

et qui pourra les préserver d'une atteinte plus grave. Les enfants en bas âge, ceux dont la santé est chancelante ou qui présentent une prédisposition pour la tuberculose, doivent être soustraits en tout cas à l'influence de la rougeole.

La bronchite capillaire morbilleuse est contagieuse aussi, mais beaucoup moins que la rougeole normale, ce qui se conçoit aisément, car elle se compose de deux éléments, l'un spécifique, produit du miasme de la rougeole, l'autre catarrhal, dépendant des influences atmosphériques.

Dans la rougeole normale il faut s'abstenir de toute médication active; les malades seront placés dans des salles bien aérées, non encombrées et chauffées convenablement. Il est mauvais de surcharger les malades de couvertures et de chercher à provoquer les sueurs, comme le veut un préjugé populaire, mais la température doit être maintenue à un degré convenable dans la chambre des malades; le défaut de combustible a été une des principales causes de la gravité de la rougeole pendant le siège de Paris. On prescrira des boissons tièdes, des potions calmantes contre la toux, avec la morphine chez les adultes, avec la belladone chez les enfants. Lorsque la diarrhée est abondante, il faut chercher à la modérer à l'aide du sous-nitrate de bismuth par exemple.

Un grand nombre de médications ont été employées sans succès contre la bronchite capillaire; les émissions sanguines et le tartre stibié ont donné de mauvais résultats, l'ipéca à dose vomitive ou comme expectorant rend, au contraire, des services ainsi que les révulsifs et les dérivatifs; les vésicatoires doivent être proscrits lorsque la diphthérie règne en même temps que la rougeole. L'urtication a été recommandée par Trousseau pour rappeler l'éruption vers la peau et pour produire une révulsion énergique.

La convalescence de la rougeole sera surveillée avec soin, principalement au point de vue des complications thoraciques; les malades seront placés dans des conditions hygiéniques aussi bonnes que possible, et s'ils sont anémiés on prescrira les ferrugineux, les amers, le quinquina.

ROUX. Traité de la rougeole. Paris, 1807. — RILLIET et BARTHEZ. Tr. des mal. des enfants, 2^e édition. Paris, 1861. — M. LÉVY. Mém. sur la rougeole des adultes (Gaz. méd. de Paris, 1847). — Rel. d'une épid. de bronchite capillaire observ. à l'Hôtel-Dieu de Nantes, par Mahot, Bonamy, Marcé et Malherbe. Nantes, 1842. — L. LAVERAN. Des influences nosocomiales sur la marche et la gravité de la rougeole (Gaz. hebdom., 1861). — GIRARD. Comm. à la Soc. méd. des hôp. (Bull. et Mém., 1865 et 1869). — CYON. Recherches sur les causes de la gravité de la rougeole à l'hospice des Enfants assistés de Paris, th., Paris, 1873. — COYNE. Rech. sur l'anat. norm. de la muqueuse de

larynx et sur l'anat. path. des complic. de la rougeole, th., Paris, 1874. — BROUARDEL. Leç. sur la rougeole (Gaz. des hôpitaux, 1874). — CORDIER. Catarrhe de l'oreille moy. dans la rougeole, th., Paris, 1875. — A. LAVERAN. Traité des maladies des armées, p. 385. — A. SANNÉ. Art. Rougeole, in Dict. encycl. des sc. méd. — D'ESPINE. Art. Rougeole in Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat., XXXII, 1882.

SCARLATINE

La scarlatine est une pyrexie contagieuse, caractérisée par une angine spéciale et par un exanthème écarlate généralisé, suivi d'une desquamation par larges plaques.

ÉTIOLOGIE. — La scarlatine est contagieuse comme la variole et la rougeole, mais à un moindre degré; la contagion s'effectue par les voies naturelles; les tentatives d'inoculation qui ont été faites jusqu'ici n'ont pas donné de résultats probants.

La scarlatine est une maladie de la deuxième enfance et de l'adolescence; elle règne souvent à l'état épidémique, sa fréquence est plus grande en automne et en hiver qu'au printemps.

Une première atteinte donne l'immunité.

DESCRIPTION. — La durée de l'incubation est moins bien connue que pour la variole et la rougeole; quelques faits semblent démontrer qu'elle peut être de vingt-quatre heures seulement (Trousseau).

Comme pour la rougeole, il y a lieu de décrire une forme normale et des formes anormales.

