés, frustes, les doutes seront levés par la coexistence d'autres cas plus nets et plus probants dans l'entourage du malade. S'il s'agit par exemple d'un enfant des écoles, d'un collégien, d'un pensionnaire, on ne tarde pas à apprendre que les oreillons ont atteint plusieurs camarades du jeune sujet.

Le diagnostic est particulièrement délicat quand la succession habituelle des manifestations est renversée, quand l'orchite précède la parotidite, quand

l'engorgement parotidien fait défaut, quand il est remplacé par des localisations glandulaires peu usitées. Si les oreillons frappent d'emblée et exclusivement les glandes sous-maxillaires, on songe bien plutôt à l'adénite qu'aux oreillons et l'on cherche, du côté de la peau ou de la bouche, la porte d'entrée de l'adénopathie présumée. Pour distinguer les oreillons sous-maxillaires des adénites de même siège, on aura égard à la soudaineté du gonflement, à sa bilatéralité symétrique, à sa forme ovalaire, à sa consistance un peu molle, à sa durée courte. Il faut d'ailleurs savoir que l'adénite sous-maxillaire peut compliquer les oreillons, et leur survivre; et l'on devra faire le départ entre les manifestations des glandes salivaires et celles des glandes lymphatiques, ce qui ne sera pas toujours sans difficulté.

Si la fluxion ourlienne venait à se localiser dans la glande sub-linguale, le problème serait encore plus ardu, car il faudrait songer à la grenouillette aiguë et au phlegmon du plancher de la bouche. Quand apparaît la fluxion parotidienne, tout s'éclaire immédiatement.

Encore faut-il savoir bien saisir cette fluxion, alors même qu'elle est à peine ébauchée et presque insensible, où si fugace qu'elle a pu échapper à l'attention des personnes non prévenues. On fera placer l'enfant de face, et l'on saisira mieux la moindre asymétrie du visage; puis la palpation du point suspect montrera une certaine mollesse, un certain empatement sous-cutané, qui confirmera le résultat d'une première inspection. Si le gonflement est évident, on ne le confondra pas avec la parotidite inflammatoire, plus dure, plus douloureuse, plus persistante, toujours unilatérale, se terminant souvent par la suppuration. La parotidite ourlienne est au contraire fugace, soudaine dans son apparition, rapide dans sa marche, jamais suppurative, presque toujours bilatérale.

L'adénite pré-auriculaire occupe la même région que l'oreillon parotidien, qu'elle complique parfois; mais elle forme un gonflement plus limité, plus superficiel, arrondi ou acuminé; si le tissu cellulaire périphérique est envahi, on pourra bien avoir un empatement phlegmoneux dur et diffus; mais cet empatement est très douloureux et peut se terminer par suppuration; il est unilatéral et reconnaît pour cause une lésion de l'oreille ou de la face (eczéma, impétigo, blépharo-conjonctivite) plus ou moins évidente.

Certaines angines, certaines amygdalites aiguës peuvent s'accompagner d'un engorgement ganglionnaire assez volumineux, à l'angle du maxillaire, simulant l'oreillon parotidien. Mais, outre les phénomènes angineux qu'on sera appelé à vérifier, on n'aura pas de peine à voir qu'il s'agit d'un gonflement ganglionnaire symptomatique, et non d'une fluxion parotidienne. Dans la diphtérie, dans la scarlatine maligne, ces adénopathies angulo-maxillaires peuvent faire hésiter le médecin.

Dans la fièvre ganglionnaire des jeunes sujets, maladie caractérisée par un mouvement fébrile précédant d'un ou deux jours un gonflement angulo-maxillaire notable, on a pu quelquefois songer aux oreillons; mais il est aisé de s'assurer que le gonflement est purement lymphatique, qu'il ne se déplace pas, qu'il persiste sans variations pendant plus d'une semaine, et qu'il ne se résout complètement qu'à la longue.



