

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.

STOEER. 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

se produisent d'abord, puis, huit à dix jours plus tard, quelques personnes sont atteintes dans l'entourage des premières; en un mot, le développement des cas est successif, comme dans la rougeole et dans les autres maladies contagieuses, et non simultanément, comme il arrive pour les maladies saisonnières. Les épidémies d'oreillons qui règnent dans les garnisons composées de plusieurs régiments sont caractéristiques à cet égard, les régiments sont atteints successivement, les uns en hiver, les autres au printemps ou en été.

Les auteurs qui ont défendu l'étiologie *a frigore* ont insisté beaucoup sur cet argument que les oreillons étaient plus communs en hiver qu'aux autres époques de l'année; en effet, sur 117 épidémies analysées par Hirsch, 51 ont commencé en hiver; 32 au printemps, 15 en été, 19 en automne. C'est un fait bien connu que toutes les maladies contagieuses sont plus communes en hiver qu'en été, cela est vrai même pour la gale; le confinement dans les habitations, qui est la conséquence du froid, favorise l'extension de toutes les maladies transmissibles; la plus grande fréquence des oreillons en hiver peut donc être invoquée par les contagionistes, aussi bien que par les partisans de l'étiologie *a frigore*. Il est possible que le froid puisse donner lieu à des parotidites sporadiques, mais l'oreillon proprement dit se développe toujours sous l'influence d'un miasme spécifique qui se transmet des malades aux personnes qui les entourent; quelques faits démontrent que la contagion peut se produire non seulement à la période d'état, mais aussi pendant la période de convalescence.

Capitan et Charrin ont constaté dans la salive et dans le sang des malades atteints d'oreillons la présence de microcoques qui d'après ces observateurs seraient les agents pathogènes des oreillons. Ces microcoques ont été retrouvés par M. Boinet; ils sont tantôt libres dans le sang et tantôt accolés à des hématies. On a essayé sans succès l'inoculation aux animaux, mais il paraît démontré que les animaux ne sont pas susceptibles de contracter les oreillons.

La durée de l'incubation est de huit à dix jours en moyenne; d'après Rilliet, elle pourrait être de vingt-six jours.

DESCRIPTION. — La tuméfaction des régions parotidiennes constitue le symptôme fondamental de la maladie; elle peut être précédée de quelques phénomènes généraux: malaise, courbature, horripilations, frissons, fièvre; le plus souvent les symptômes locaux marquent seuls le début de la maladie.

Les malades ressentent de la douleur dans l'une des régions parotidiennes qui se tuméfie rapidement, celle du côté opposé ne tarde pas à se prendre; il est rare que l'oreillon soit simple.

Le degré de tuméfaction des régions parotidiennes est variable: tantôt il s'agit d'un simple engorgement qui passe facilement inaperçu quand l'attention n'est pas éveillée à cet égard; tantôt la tuméfaction envahit non seulement les régions parotidiennes, mais aussi les parties voisines et s'étend jusqu'à la base du cou; la tête et le cou prennent une apparence piriforme qui rend les malades à la fois grotesques et méconnaissables (Rilliet); les formes moyennes sont de beaucoup les plus communes.

Dans quelques cas, les glandes sous-maxillaires et les sublinguales se prennent comme les parotides.

Lorsque les oreillons sont volumineux, la peau est rouge, tendue à leur niveau, douloureuse à la pression. Les douleurs spontanées sont plus ou moins vives suivant le degré de tuméfaction des glandes; ordinairement les malades accusent seulement une sensation de raideur, de tension pénible dans les régions parotidiennes; les mouvements de la mâchoire nécessités par la mastication sont particulièrement douloureux.

Chose remarquable, cette tuméfaction qui se présente avec les caractères classiques de l'inflammation aboutit très rarement à la suppuration.

Quelques observateurs ont noté de la rougeur et de la sécheresse de la muqueuse buccale, ce sont là tout au moins des phénomènes inconstants.

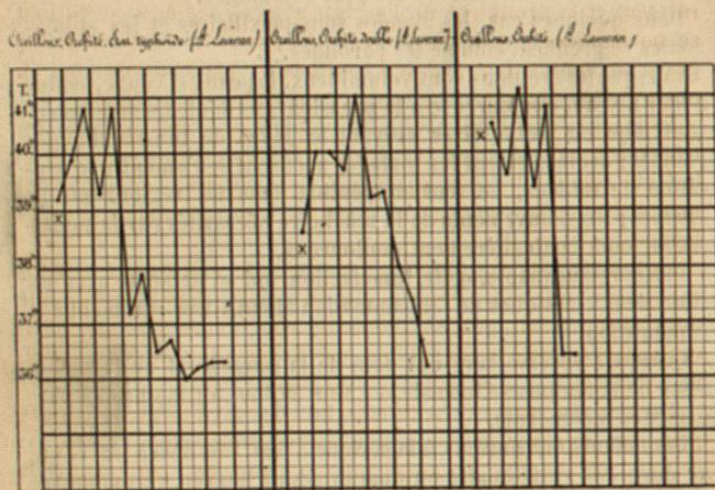
Les enfants ont souvent, à la période d'état, une fièvre légère qui ne dure que vingt-quatre ou quarante-huit heures, accompagnée de vomissements ou d'épistaxis; les adultes éprouvent des symptômes d'embarras gastrique et une lassitude générale.

Vers le quatrième jour la maladie entre en décroissance; les phénomènes critiques: sueurs, évacuations alvines, pyalisme, signalés par quelques auteurs, font le plus souvent défaut.