Scarlatine normale. — L'évolution de la scarlatine se divise naturellement en trois périodes période d'invasion, période d'éruption, période de desquamation.

1^o Période d'invasion. — L'ascension est brusque comme dans la variole, la température s'élève même souvent plus haut que dans cette dernière maladie; les adultes ont un frisson violent qui, chez les enfants, est souvent remplacé par des convulsions. La peau est sèche, brûlante, le pouls très fréquent, la soif vive; la constipation est de règle. On n'observe en général ni vomissements, ni douleurs lombaires.

L'angine spéciale se montre presque en même temps que la fièvre; les amygdales, le voile du palais et le pharynx présentent une rougeur très vive, accompagnée de tuméfaction et de douleur, surtout pendant les mouvements de déglutition; les ganglions sous-maxillaires sont souvent engorgés.

La période d'invasion, plus courte que dans les autres fièvres éruptives, est de deux jours en moyenne. Pendant ces deux jours,

L. et T. — Pathol. méd.

la fièvre est continue sans rémissions notables, elle se maintient à 40 degrés ou au-dessus (fig. 20). Il n'est pas rare d'observer des températures hyperpyrétiques de 42 ou 43 degrés; Wunderlich a trouvé dans un cas 43°,5; le pouls bat 120 ou 140 fois par minute.

2^o *Période d'éruption.* — L'exanthème commence à se montrer à la fin du deuxième jour ou au commencement du troisième; il n'apparaît pas tout d'abord à la face, comme dans la variole et la

Scarlatine légère (Wunderlich)

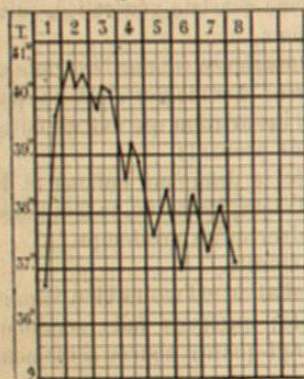


FIG. 20.

rougeole; c'est sur le tronc, au cou, aux membres, du côté de la flexion, qu'il faut en chercher les premiers vestiges: en vingt-quatre ou quarante-huit heures il arrive à son maximum. Tantôt l'éruption a lieu par larges plaques qui laissent entre elles des intervalles de peau saine, tantôt les plaques se réunissent et donnent à toute la surface du corps une teinte rouge uniforme; on dirait, suivant une comparaison classique, qu'on a barbouillé les malades avec du jus de betteraves; sur le fond rouge écarlate de l'exanthème, on distingue un pointillé plus foncé. La rougeur de la peau disparaît momentanément sous la pression du doigt.

Pendant cette période, l'angine augmente, l'isthme du gosier se recouvre de produits pullacés, la langue se desquame et bientôt elle apparaît complètement lisse, rouge, dépourvue de papilles.

Au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, l'éruption entre en voie de décroissance. Il n'est pas rare d'observer alors des sudamina en grand nombre.

La fièvre suit une marche parallèle à celle de l'éruption; la défervescence ne commence que lorsque l'exanthème pâlit, elle se fait en deux ou trois jours. La durée de la période d'éruption est de quatre à six jours.

L'appareil respiratoire ne fournit en général aucun symptôme important; la laryngite et la bronchite sont rares.

Les symptômes nerveux et gastro-intestinaux sont ceux qu'on observe dans toute fièvre intense.

3^o *Période de desquamation.* — La desquamation commence

vers le neuvième jour de la maladie, elle se fait par larges plaques, très épaisses surtout aux extrémités, l'épiderme des mains se sépare quelquefois tout d'une pièce en forme de doigts de gant; après la chute des plaques épidermiques, la peau apparaît lisse, rouge; elle est douloureuse à la pression, parce que l'extrémité des nerfs n'est plus suffisamment protégée; l'épiderme ne tarde pas à se régénérer. La durée de la desquamation est variable, au bout de quinze ou vingt jours on trouve souvent encore aux mains et aux pieds des débris d'épiderme desséché.

Scarlatines anormales. — La scarlatine est parfois très légère, l'angine peut manquer comme dans l'épidémie décrite par Sydenham, la fièvre et l'éruption présentent un minimum d'intensité, et la scarlatine, suivant l'expression de Sydenham, n'a guère d'une maladie que le nom. Dans d'autres épidémies, au contraire, les formes graves dominent.