Quant aux intoxications chimiques (plomb) qui pourraient donner à la parotide un développement insolite, elles se distingueront aisément des oreillons par la froideur, la torpidité et la permanence de leurs manifestations. L'usage interne des préparations iodiques, et notamment de l'iodure de potassium, peut entraîner une fluxion très accusée du côté des parotides, et créer une sorte d'*iodisme ourlien*, qui, par son apparition soudaine et par sa bilatéralité, fera immédiatement penser aux oreillons. Mais, si l'on supprime l'iodure, on voit le gonflement parotidien cesser immédiatement.

**Traitement et prophylaxie.** — Un enfant atteint d'oreillons sera maintenu au lit pendant toute la période fébrile et même au delà; on a remarqué que l'orchite était surtout fréquente chez les malades qui s'étaient levés trop tôt ou n'avaient pas pris le lit, continuant à marcher et à se livrer à leurs occupations habituelles.

L'anorexie, l'état saburral de la langue indiquent l'emploi d'un purgatif qu'on pourra répéter si le besoin s'en fait sentir. On donnera, dans une cuillerée de lait, 20 à 60 centigrammes de calomel, suivant l'âge, avec ou sans addition de poudre de scammonée, de jalap, etc. L'enfant sera mis à la diète lactée ou aux bouillons et tisanes, il ne devra pas manger d'aliments solides, d'autant plus que la mastication est douloureuse.

Si la maladie évolue simplement, on ne fera pas d'autre médication générale. Localement on enveloppera les parties d'ouate, et on pourra faire des onctions avec un liniment calmant (baume tranquille, huile chloroformée, laudanisée, pommade au gâïacol à 1/10), etc. Il est inutile, comme on le faisait autrefois, d'appliquer, sur le gonflement parotidien, un révulsif (vésicatoire), ou l'emplâtre mercuriel (Hufeland).

Ce qu'il faut toujours faire, c'est une antiseptie minutieuse et répétée de la bouche et de la gorge, à l'aide de lavages, irrigations, pulvérisations à l'eau boriquée, à l'eau bouillie, etc. Ces lavages sont d'autant mieux indiqués qu'il y a assez souvent des indices de stomatite, d'amygdalite pultacée. En nettoyant soigneusement les cavités bucco-pharyngiennes et même nasales, on agira préventivement contre les otites, otorrhées, parotidites suppurées, qu'on a vu quelquefois terminer les oreillons. Peut-être même prévient-on ainsi les autres complications plus éloignées, les *métastases* des oreillons. Dans tous les cas, il n'y a aucun inconvénient à adopter cette pratique qui cadre si bien avec nos idées actuelles sur les infections secondaires.

Restent maintenant à remplir les indications symptomatiques, variables suivant les cas, suivant les formes, suivant les complications de la maladie.

Si les oreillons se présentent avec le bruyant cortège de l'hyperthermie, du délire, de l'agitation, des symptômes typhoïdes, adynamiques et méningitiques, il faut songer à la médication antithermique et antispasmodique. En pareil cas j'ai prescrit avec succès : 1° Les bains froids (à 25, 20 degrés), répétés toutes les 3 ou 4 heures, pendant 10 à 15 minutes, quand les enfants les tolèrent bien; 2° Les sels de quinine, chlorhydrate neutre ou chlorhydrosulfate (10 à 20 centigrammes par année d'âge, en 2 ou 3 prises, par

la bouche, par le rectum, par la voie sous-cutanée); voici quelques formules :

℥ Bichlorhydrate de quinine . . . . .	0 <sup>gr</sup> ,50
Extrait de réglisse . . . . .	5 <sup>gr</sup> , »
Sirop de framboises . . . . .	50 <sup>gr</sup> , »
Eau distillée . . . . .	50 <sup>gr</sup> , »

Une cuillerée à soupe toutes les 3 heures (enfant de 3 à 6 ans).

℥ Chlorhydro-sulfate de quinine . . . . .	0 <sup>gr</sup> ,40
Beurre de cacao . . . . .	2 <sup>gr</sup> , »

Pour un suppositoire.