Chez les enfants la maladie se borne à ces symptômes très simples; chez les adultes, il n'est pas rare de voir une fièvre vive s'allumer au moment où le gonflement des parotides diminue; la température s'élève brusquement à 40 ou 41 degrés (fig. 21, 22 et 23); les malades présentent des symptômes nerveux accompagnés quelquefois d'un état typhoïde, et bientôt l'un des deux testicules ou les deux testicules se tuméfient. L'orchite consécutive aux oreillons est si commune chez l'adulte qu'elle doit rentrer dans la description même de la maladie et non dans le cha-

pitre des accidents et complications. En réunissant 432 cas d'oreillons observés chez des militaires, nous avons trouvé 156 cas d'orchite simple ou double. L'activité fonctionnelle des testicules chez l'adulte appelle en quelque sorte les localisations morbides, tandis que chez l'enfant ces glandes qui sommeillent encore restent le plus souvent indemnes.

L'orchite se produit en général au moment où les tuméfactions parotidiennes commencent à se dissiper, ce qui a fait dire que le mal se déplaçait, qu'il y avait *métastase* de la parotide sur le testicule; mais à côté des faits où l'orchite succède à l'oreillon.



X Apparition de l'orchite.

FIG. 21.

FIG. 22.

FIG. 23.

il en est d'autres où les deux manifestations morbides évoluent presque en même temps, d'autres enfin où l'orchite se présente d'emblée sans tuméfaction des parotides et constitue à elle seule toute la maladie.

Les malades éprouvent dans l'un des testicules une sensation de pesanteur et une douleur assez vive, surtout lorsqu'ils se lèvent; la tuméfaction augmente rapidement.

L'orchite, qui est en général simple, peut être double; dans l'épidémie d'Arras, décrite par Rizet, l'orchite double était même plus fréquente que l'orchite simple, mais c'est là une exception.

L'orchite ourlienne a une marche spéciale bien différente de celle de l'orchite blennorrhagique; la tuméfaction porte sur le testicule beaucoup plus que sur l'épididyme; vers le quatrième jour après le début de l'orchite, le testicule malade a doublé, triplé ou quadruplé de volume; il est dur, très douloureux à la pression, la peau des bourses est rouge, tendue; il n'y a pas en général d'épanchement dans la vaginale.

Vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'apparition de l'orchite, les accidents généraux: fièvre, délire, état typhoïde, etc., s'amendent comme par enchantement. Au bout de quatre ou cinq jours, l'inflammation du testicule diminue, les douleurs disparaissent et la résolution de l'orchite s'opère rapidement. Si tout se bornait là, on pourrait dire avec Velpeau que c'est « la moins grave de toutes les orchites connues »; malheureusement on observe très souvent une atrophie consécutive du testicule.

La mastite ourlienne est beaucoup plus rare que l'orchite; les trois observations citées par Trenel (thèse de Strasbourg, 1812) ont été reproduites par la plupart des auteurs; l'engorgement mammaire peut se rencontrer chez les hommes comme chez les femmes.

La tuméfaction des grandes lèvres et celle des ovaires est plus rare encore que celle des mamelles; il n'existe dans la science que deux observations précises d'ovarite consécutive aux oreillons, ces observations ont été publiées par Meynet (Société des sc. méd. de Lyon, 1865) et Bouteillier (thèse, Paris, 1866).

Formes anormales.—La tuméfaction des régions parotidiennes peut être très peu marquée et passer complètement inaperçue; cette forme abortive est importante à connaître, car, malgré le faible degré du gonflement parotidien, des accidents graves peuvent se produire tout à coup, l'existence antérieure d'une douleur ou d'une tuméfaction, si faible qu'elle ait été, au niveau des régions parotidiennes, fournira au diagnostic une indication précieuse; d'autre part, ces formes atténuées des oreillons donnent l'immunité comme les formes graves.

Un grand nombre de faits démontrent que l'orchite simple ou double peut constituer la seule manifestation des oreillons, la tuméfaction des glandes salivaires faisant complètement défaut; quelquefois l'exception devient la règle, de là des épidémies d'orchite dont la nature est souvent méconnue.

La tuméfaction des parotides succède parfois à l'orchite au lieu de la précéder.

Les oreillons peuvent se localiser dans les glandes sous-maxil-

laïres, en épargnant complètement les parotides. Les oreillons des glandes sous-maxillaires et sublinguales ont été confondus par quelques auteurs avec le phlegmon du plancher de la bouche.

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS. — Les oreillons suppurent très rarement, cette terminaison a été observée cependant dans quelques cas; elle était ordinaire dans une épidémie observée par Dionis sur les demoiselles de Saint-Cyr. L'adénite cervicale succède parfois aux oreillons; on a aussi noté des otites, mais ce sont là des complications rares.

Dans ces dernières années des faits de surdité consécutive aux oreillons ont été publiés par A. Buck, S. Moos, G. Brünner, Knapp, Moure, Seitz, Calmettes, Bürkner, Seligsohn, Lemoine et Lannois. En général les choses se passent de la manière suivante: quelques jours après l'invasion des oreillons le malade accuse des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, quelquefois il a des nausées ou des vomissements; l'ouïe s'affaiblit rapidement d'un côté ou des deux côtés, et en deux ou trois jours la surdité unilatérale ou bilatérale est complète. L'examen otoscopique est le plus souvent négatif. Il est très probable que cette surdité, qui s'est montrée incurable dans presque tous les cas connus, est sous la dépendance d'altérations de l'oreille interne: hémorragies ou inflammation exsudative.

Le docteur Hatry a signalé des troubles visuels caractérisés par une diminution notable de l'acuité visuelle dans les cas d'oreillons volumineux; à l'ophthalmoscope on trouve la papille injectée et parfois recouverte par un cercle d'infiltration œdémateuse. D'après Hatry, les oreillons agiraient en empêchant la circulation de retour dans les vaisseaux du cou.

Des oreillons très volumineux peuvent donner lieu à des accidents de suffocation, la mort peut même se produire par œdème de la glotte.

La néphrite albumineuse a été observée quelquefois à la suite des oreillons (Pratolongo, Renard, L. Colin).