La *forme nerveuse* est caractérisée tantôt par du délire, de l'agitation, des convulsions qui se terminent souvent par le coma et par la mort, tantôt par des vomissements bilieux extrêmement abondants, qui font ressembler le début de la scarlatine à celui de la méningite. Ces deux variétés, qui étaient communes lors de l'épidémie de Dublin en 1834, ont été très bien décrites par Graves. Dans la forme nerveuse proprement dite, la température ne dépasse pas celle de la scarlatine régulière.

Nous avons insisté plus haut sur la fréquence des températures hyperpyrétiques dans la scarlatine; il est d'autant plus naturel d'admettre une forme *hyperpyrétique* de la scarlatine comme une forme hyperpyrétique du rhumatisme, que dans les deux cas la médication par les bains froids a donné de très bons résultats. La scarlatine hyperpyrétique s'accompagne d'accidents nerveux: délire, jactitation, stupeur, adynamie; les lèvres et la langue deviennent sèches et fuligineuses (état typhoïde).

Dans la *scarlatine hémorrhagique* les malades accusent de bonne heure une sensation de malaise, d'affaiblissement général, la dyspnée est intense, l'exanthème pâlit et la peau se couvre de pétéchies, enfin des hémorrhagies se font par les reins et les muqueuses; les hématuries qui surviennent dans le cours de la maladie sont loin d'avoir une signification aussi grave que les hématuries précoces.

Dans les formes précédentes, la scarlatine conserve ses caractères fondamentaux: fièvre, éruption, angine; dans la *forme fruste*, au contraire, les principaux symptômes peuvent faire défaut, et l'on a autant de peine à reconnaître la maladie qu'à

déchiffrer une inscription incomplète, fruste, suivant l'ingénieuse comparaison de Trousseau.

Il n'est pas rare d'observer l'angine scarlatineuse sans exanthème; l'anasarque, l'hématurie (Graves, Trousseau) peuvent aussi être les seules manifestations de la scarlatine. Dans certaines épidémies, les accidents cérébraux se montrent avec une grande fréquence sans exanthème ni angine.

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS. — Tandis que les complications de la rougeole ont leur siège habituel sur les muqueuses, celles de la scarlatine se passent, en général, du côté des séreuses; les pleurésies, les péricardites, les méningites, les arthrites sont communes, et ces inflammations prennent volontiers la forme purulente. Au huitième ou au dixième jour de la pleurésie scarlatineuse, l'épanchement est souvent purulent comme dans la pleurésie puerpérale.

La néphrite aiguë est aussi une des complications les plus communes de la scarlatine; il s'agit non d'une néphrite épithéliale, comme on l'a cru pendant longtemps, mais d'une néphrite interstitielle qui parfois se localise plus particulièrement autour des glomérules de Malpighi, d'où le nom de glomérulo-néphrite qui lui a été donné (Klebs). La néphrite entraîne l'albuminurie, l'anasarque et parfois l'urémie; elle explique les hématuries du décours de la maladie, hématuries qui ne dépendent pas, comme celles du début, de l'altération profonde du sang et de la dégénérescence des petits vaisseaux, mais de la gêne de la circulation rénale.

Lorsque les malades ne succombent pas rapidement à l'urémie, la néphrite se termine par la guérison ou bien elle passe à l'état chronique.

L'angine du début peut s'accompagner d'une tuméfaction telle de l'isthme du gosier qu'elle entraîne la suffocation; d'autres fois, elle se complique de gangrène ou de diphthérie; on ne confondra pas avec des fausses membranes diphthériques les produits blanchâtres pultacés que l'on rencontre presque toujours à la surface des amygdales chez les scarlatineux; les muqueuses buccale et linguale se desquament chez ces malades comme la peau.

On a observé encore comme complication de la scarlatine: des tuméfactions du cou, des phlegmons, des adénites, des anasarques *a frigore* indépendantes de la néphrite et survenant pendant la période de desquamation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — En dehors de l'hypérémie cutanée,

qui disparaît en grande partie après la mort, les altérations principales de la scarlatine portent sur le sang et sur l'appareil hémato-poïétique. Le sang est diffluent, très pauvre en fibrine et en gaz, surtout dans la forme hémorrhagique, il renferme des bacilles et des microcoques. La rate est volumineuse et ramollie, les ganglions lymphatiques du cou, ceux du mésentère et les follicules clos de l'intestin sont tuméfiés.