℥ Bichlorhydrate de quinine . . . . .	2 grammes.
Eau distillée . . . . . q. s. pour	10 centimètres cubes.

2 à 3 seringues de Pravaz par jour.

5° L'antipyrine, qu'on pourra donner, dans les cas d'hyperthermie, à la dose de 40 à 50 centigrammes par année d'âge, soit seule, soit associée à la quinine, dont elle facilite la solubilité.

℥ Antipyrine . . . . .	3 grammes.
Chlorhydrate basique de quinine . . . . .	2 —
Extrait de réglisse . . . . .	5 —
Sirop de fleurs d'oranger . . . . .	50 —
Eau distillée . . . . .	40 —

Une cuillerée à soupe 3 fois par jour.

Outre son action antithermique évidente, l'antipyrine a l'avantage de calmer les spasmes nerveux et les douleurs. S'il y a de l'insomnie, on prescrira le chloral, le bromure de potassium (50 centigrammes de chacun de ces médicaments dans un demi-julep gommeux).

Contre l'*orchite ourlienne*, outre le repos absolu au lit qui s'impose, outre la suspension locale et les applications calmantes et émollientes, on a proposé la pilocarpine (1 centigramme en potion ou en injection sous-cutanée) ou le jaborandi. Mais ce médicament n'a pas de vertu spécifique. Une fois l'atrophie testiculaire réalisée, peut-on la faire rétroceder ou l'enrayer, par le massage, les frictions, l'électrisation, les douches périnéales? Cela est douteux.

Contre les accidents méningitiques, on aura recours à la vessie de glace, aux lavements purgatifs, à la saignée au niveau des apophyses mastoïdes (sangues) ou de la nuque (ventouses scarifiées), aux bottes sinapisées, etc.

L'existence de l'albuminurie fera prescrire le régime lacté absolu.

Contre l'anémie et la faiblesse de certaines convalescences particulièrement pénibles, on préconisera le changement d'air, une cure thermale reconstituante (la Bourboule), l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer, les bains salés ou sulfureux, les bains de mer, etc.

La prophylaxie est envisagée d'une façon variable suivant les auteurs.



Henoch, considérant la bénignité du pronostic des oreillons chez les enfants, croit superflu de les isoler. Laveran partage cette opinion et va même plus loin; d'après lui, vu la rareté de l'orchite dans l'enfance, et sa fréquence plus tard, il serait avantageux pour un enfant de contracter une maladie qui l'assureraient contre des éventualités génitales fâcheuses. Si nous quittons ce point de vue un peu fallacieux au fond, quoique séduisant dans la forme, nous penserons qu'il n'est pas bon d'exposer tous les enfants à une contagion, et que rien de favorable ne saurait résulter pour l'organisme d'une invasion microbienne quelconque. Les oreillons sont bénins le plus souvent, je le veux bien; mais ils peuvent se compliquer, même chez les enfants, d'orchite, de néphrite, d'otites, de paralysies, d'accidents méningitiques, etc., sans parler des infections secondaires suppuratives. Il faut donc, chaque fois qu'on le pourra, chercher à enrayer les épidémies d'oreillons, et soustraire à leurs atteintes le plus grand nombre d'enfants possible.

Les oreillons sont contagieux dès le début, avant même le gonflement des glandes salivaires; ils restent contagieux pendant toute la durée de ce gonflement et même après. Il faut donc éloigner des écoles tout enfant pris d'oreillons et n'autoriser sa rentrée qu'après 25 ou 30 jours. Sir Thomas Raven serait parvenu à éteindre une épidémie d'oreillons, qui sévissait dans un pensionnat de 450 élèves, en faisant entrer à l'hôpital tous ceux qui montraient les premiers signes de la maladie (Catrin).