L'orchite ourlienne ne se termine jamais par suppuration, il n'y a pas non plus d'induration persistante de l'épididyme, comme dans l'orchite blennorrhagique; l'atrophie du testicule est au contraire un accident très fréquent. Lorsque la résolution de l'orchite est terminée, on constate que le testicule du côté malade est beaucoup moins ferme que celui du côté sain; l'atrophie se produit lentement, aussi passe-t-elle facilement inaperçue quand on n'a pas l'occasion d'examiner les malades plusieurs mois après qu'ils ont subi les oreillons. Cette atrophie a été signalée dès

1761 par Hamilton, puis Murat (1803); dans une épidémie observée par Dogny sur la garnison de Mont-Louis, en 1828, vingt-sept malades eurent des orchites consécutives aux oreillons, et dans tous les cas il y eut atrophie plus ou moins complète du testicule enflammé; c'est à Dogny que revient le mérite d'avoir signalé la fréquence de l'atrophie du testicule à la suite de l'orchite ourlienne. Grisolles a rapporté en 1866 quatre exemples de cet accident. Les médecins de régiment sont bien placés pour observer ces faits; les oreillons sont communs dans l'armée et fréquemment compliqués d'orchite; de plus il est facile de retrouver les militaires après leur sortie de l'hôpital et de les soumettre à un nouvel examen; quatre-vingt-dix-huit cas d'orchite suivis avec soin par Dogny, Chatain, Chauvin, Juloux et Laurens ont fourni soixante-six cas d'atrophie plus ou moins complète du testicule. Dogny et Laurens ont noté dans plusieurs cas une diminution de la puissance virile et des appétits vénériens. L'atrophie complète des deux testicules a pour conséquence l'impuissance et quelquefois le féminisme s'il s'agit d'adolescents incomplètement formés.

La convalescence des oreillons est parfois longue et difficile; cette affection, si légère en apparence, donne lieu à un état de prostration et d'anémie qui est long à se dissiper, nouvelle preuve qu'il s'agit bien d'une maladie générale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les oreillons se terminant presque toujours par la guérison, il s'ensuit que leur anatomie pathologique est très pauvre; la lésion principale paraît consister en une infiltration œdémateuse du tissu conjonctif des glandes salivaires; il est probable que le tissu glandulaire participe dans une certaine mesure à l'altération, comme cela se voit dans les parotidites idiopathiques qui se terminent souvent par suppuration.

L'atrophie testiculaire paraît résulter d'une atrophie simple des tubes séminifères; il n'y a pas de prolifération du tissu conjonctif interstitiel. Chez un malade mort d'albuminurie aiguë consécutive aux oreillons, l'un de nous a pu constater l'existence d'une néphrite interstitielle aiguë.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Lorsque les oreillons suivent une marche régulière, et que la tuméfaction des parotides est bien prononcée, le diagnostic est facile. L'adénite cervicale ne se limite pas à la région parotidienne; elle ne donne pas la même sensation d'empâtement œdémateux, et la palpation permet souvent de reconnaître l'existence de petites tumeurs arrondies, roulant sous le doigt, qui ne sont autres que les ganglions lymphatiques. La marche de l'adénite est du reste bien différente de celle des

oreillons : tantôt il s'agit d'une adénite aiguë qui se termine par suppuration, tantôt d'une adénite chronique avec ces chapelets ganglionnaires et ces abcès fistuleux qui se rencontrent principalement chez les scrofuleux. Les parotidites proprement dites, que l'on peut confondre avec les oreillons, se rapportent à trois espèces principales : 1° la parotidite idiopathique sporadique, qui peut se développer sous l'influence d'un courant d'air froid, et qui, à cause de cela, a reçu quelquefois le nom de *parotidite rhumatismale*, espèce très rare du reste; 2° la parotidite produite par la propagation d'une inflammation de la muqueuse buccale aux conduits salivaires, dans la stomatite mercurielle par exemple; 3° les parotidites survenant comme complication de certaines maladies générales graves : fièvre typhoïde, typhus, choléra, etc.; ces dernières se terminent presque toujours par suppuration ou par gangrène, et, comme l'a dit Trousseau, ce serait une grossière erreur de les confondre avec les oreillons.

Les formes anormales sont quelquefois d'un diagnostic difficile, les accidents généraux qui précèdent l'apparition de l'orchite ont fait croire bien souvent à des maladies graves : fièvre typhoïde, méningite, etc.; l'erreur est surtout facile quand la tuméfaction des régions parotidiennes a été peu apparente.

L'orchite ourlienne se distingue nettement de l'épididymite blennorrhagique par son siège dans le testicule lui-même, par son évolution rapide, enfin par l'absence d'écoulement urétral.

Les oreillons des glandes sous-maxillaires ou sublinguales ne seront pas confondus avec le phlegmon du plancher de la bouche, qui se termine en général par suppuration.

Les oreillons entraînent très rarement la mort, néanmoins ils constituent une maladie sérieuse, qu'il ne faut pas traiter trop légèrement; ils peuvent se compliquer d'accidents généraux graves, d'œdème aigu de la glotte, de néphrite albumineuse; ils jettent parfois l'organisme dans un état de faiblesse et d'anémie qui ne se dissipe que lentement; enfin, chez l'adulte, ils peuvent avoir pour conséquence l'atrophie d'un ou des deux testicules. Chez les enfants, leur pronostic est plus favorable, les complications sont plus rares.

PROPHYLAXIE. TRAITEMENT. — Quand les oreillons règnent dans une pension, dans une caserne, il est bon d'isoler les malades, afin que l'épidémie ne prenne pas une trop grande extension. L'isolement nous paraît indiqué surtout dans les épidémies qui règnent sur les adultes.

Dans la plupart des cas on peut se dispenser de toute médica-

tion active; il suffit de prescrire le repos et la diète s'il y a un mouvement fébrile; les malades ne s'exposeront pas au froid, qui pourrait provoquer un œdème de la glotte. Si les régions parotidiennes sont tendues, douloureuses, on fera faire des onctions avec l'huile d'olive, de camomille ou de morphine.