Les lésions du pharynx ne présentent sur le cadavre rien de bien caractéristique, il existe assez souvent une infiltration purulente des amygdales.

Les différents tissus subissent des dégénérescences analogues à celles qui se produisent dans les autres fièvres graves; ces dégénérescences portent particulièrement sur les muscles et les petits vaisseaux.

DIAGNOSTIC. PROGNOSTIC. — A la période d'invasion, on peut confondre la scarlatine avec l'angine inflammatoire simple qui, elle aussi, s'accompagne d'une fièvre très vive; l'angine scarlatineuse a une teinte rouge spéciale, la tuméfaction à laquelle elle donne lieu porte sur tout l'isthme du gosier et sur le pharynx, tandis que l'angine simple se localise souvent, comme il arrive dans l'amygdalite; enfin la fièvre symptomatique de l'angine simple tombe rapidement, tandis que, dans la scarlatine, la fièvre persiste après l'apparition de l'angine.

L'angine érysipélateuse donne lieu en général à une tuméfaction moins forte et à une rougeur moins intense de la muqueuse que l'angine scarlatineuse, tandis qu'elle provoque des douleurs plus vives; la marche ultérieure de la maladie vient bientôt lever tous les doutes.

La scarlatine angineuse a été confondue quelquefois avec la diphthérie, qui du reste la complique assez souvent; la diphthérie ne s'accompagne pas de fièvre vive, et les fausses membranes diphthériques s'étendent progressivement sans rougeur ni tuméfaction préalables de la muqueuse de l'isthme du gosier.

A la période d'éruption, la scarlatine est facile à distinguer de la rougeole; la coloration écarlate de l'exanthème, sa disposition par larges plaques, son début par le cou et le tronc, l'absence de laryngite et de catarrhe bronchique, enfin l'existence d'une angine ne laissent pas en général place au doute; cependant, chez certains malades, la rougeole et la scarlatine paraissent se réunir pour former une variété hybride qui emprunte ses symptômes aux deux espèces morbides (voy. *Rubéole*).

Le rash variolique généralisé ressemble beaucoup à la scarla-

tine, l'existence d'une angine permettra de conclure à l'existence de la scarlatine; si l'angine fait défaut, si les douleurs lombaires sont très fortes, le diagnostic de variole aura beaucoup de chances pour se vérifier.

Le pronostic varie beaucoup avec les épidémies; cette proposition, qui s'applique à un grand nombre de maladies, est particulièrement vraie pour la scarlatine. Lors de l'épidémie de 1801 à 1804, la scarlatine était extrêmement grave, elle tuait parfois dès le second jour; plus tard, elle se montra si bénigne qu'on sauvait presque tous les malades. On fit honneur de ces succès à la médication antiphlogistique qui avait détrôné le système de Brown, mais les déceptions vinrent bientôt: en 1834 et 1835, malgré la médication antiphlogistique, dit Graves, la scarlatine redevint aussi meurtrière en Irlande qu'en 1801 et 1802. De 1799 à 1822, Bretonneau n'avait pas perdu un seul malade de scarlatine; mais, en 1824, une épidémie de scarlatine maligne éclata à Tours, et Bretonneau qui, jusque-là, avait regardé la scarlatine comme la plus bénigne des fièvres éruptives, apprit, nous dit Trousseau, à la redouter à l'égal du typhus et de la peste.

Les formes nerveuses et hémorrhagiques se terminent par la mort dans la plupart des cas; il en est de même des scarlatines compliquées de péricardite, de méningite ou d'arthrites suppurées.

Dans le pronostic, il faut tenir compte de la fréquence de la néphrite qui se manifeste quelquefois d'une façon tardive à la période de desquamation.

PROPHYLAXIE. TRAITEMENT. — La scarlatine étant contagieuse, il faut isoler les malades, il faut surtout éloigner d'eux les enfants et les jeunes gens qui n'ont pas encore eu cette fièvre éruptive et qui présentent une prédisposition dépendant de l'âge.

La belladone a été conseillée à titre de prophylactique pendant les épidémies de scarlatine. Cette pratique ne mérite pas plus de confiance que l'inoculation préventive tentée par Miquel d'Amboise.