D'après quelques observations (Roth), la contagion pourrait se faire par des tiers, le germe s'attacherait aux vêtements, à la literie, etc. Il faudra donc prendre des précautions contre le transport médiateur du germe, et désinfecter avec soin les meubles et les locaux contaminés. « Le micro-organisme des oreillons est, en effet, dit Catrin, très résistant et persistant, et si, dans quelques cas, la désinfection a paru empêcher les récurrences, il en est de beaucoup plus nombreux où elle s'est montrée absolument inefficace. » Il ne faudrait donc pas, dans les collèges, dortoirs, salles d'études, se contenter d'une désinfection sommaire par les pulvérisations antiseptiques ou les fumigations soufrées, mais faire au besoin une remise à neuf des murs et des parquets, en même temps qu'une désinfection par l'étuve de tous les objets transportables. Ces mesures ne seraient obligatoires que dans les cas d'épidémies invétérées, et à répétition.

Dans les hôpitaux, il faut aussi, autant que possible, isoler les enfants atteints d'oreillons, et cela est d'autant plus nécessaire que les sujets exposés à la contagion sont déjà malades, c'est-à-dire affaiblis, vulnérables, prédisposés aux complications et aux suites fâcheuses d'une nouvelle maladie.

## X

## FIÈVRE GANGLIONNAIRE

PAR LE D<sup>r</sup> J. COMBY

La fièvre ganglionnaire, *Drüsenfieber* de E. Pfeiffer, est une maladie infectieuse, généralement bénigne, caractérisée par l'association constante d'un mouvement fébrile plus ou moins accusé, mais éphémère, avec un engorgement ganglionnaire cervical plus durable.

Telle est la définition clinique qu'on peut donner actuellement de cet état morbide, dont la nature intime n'est pas encore fixée, et dont la désignation même a pu prêter à la controverse. Pour juger sainement la question, un exposé historique me paraît nécessaire.

**Historique.** — Le D<sup>r</sup> E. Pfeiffer, de Wiesbaden, qui a attiré le premier l'attention des médecins d'enfants sur cette maladie (*Jahrb. f. Kinder.*, 1889), en a rapporté plusieurs exemples. Voici le type qui se dégage de sa description : un jeune enfant est pris brusquement de fièvre, la température monte à 39 ou 40 degrés, l'appétit a disparu, la déglutition semble un peu gênée. Si l'on examine le cou, on trouve derrière le sterno-mastoïdien des ganglions gros et douloureux à la pression. Au bout d'un ou deux jours, la fièvre tombe, mais l'adénopathie persiste; unilatérale d'abord, elle peut devenir bilatérale. Parfois la fièvre dure une huitaine de jours. L'examen de la gorge peut montrer de la rougeur. Le foie et la rate seraient dans quelques cas augmentés de volume, et l'enfant accuserait des douleurs à l'hypogastre.

Quoique Pfeiffer n'ait pas vu l'engorgement affecter d'autres ganglions que ceux du cou, il admet la possibilité d'adénopathies pharyngiennes, thoraciques, mésentériques, expliquant la toux, la dysphagie, la douleur abdominale. Dans tous les cas, il s'agit pour lui d'une maladie infectieuse et peut-être contagieuse.

En dehors de ce type aigu assez nettement dégagé, Pfeiffer a décrit une forme subaiguë durant plusieurs semaines, entraînant de la diarrhée, de l'amaigrissement, avec adénopathie mésentérique. Mais, entre le type aigu cervical et le type subaigu mésentérique, il y a trop de différences pour les confondre dans une description commune.

Le D<sup>r</sup> E. Starck (*Jahrb. f. Kinder.*, 1890), confirmant les recherches de Pfeiffer, publie douze cas inédits; il s'agit, dans ces observations, d'enfants entre 2 et 8 ans, qui, après avoir eu de la fièvre, de la céphalée, des vomissements, présentaient des masses ganglionnaires cervicales unilatérales ou bilatérales. Plusieurs malades avaient de l'érythème pharyngé avec dysphagie, quelques-uns toussaient. Rien du côté des ganglions axillaires ou inguinaux, une fois seulement le foie et la rate ont paru tuméfiés, une autre fois le rein a été touché; constipation presque constante. Frappé de ce fait, l'auteur invoque la stercorémie.