Chez l'adulte, il faudra conseiller le repos au lit dès le début des oreillons; on a souvent remarqué que les individus qui continuaient à se livrer à des occupations fatigantes après l'apparition des oreillons étaient plus sujets aux orchites que les autres, et que chez eux les orchites prenaient un très gros volume.

Lorsque l'orchite s'est déclarée, il faut prescrire le repos au lit, les bourses étant relevées sur l'abdomen à l'aide d'un suspensoir convenable; il est bon de faire prendre une bouteille d'eau de Sedlitz. Les émissions sanguines ne sont pas nécessaires, et il n'est pas non plus démontré que le jaborandi, qui a été conseillé dans ce cas, abrège la durée de l'orchite qui, spontanément, entre en résolution vers le quatrième ou cinquième jour.

L'emploi des courants continus est indiqué pour enrayer l'atrophie testiculaire consécutive à l'orchite ourlienne; cette médication a paru donner de bons résultats dans un cas observé par l'un de nous et rapporté dans la thèse du docteur Bich (Paris, 1883).

Dans les cas où des symptômes graves se produisent avant l'apparition de l'orchite, on doit les combattre à l'aide de médications appropriées; contre l'adynamie, la prostration, on prescrira les révulsifs, les excitants diffusibles, etc. Il faut bien savoir, du reste, que la gravité de ces accidents est plus apparente que réelle.

DOGNY. Transact. medic. (Journ. de méd. prat., 1831, t. III, p. 26, et Rec. mém. méd. milit., 1831). — TROUSSEAU. De la contagion des oreillons (Arch. gén. de méd., 1854, et Clinique de l'Hôtel-Dieu, 7^e éd., 1885, t. I, p. 252). — GRISOLLE. De l'atrophie des testicules consécutive aux oreillons (Gaz. des hôp., 1866, p. 56). — RILLIET. Mémoire sur l'épidémie de Genève (Gazette médicale, 1850). — RILLIET et BARTHEZ. Tr. des mal. des enf., 1861, t. II, p. 609. — A. LAVERAN. Traité des maladies des armées, p. 549. — L. COLIN. Rapports des oreillons avec les fièvres éruptives (Un. méd., 1876). — CHAUVIN. Rel. d'une épid. d'oreillons (Rec. de mém. de méd. milit., 1876, p. 473). — A. JULOUX. Contribution à l'étude des oreillons et de leurs métastases (Même rec., 1876, p. 478). — HATRY. Considérat. sur les troubles visuels conséq. aux oreillons (Même rec., 1876, p. 305). — LAURENS. Note sur une épid. d'oreillons (Même rec., 1876, p. 603). — A. LAVERAN. Art. *Oreillons*, Dict. encycl. des sc. méd. — J. GAILLARD. Ét. sur la maladie appelée oreillons, th., Montpellier, 1877. — SOREL. De l'orchite dite métastatique dans les oreillons (Rec. mém. méd. milit., 1877). — MACHADO. Essai sur les oreillons sous-maxillaires, th., Paris, 1880. — HELLER. De l'orchite épidémique (Berlin. klin. Wochenschr., 1880). — CAPITAN et CHARRIN. Les microbes des oreillons (Soc. de biol., 28 mai 1881). — PINET. Th., Paris, 1878. — SERVIER, JOURDAN, MADAMET, GÉRARD. Rel. d'épid. d'oreillons dans l'armée (Rec. mém. méd. milit., 1878). — A. VEDRÈNES. Orchites

ourliennes, etc... (Rec. mém. méd. milit., 1882). — BICH. De l'atrophie testiculaire conséc. aux oreillons et de son traitement, th., Paris, 1883. — LEMOINE et LANNOIS. De la surdité conséc. aux oreillons (Rev. de méd., 1883). — GUASCO. Th., Paris, 1885. — MAHÉO. Note sur une épid. d'oreillons (Arch. de méd. nav., 1884). — LANNOIS et LEMOINE. Pseudo-rhumatisme des oreillons (Rev. de méd., t. V, 1884). — BOINET. Note sur le microbe des oreillons (Lyon méd., 1885, p. 285). — ROTH. De l'incubation et de la transmission des oreillons (München med. Woch., mai 1886). — VIÉLA. Considér. sur les oreillons examinés princip. au point de vue de la fièvre, th., Paris, 1886.

ÉRYSIPELE

L'érysipèle est une maladie générale, aiguë, fébrile, caractérisée par une inflammation de la peau ou des muqueuses à marche progressivement extensive.

On distingue en général l'érysipèle chirurgical, qui est une complication des plaies, et l'érysipèle dit spontané ou médical qui siège le plus souvent à la face; la nature de la maladie est d'ailleurs la même dans les deux cas.

ÉTIOLOGIE. — Lorsqu'on explore avec soin les malades atteints d'érysipèle de la face, on arrive souvent à reconnaître que l'inflammation a pris naissance autour de vésicules d'eczéma ou d'herpès, au niveau d'excoriations du nez ou des lèvres, en un mot, sur un point où la peau n'est plus protégée par son revêtement épidermique. Dans les cas où la peau est intacte, il y a eu tout d'abord une angine ou un coryza, et l'érysipèle des muqueuses s'est propagé par continuité de tissus à la peau de la face.

Il existe probablement un microbe de l'érysipèle qui est susceptible de pénétrer soit par les muqueuses, soit par les érosions de la peau, ainsi que cela se voit pour la diphtérie, et la diffusion possible de ce microbe explique pourquoi l'érysipèle prend quelquefois un caractère épidémique et contagieux.

L'érysipèle récidive assez souvent chez les mêmes individus à des intervalles très variables d'ailleurs; tels sont, en particulier, les érysipèles dits à répétition, que l'on voit se produire chez quelques femmes aux époques menstruelles.