Dans les cas légers et moyens, il suffit d'appliquer aux malades les règles d'hygiène qui conviennent à tous les fébricitants; contre l'angine on prescrira quelques gargarismes astringents, on pourra aussi badigeonner la gorge avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent.

Dans les formes nerveuses et hyperpyrétiques, le traitement par l'eau froide est le seul qui ait donné de bons résultats. C'est à Currie (1798) que revient le mérite d'avoir montré les avan-

tages de cette médication qu'il mit en usage avec succès chez ses deux fils atteints de scarlatines graves. Trousseau conseilla de procéder ainsi qu'il suit: le malade étant placé dans une baignoire vide, on lui jette sur le corps trois ou quatre seaux d'eau à la température de 20 à 25 degrés centigrades; l'affusion dure une minute au maximum; le malade est enveloppé dans ses couvertures, puis replacé dans son lit sans avoir été essuyé; la réaction s'établit le plus souvent au bout d'un quart d'heure. Les affusions sont renouvelées une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, suivant la gravité des cas. Lorsque la peau était pâle avant l'affusion, elle prend une coloration bien plus foncée immédiatement après, l'agitation et le délire se calment, l'oppression diminue et les malades éprouvent une sensation de bien-être.

Les affusions froides sont surtout indiquées dans les formes nerveuses ataxiques; dans les scarlatines hyperpyrétiques avec éruption très abondante, comme il s'agit d'abaisser la température et qu'il n'est plus nécessaire de provoquer une vive réaction, les bains tièdes ou progressivement refroidis sont préférables aux affusions froides.

Dans la scarlatine hémorrhagique, on prescrira les acides et les astringents.

On recommande généralement de soustraire les scarlatineux à toutes les causes de refroidissement jusqu'à la fin de la période de desquamation, il est vrai qu'on a observé quelquefois chez ces malades l'anasarque *a frigore*, mais l'anasarque qui, dans l'immense majorité des cas, est sous la dépendance de la néphrite, se produit chez les malades qui n'ont jamais quitté une chambre bien chauffée et qui n'ont subi qu'un léger refroidissement. Si la saison est favorable, il n'y a aucun inconvénient à ce que les scarlatineux sortent avant la fin de la période de desquamation, d'autant plus que l'épiderme mortifié ne présente pas, au point de vue de la sécurité publique, les dangers des croûtes de la variole.

On examinera de temps à autre les urines. On doit surveiller les reins des scarlatineux comme on surveille le cœur des rhumatisants ou l'appareil respiratoire des malades atteints de rougeole.

SYDENHAM. Médecine pratique. — GRAVES. Clin. médic., trad., t. I, p. 305. — L. NOIROT. Hist. de la scarl. Paris, 1847. — TROUSSEAU. Clinique médicale, 7^e éd., t. I. — RILLIET et BARTHEZ. Traité des maladies des enfants, t. I, p. 129. — KELSCH. Rech. anatomo-pathol. sur la maladie de Bright (Arch. de physiol., 2^e série, t. I, p. 745). — PICOT (de Genève). Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat., t. XXXII, 1882. — J. TEISSIER. Sur quelques formes rares de la scarlatine (Bull. de la Soc. méd. de Lyon, 1882). — JAMIESON et EDINGTON (British med. Journ. June, 1887).

RUBÉOLE

La rubéole, qui a été désignée aussi par les noms de *roséole fébrile*, de *ratheln*, de *rubelle*, est une fièvre éruptive qui, par ses caractères cliniques, se rapproche tantôt de la rougeole, tantôt de la scarlatine. La rubéole, qui est fréquente en Allemagne, en Angleterre et aux États-Unis, est très rare en France; aussi ne faut-il pas s'étonner si son existence, en tant qu'entité morbide spéciale, a été longtemps contestée par les auteurs français; aujourd'hui encore c'est surtout en tenant compte des observations recueillies à l'étranger qu'il est possible d'écrire l'histoire de la rubéole. Dans ces dernières années, la rubéole a été observée cependant sur plusieurs points de la France, notamment à Lille par Desplats et à Lyon par Delastre, qui a donné dans sa thèse (Lyon, 1883) une description très complète de la maladie. Baillou (*Constitution hyémale de l'année 1574*) a signalé le premier la rubéole, et a baptisé la maladie du nom de *rubiola*, qu'elle a conservé.