Neyou, Oertel, Fehleisen ont décrit un micrococcus de l'érysipèle (*Streptococcus erysipelatus*), qui présenterait une grande analogie avec le *Streptococcus pyogenus*, qui se rencontre dans le pus phlegmoneux; dans les deux cas les microcoques sont disposés en chaînettes. Fehleisen, en inoculant à l'homme des cultures obtenues avec ces microcoques, aurait réussi à reproduire ainsi des érysipèles.

DESCRIPTION. — L'érysipèle de la face débute brusquement; la période d'ascension est très courte, en quelques heures la température s'élève à 40 degrés, en même temps on observe un frisson plus ou moins violent, de la céphalalgie, du malaise, des nausées et quelquefois des vomissements.

La rougeur et le gonflement de la peau, caractéristiques de l'érysipèle, se montrent bientôt; en général, l'inflammation occupe tout d'abord le nez pour s'étendre de là d'une façon symétrique aux deux côtés de la face. Lorsque l'érysipèle se développe d'abord au niveau de l'isthme du gosier, il gagne la face en suivant les fosses nasales jusqu'à leurs orifices externes ou bien les conduits lacrymaux; dans le premier cas, il apparaît autour des narines; dans le deuxième, autour des points lacrymaux; les plaques érysipélateuses qui vont s'élargissant peu à peu à la périphérie, comme font des taches d'huile, ne tardent pas à se réunir sur la ligne médiane, tandis que sur les parties latérales de la face elles se développent régulièrement et avec une symétrie souvent remarquable. D'après quelques auteurs, l'angine érysipélateuse pourrait se propager par les trompes d'Eustache, l'oreille moyenne et l'oreille externe, sans rupture de la membrane du tympan.

Les parties de la peau envahies par l'érysipèle sont rouges, tuméfiées, douloureuses à la pression; la tuméfaction est surtout marquée aux paupières qui, dans les cas où l'inflammation est vive, ne peuvent plus s'ouvrir; sur les limites de la zone érysipélateuse, on trouve un relief très caractéristique qui sépare nettement les parties saines des parties malades. Ce bourrelet dessine souvent au-dessus de la racine du nez une courbe qui, s'agrandissant peu à peu, gagne la racine des cheveux, puis le cuir chevelu. Le cuir chevelu ne rougit pas comme la peau du visage, mais il devient douloureux à la pression, ce qui permet de reconnaître s'il est envahi. A mesure que l'inflammation s'étend, les parties atteintes les premières reviennent à l'état normal et commencent à se desquamer.

L'intensité des douleurs est assez variable: tantôt les malades accusent à peine une légère sensation de cuisson au niveau de l'érysipèle, tantôt ils se plaignent de douleurs extrêmement vives, surtout aux oreilles et au cuir chevelu; ces douleurs semblent tenir à ce que la peau de ces parties se laisse difficilement distendre par l'exsudat inflammatoire. La pression est toujours douloureuse, mais là aussi il y a des degrés: certains malades ne peuvent pas supporter le moindre attouchement, tandis que chez

d'autres il faut exercer une véritable pression pour provoquer de la douleur.

Au centre de la zone érysipélateuse il n'est pas rare de voir se former des phlyctènes; l'épiderme est soulevé par de la sérosité citrine comme à la suite des brûlures au deuxième degré.

Les ganglions sous-maxillaires se tuméfient souvent.

Tandis que l'inflammation s'étend ainsi à la face d'abord, puis au cuir chevelu, la fièvre persiste, elle est continue avec des rémissions matinales plus ou moins marquées (fig. 24 et 25). La

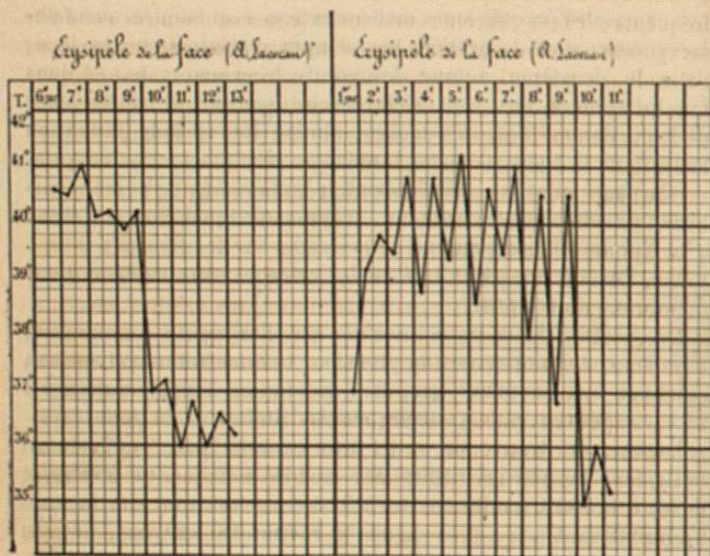


FIG. 24.

FIG. 25.

soif est vive, la langue blanche ou jaunâtre, humide, saburrale, l'anorexie est complète, les nausées et les vomissements du début peuvent persister à la période d'état, la constipation est la règle; la céphalalgie est intense et parfois il survient de l'agitation et du délire.

La défervescence se produit du huitième au dixième jour, elle est brusque, critique, souvent accompagnée de sueurs abondantes.

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS. — L'inflammation érysipélateuse peut se propager de la peau à la muqueuse de l'isthme du gosier

à travers les fosses nasales, puis au larynx, à la trachée et aux bronches. Hippocrate avait déjà signalé les dangers de cette extension de l'érysipèle vers les parties profondes; la mort peut être la suite d'un œdème du larynx, d'une bronchite généralisée ou d'une pneumonie.

Les accidents nerveux prennent quelquefois une intensité très grande, le délire, l'agitation, l'ataxie prédominent dans certains cas; dans d'autres, c'est l'adynamie qui l'emporte.