ÉTILOGIE. — La rubéole paraît se propager par contagion; elle règne souvent sous forme de petites épidémies; dans certaines localités elle a les caractères d'une maladie endémique, tandis qu'elle est tout à fait inconnue dans d'autres régions. On l'observe plus particulièrement chez les enfants, mais elle peut se développer également chez des adultes.

L'inoculation de la rubéole ne paraît pas avoir été tentée jusqu'ici.

La rubéole ne confère l'immunité ni pour la rougeole ni pour la scarlatine et réciproquement. Elle récidive rarement.

DESCRIPTION. — L'incubation est de dix-huit jours en moyenne, plus longue par conséquent que dans la rougeole, où elle n'est que de douze jours.

L'exanthème qui caractérise la rubéole est souvent le premier symptôme observé, c'est dire que la fièvre initiale est très légère; elle peut même manquer complètement; le thermomètre dépasse rarement 38°,5 dans les cas où l'éruption s'accompagne d'un mouvement fébrile. Souvent les malades atteints de rubéole n'éprouvent aucun malaise, bien que l'exanthème morbilliforme ou scarlatiniforme soit très développé. Cette absence de symptômes généraux en rapport avec l'intensité de l'exanthème est un des caractères qui différencient la rubéole de la rougeole et de la scarlatine.

L'exanthème de la rubéole se rapproche tantôt de l'exanthème de la rougeole, tantôt de celui de la scarlatine, ou bien encore il présente un caractère hybride, polymorphe. Dans certaines épidémies de rubéole l'éruption ressemble beaucoup à celle de la rougeole, dans d'autres à celle de la scarlatine, enfin il arrive souvent que les exanthèmes morbilliforme et scarlatiniforme se mélangent chez les mêmes malades et constituent des éruptions très difficiles à caractériser.

Les muqueuses sont beaucoup moins malades que dans la rougeole; le coryza, l'injection des conjonctives, la bronchite peuvent même faire complètement défaut.

Les ganglions cervicaux sont presque toujours tuméfiés, à un degré très variable du reste; cette adénite est tantôt indolore, tantôt accompagnée de douleurs spontanées ou à la pression. Les ganglions sous-maxillaires et ceux des régions parotidiennes peuvent se tuméfier également et faire croire à l'existence des oreillons.

La durée de l'éruption est en moyenne de trois à quatre jours, mais on peut observer des poussées successives qui prolongent beaucoup cette durée. L'exanthème de la face s'accompagne souvent d'une tuméfaction très marquée de la peau et de vives démangeaisons.

La desquamation est plus ou moins marquée suivant que l'éruption a pris les caractères de la rougeole ou de la scarlatine; en général il s'agit d'une desquamation furfuracée très peu apparente.

La rubéole est une affection très bénigne qui présente très rarement des complications. La néphrite et la broncho-pneumonie si fréquentes, la première dans la scarlatine, la deuxième dans la rougeole, ne s'observent presque jamais dans la rubéole.

Le diagnostic différentiel de la rubéole et de la rougeole ou de la scarlatine présente souvent de grandes difficultés. Le peu d'intensité des symptômes généraux et notamment de la réaction fébrile, le polymorphisme de l'exanthème, l'absence des complications habituelles de la rougeole et de la scarlatine, la bénignité de la maladie fournissent les principaux éléments de ce diagnostic.

Le traitement consistera seulement dans les soins hygiéniques qui doivent être recommandés toutes les fois qu'il existe un peu de fièvre: repos à la chambre, diète plus ou moins sévère suivant l'intensité du mouvement fébrile, léger laxatif s'il existe de la constipation, boissons rafraîchissantes.

Il sera bon d'isoler les enfants atteints de rubéole, surtout s'ils font partie d'une agglomération dans laquelle la rubéole pourrait prendre le caractère épidémique. On mettra les malades à l'abri des refroidissements.

STOEBER. Gaz. méd. Strasbourg, 1841. — GINTRAC. Journ. de méd. de Bordeaux, 1858. — DANIS. De la rubéole, th. de Strasbourg, 1864. — STEINER. Über Rôtheln. (Arch. f. Dermatol., 1869). — THOMAS. Beobacht. über Rôtheln (Jahresb. f. Kinderheilk., 1869). — DELASTRE. Contrib. à l'étude de la rubéole ou rôtheln des Allemands. Lyon, 1883. — LONGUET. La rubéole (Un. méd., 25 déc. 1883). — BOURNEVILLE et BRIGON. Prog. méd., 1884. — DESPLATS. Note sur une épid. de rubéole obs. à Lille (Soc. méd. des hôp., 23 juillet 1886).