La méningite, rangée autrefois parmi les complications les plus communes de l'érysipèle du cuir chevelu, n'est rien moins que fréquente; il faut chercher une autre cause au délire qui s'observe souvent chez les malades atteints d'érysipèle de la face; l'alcoolisme peut être invoqué dans certains cas, mais non dans tous; d'après M. Jaccoud, le délire serait souvent la conséquence de l'anémie cérébrale, l'érysipèle donnant lieu à une dérivation énergétique vers les parties superficielles.

Il est rare que l'érysipèle de la face gagne le tronc et les membres, qu'il devienne *ambulant*, quelquefois cependant il s'étend à la nuque et au dos.

À la période de résolution il se forme souvent des abcès sur différents points de la face, aux paupières, aux oreilles, etc.

L'érysipèle, comme la plupart des pyrexies, peut se compliquer d'inflammations des organes internes: péricardite, endocardite, pleurésie, néphrite, etc.; aucune de ces inflammations ne présente ici un caractère spécial de fréquence.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La peau envahie par l'érysipèle est épaissie, gorgée de sucs; le tissu cellulaire sous-jacent est induré; la sérosité qui s'écoule à la surface de la coupe contient de nombreux leucocytes, quelques hématies et des cellules plates du tissu conjonctif devenues granuleuses et globuleuses.

Le derme est infiltré par des leucocytes qui forment des traînées le long des vaisseaux sanguins; lorsque l'inflammation est intense, l'infiltration globulaire se propage jusque dans le panicle adipeux sous-cutané.

Les lymphatiques qui font partie du réseau superficiel sont souvent remplis par des cylindres fibrineux qui, sur les coupes de la peau colorées par le picocarmin, ont une teinte rose pâle.

Cette inflammation des lymphatiques paraît jouer le principal rôle dans la pathogénie de l'érysipèle, qui pourrait être défini: *une lymphangite du réseau cutané superficiel*. Dans l'érysipèle ambulant, le rôle joué par les lymphatiques est quelquefois très apparent pendant la vie: sur les limites de la zone érysipéla-

teuse on voit en effet de petits îlots rosés qui ne se rattachent à la zone principale que par une trainée de lymphite; si l'érysipèle de la face gagne si rarement le tronc, c'est très probablement parce que le réseau lymphatique superficiel de la face communique difficilement avec le réseau superficiel du tronc et des membres.

Au moment de la résolution, exsudat et leucocytes sont repris par la circulation; si cependant les leucocytes épanchés au dehors des vaisseaux sont très abondants, ils meurent et se transforment en globules de pus, d'où la fréquence des abcès; les globules blancs, alors même qu'ils ont donné lieu à des collections fluctuantes, peuvent quelquefois rentrer dans la circulation; nous avons vu plusieurs fois de petits abcès consécutifs à l'érysipèle se terminer par résolution.

La néphrite, qui vient quelquefois compliquer l'érysipèle, est généralement une néphrite interstitielle, comme dans la scarlatine.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Le début brusque de la maladie par un frisson, les températures élevées, la rougeur et la tuméfaction de la face, le bourrelet œdémateux qui marque la limite des parties saines et des parties malades, la marche progressivement extensive de l'inflammation, sont des caractères pathognomoniques de l'érysipèle. On ne confondra l'érysipèle de la face ni avec l'eczéma aigu, ni avec la variole confluente au début, car dans ces deux maladies la rougeur et la tuméfaction de la face se produisent d'une seule poussée et la peau ne tarde pas à se couvrir de vésicules dans le premier cas, de papules puis de pustules dans le deuxième.

Nous nous occuperons dans un autre chapitre du diagnostic de l'angine érysipélateuse (voy. *Angines*).

L'érysipèle de la face est une maladie généralement bénigne; même dans les cas où il se complique d'accidents nerveux, de délire, d'agitation, etc., la guérison est la règle, à moins que les malades ne soient débilités par quelque maladie antérieure; c'est ainsi que chez les tuberculeux et chez les diabétiques l'érysipèle présente une extrême gravité, il en est de même pour les albuminuriques.

TRAITEMENT. — Le traitement de l'érysipèle de la face comprend une médication générale et une médication locale ou topique.

Dans les cas où les malades présentent des symptômes d'embarras gastrique bien marqués: langue saburrale, bouche mauvaise, amère, nausées, constipation, il est utile d'administrer un vomitif ou un purgatif au début; on prescrira une potion vomitive

avec ipéca, un gramme, ou bien eau de Sedlitz, une bouteille. L'émétique en lavage donne également de bons résultats: on met 5 centigrammes de tartre stibié dans un pot de tisane d'orge et toutes les heures le malade boit un demi-verre de cette tisane; on observe parfois, le premier jour de ce traitement, des nausées, des vomissements ou de la diarrhée, mais bientôt l'accoutumance s'établit et le médicament ne produit plus qu'un effet sédatif très favorable sur la fièvre et sur les accidents nerveux.

Lorsque le délire est violent, on peut prescrire soit l'opium (5 à 10 centigrammes d'extrait d'opium), soit le chloral à la dose de 2 à 4 grammes.

Dans les cas où l'adynamie prédomine, on fera prendre du vin, du bouillon, de l'extrait ou du vin de quinquina.

Les émissions sanguines sont rarement indiquées.

On a conseillé un grand nombre de médications topiques pour arrêter l'érysipèle dans sa marche envahissante: les vésicatoires, les badigeonnages iodés, le collodion riciné, la pommade au nitrate d'argent ont été préconisés tour à tour; ces moyens peuvent rendre des services dans l'érysipèle dit chirurgical qui survient comme complication d'une plaie et qui n'a pas, autant que l'érysipèle de la face, les allures d'une maladie générale. Nous avons réussi quelquefois à arrêter des érysipèles ambulants du tronc ou des membres à l'aide de badigeonnages iodés faits sur les limites de la surface malade.

Unna et Nussbaum ont préconisé l'emploi de l'ichthyol dans l'érysipèle. Nussbaum a réussi à arrêter cinq fois sur cinq la marche de l'érysipèle traumatique par l'application d'une pommade composée de vaseline et d'ichthyol par parties égales.