MALADIES MIASMATIQUES DIVERSES

En dehors des trois grands groupes de maladies miasmiques qui font l'objet des précédents chapitres : *maladies typhoïdes*, *maladies telluriques*, *fièvres éruptives*, il existe encore quelques espèces morbides qui méritent de figurer dans le cadre nosologique à côté des fièvres éruptives, mais qui ne constituent pas un groupe aussi naturel que les précédents. De ce nombre sont les *oreillons*, l'*érysipèle* et la *méningite cérébro-spinale épidémique* ; ce sont des maladies générales, transmissibles, qui très probablement se répandent par l'intermédiaire d'un miasme ; leurs affinités avec les fièvres éruptives sont aujourd'hui admises par la plupart des auteurs.

La *diphthérie* pourrait aussi trouver ici sa place, mais la diphthérie affecte plus souvent les allures d'une maladie locale : angine, laryngite, que celles d'une maladie générale, et nous avons pensé qu'il y aurait avantage, au point de vue clinique, à rapprocher la description de l'angine et de la laryngite diphthériques de celle des maladies locales de la gorge et du larynx.

OREILLONS

Synonymie : *Parotidite épidémique*, *ourles*, etc.

On peut définir les oreillons : une maladie aiguë, générale, contagieuse et spécifique, analogue aux fièvres éruptives, caractérisée par des localisations sur le système glandulaire et en particulier sur les glandes salivaires, les testicules et les mamelles.

Les oreillons doivent être complètement séparés des inflam-

mations franches des parotides qui surviennent, par exemple, comme complication des fièvres graves.

On trouve dans Hippocrate une description très exacte d'une petite épidémie d'oreillons observée par lui dans l'île de Thasos. Les pays tempérés : la France, l'Allemagne, la Suisse, l'Angleterre, les États-Unis, sont fréquemment visités par les oreillons qui règnent en permanence dans les grands centres ; les épidémies d'oreillons sont moins communes dans les climats extrêmes.

ÉTIOLOGIE. — Les oreillons sont essentiellement contagieux, il nous est impossible de rapporter ici tous les exemples de contagion cités par Hamilton, Mangor, Cullen, Ozanam, Trousseau, Lombard, Rilliet, Bouteillier, Bernutz, Michel Peter, Séta, Carpentier, Lemarchand ; nous nous contenterons de résumer des faits qui nous ont été communiqués par Bussard et qui nous paraissent avoir la valeur d'une véritable expérience : pendant l'hiver de 1874-1875 les oreillons régnaient dans la population civile de l'île d'Oléron ; la garnison, qui se composait de deux cent cinquante hommes casernés dans l'aile droite du château d'Oléron, fut atteinte par l'épidémie au mois de janvier ; le premier cas fut observé sur un soldat qui, quinze jours auparavant, avait passé plusieurs heures dans une chambre où se trouvaient deux enfants atteints d'oreillons ; quatre compagnons de chambre du premier malade présentèrent bientôt après les symptômes des oreillons, puis des cas se produisirent dans les chambres voisines ; vingt-huit hommes furent atteints. Dans l'aile gauche du château d'Oléron se trouvaient à cette époque deux cent vingt disciplinaires de la marine soumis aux mêmes conditions météorologiques que les soldats, faisant continuellement des exercices aussi prolongés que ceux de la garnison, mais *parfaitement isolés* et ne pouvant avoir aucun rapport ni avec la population civile, ni avec les soldats de la garnison : *aucun* disciplinaire de la marine ne fut pris d'oreillons.

Une première atteinte d'oreillons confère une immunité presque complète.

Les oreillons règnent le plus souvent sous forme épidémique, ils atteignent de préférence les enfants et les jeunes gens, d'où leur fréquence dans les écoles, les collèges, les orphelinats ; dans l'armée il est très commun d'observer de petites épidémies d'oreillons qui s'attaquent principalement aux jeunes soldats.

Lorsque les oreillons se déclarent dans une famille, dans une pension, dans une caserne, dans une ville, la maladie ne s'étend pas d'emblée à un grand nombre de personnes ; un ou deux cas