Il est inutile, croyons-nous, d'essayer de s'opposer à la marche de l'érysipèle de la face. En fait de moyens topiques, il faut seulement conseiller ceux qui peuvent soulager les malades ou diminuer la fluxion inflammatoire. Dans les cas où les douleurs ne sont pas vives, il suffit de saupoudrer la face avec de la poudre de riz ou d'amidon; lorsque la sensation de brûlure est très pénible, il faut appliquer sur la face une compresse que l'on trempe toutes les demi-heures dans de l'eau émolliente; on fait à la compresse des trous pour le nez et les yeux.

On éloignera des malades atteints d'érysipèle tous les individus qui ont des plaies, si petites qu'elles soient.

sur l'érysipèle (Clin. méd., 1864, p. 49). — J. SIMON. Erysipèle du pharynx, du larynx et des bronches (Arch. gén. de méd., 1865). — MARTIN. De la contagion dans l'érysipèle, th., Paris, 1865. — JACCOUD. Leçon sur l'érysipèle (Clin. de Lariboisière, 1871, p. 781). — MURICE RAYNAUD. Art. *Erysipèle*, in Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat. — SEVESTRE. Manifestations cardiaques de l'érysipèle, th., Paris, 1871. — J. RENAULT. Contrib. à l'étude anat. et clin. de l'érysipèle et des ostèmes de la peau, th., Paris, 1874. — RITH. Essai sur la nature et la contagion de l'érysipèle, th., Paris, 1875. — RÉVOUY. Des relations de l'érysipèle avec les affections rénales, th., Paris, 1876. — TILLMANS. Rech. expér. sur l'érysipèle (Arch. sur kl. Chir. de Langenbeck, 1878). — MORIENVAL. De l'érysipèle du pharynx, th., Paris, 1879. — STRAUS. De l'érysipèle du poumon (Revue mens. de méd. et de chir., 1879). — STACKLER. Même sujet, th., Paris, 1881. — DUPEYRAT. Recherches cliniques et expérimentales sur la pathogénie de l'érysipèle, th., Paris, 1881.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE

La méningite cérébro-spinale est caractérisée, comme son nom l'indique, par une inflammation des méninges cérébro-spinales; mais par sa marche épidémique et par son caractère contagieux elle s'éloigne des phlegmasies franches; la plupart des auteurs, tout en différant sur la place exacte qu'il convient de lui assigner dans le cadre nosologique, s'accordent à reconnaître qu'il s'agit d'une maladie générale, spécifique.

L'histoire de la méningite cérébro-spinale ne commence guère qu'en 1837; à cette époque, elle règne à Bayonne, à Dax, à Bordeaux, à Toulon, puis dans la province de Constantine où l'épidémie est importée par des troupes venues de France; le foyer épidémique du midi de la France s'étend, en 1839, à Nîmes et à Avignon, puis, l'année suivante, à Perpignan et à Grenoble; partout, sauf à Aigues-Mortes, la maladie sévit presque exclusivement sur la population militaire. De 1840 à 1842, la méningite cérébro-spinale règne dans un grand nombre de nos garnisons, notamment à Versailles, à Metz, à Strasbourg, à Nancy; elle semble disparaître en 1843 et 1844, mais elle se réveille en 1845; de 1845 à 1854, elle sévit sur un grand nombre de points, soit en France, soit en Algérie, en montrant toujours la même prédilection pour la population militaire.

La méningite cérébro-spinale a régné également en Italie, en Espagne, dans l'Amérique du Nord, en Danemark, en Suède (1854-1855), en Norvège, en Allemagne; dans ces dernières épidémies, la population civile a été atteinte dans une plus forte proportion que la population militaire, contrairement à ce qui avait eu lieu en France.

ÉTIOLOGIE. — Un grand nombre de faits démontrent que la mé-

ningite cérébro-spinale est contagieuse, importable; les régiments dans leurs migrations ont souvent transporté la maladie de garnison en garnison; le développement des épidémies de méningite est successif, la maladie se limite d'abord à une maison, à une caserne, puis elle rayonne de ce foyer et elle crée des foyers secondaires. Ces épidémies sont plus remarquables par la gravité que par le nombre des cas.

Presque toujours la méningite épidémique a régné pendant la saison froide; lorsque les épidémies ont duré plusieurs années, comme à Bayonne, à Metz et en Suède, c'est avec des rémissions très marquées pendant la saison chaude. En France, sur cinquante-quatre épidémies, quarante-sept ont eu leur début dans la saison froide. Les épidémies de méningite cérébro-spinale ont sévi: dans la population civile, sur les enfants; dans la population militaire, sur les recrues presque exclusivement; enfin, presque partout, elles ont coïncidé avec les fièvres éruptives. Au point de vue étiologique, la méningite cérébro-spinale se rapproche beaucoup plus des fièvres éruptives, et de la scarlatine en particulier, que des maladies typhoïdes avec lesquelles quelques observateurs ont voulu la confondre sous le nom de *typhus cérébro-spinal*; les conditions d'encombrement, si favorables au développement du typhus, ne jouent aucun rôle dans l'étiologie de la méningite cérébro-spinale. Il est possible que, dans certaines conditions et en particulier sous l'influence de refroidissements, la scarlatine se localise sur les méninges, de même qu'elle se localise chez certains malades sur les plèvres, le péricarde ou les séreuses articulaires; nous verrons plus bas que quelques symptômes de la méningite cérébro-spinale autorisent cette supposition.

DESCRIPTION. — Dans les cas réguliers on peut distinguer deux périodes, l'une d'*excitation*, l'autre de *dépression*.

Le début est brusque, en quelques heures la température monte à 40 ou 41 degrés, les malades éprouvent un frisson violent, unique, ou des frissons répétés; le pouls est dur, résistant, souvent ralenti après une courte période d'accélération; une céphalalgie occipito-frontale extrêmement violente arrache aux malades des plaintes ou des cris, les douleurs s'étendent ensuite à la nuque et au dos; des vomissements bilieux marquent souvent le début de la maladie, la constipation est la règle.

Les malades se raidissent tout d'abord parce que les mouvements, ceux de la tête en particulier, augmentent les douleurs, mais bientôt la contraction des muscles de la nuque se change en

contracture involontaire; la raideur de la nuque est si caractéristique, qu'en Suède et en Norwège plusieurs dénominations populaires de la maladie font mention de ce symptôme. Dans les cas graves, la raideur et l'immobilité font place à un renversement complet de la tête, en arrière, à un véritable opisthotonos; des irradiations douloureuses se produisent dans les extrémités et s'accompagnent de contractures plus ou moins persistantes.

L'état mental est le plus souvent altéré, les malades sont inquiets, impatientes, irritables, parfois il existe un délire violent ou tranquille, continu ou intermittent, toujours plus marqué pendant la nuit.

Pendant cette période d'excitation la fièvre est continue avec des rémissions, la peau est sèche, on observe parfois des taches exanthémateuses, analogues à celles de la rougeole ou de la scarlatine, des sudamina, et plus souvent encore des groupes d'herpès, aux lèvres, au menton, aux oreilles et aux joues.

La durée de cette première période est de douze heures à trois jours.

La *seconde période* est caractérisée par des phénomènes de dépression, la stupeur succède à l'agitation des premiers jours, la face est pâle, l'œil sans expression, l'insensibilité remplace l'hyperesthésie, le pouls diminue de fréquence, la dyspnée augmente de plus en plus, les muscles contracturés se paralysent; lorsque la mort n'est pas trop rapide, on peut suivre l'extinction progressive de l'activité musculaire dans les muscles des membres, de la tête et du tronc, dans les muscles de la respiration et dans le cœur. (L. Laveran).

Dans les cas mortels, les traits se relâchent, les pupilles se dilatent, les yeux sont souvent déviés (strabisme); la somnolence fait place au coma, l'insensibilité est complète, le pouls qui était ralenti devient fréquent et irrégulier, une transpiration abondante recouvre la face et le tronc, la peau se cyanose, les extrémités se refroidissent, la mort arrive presque toujours par asphyxie. A l'approche de la mort la température peut s'élever à 42, 43 ou même 44 degrés (Wunderlich).

Dans les cas qui se terminent par la guérison la défervescence est brusque ou lente, les symptômes nerveux se dissipent plus ou moins rapidement.

FORMES ANORMALES. COMPLICATIONS. — Parmi les formes anormales, les deux plus remarquables sont la forme abortive et la forme foudroyante.

Dans la forme abortive, les symptômes de la méningite cérébro-spinale ne sont qu'ébauchés pour ainsi dire, la maladie se réduit à une fièvre de courte durée, accompagnée d'une céphalalgie plus ou moins vive, de vomissements et d'une sensation de raideur à la nuque, qui disparaît rapidement.

Dans la forme foudroyante ou apoplectique, les malades perdent rapidement connaissance, ils tombent dans le coma et la mort arrive par asphyxie dix à douze heures après le début des accidents. On a décrit aussi des formes rachialgiques et des formes phrénétiques caractérisées, les premières par la prédominance des phénomènes spinaux (douleurs atroces le long de la colonne vertébrale, contractures, etc.); les deuxièmes par l'excitation cérébrale, par un délire violent et furieux.

Les principales complications de la méningite cérébro-spinale se produisent du côté des séreuses comme dans la scarlatine, et comme dans cette dernière maladie, les péricardites, les pleurésies, les arthrites sont souvent purulentes.

Les oreillons ont coïncidé fréquemment avec les épidémies de méningite cérébro-spinale.

Dans quelques épidémies on a noté des desquamations analogues à celles de la scarlatine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Lorsque la mort est très rapide, on ne trouve à l'autopsie qu'une injection vive des méninges; presque toujours des exsudats purulents ont eu le temps de se produire. Le pus infiltré entre la pie-mère cérébrale et l'arachnoïde recouvre complètement les circonvolutions; on dirait, suivant la comparaison de Tourdes, qu'une couche épaisse de beurre a été étendue sur les hémisphères cérébraux; les vaisseaux gorgés de sang dessinent des lignes bleuâtres ou des marbrures rougeâtres; lorsque la lésion est moins avancée, les exsudats ne forment pas une couche continue, ils sont disposés le long des vaisseaux et dans les sillons intermédiaires aux circonvolutions cérébrales. A la première période les globules de pus nagent dans la sérosité; mais, à mesure que la maladie se prolonge, le pus devient de plus en plus concret. Les lésions sont toujours plus marquées à la convexité qu'à la base du cerveau. La substance cérébrale ne paraît présenter que des altérations secondaires à la méningite; les ventricules contiennent souvent de la sérosité trouble, floconneuse, quelquefois du pus.

Les méninges rachidiennes subissent des altérations analogues à celles des méninges cérébrales; les exsudats sont plus épais à la face postérieure de la moelle qu'à la face antérieure, et ils aug-

mentent d'épaisseur à mesure qu'on descend vers la queue de cheval qui baigne quelquefois dans le pus.

La psorentérie est très commune.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — La violence de la fièvre et de la céphalalgie, la raideur de la nuque, l'opisthotonos, une marche rapide et trop souvent fatale, donnent à la méningite épidémique une physionomie spéciale, facile à reconnaître. A la vérité on peut la confondre avec la méningite franche, idiopathique, car de temps à autre on observe des cas sporadiques de méningite cérébro-spinale, mais le plus souvent le caractère épidémique de la maladie est bien marqué, ce qui lève tous les doutes.

Le diagnostic différentiel avec la méningite tuberculeuse ne présente pas de difficultés, la méningite tuberculeuse ne s'accompagne pas d'une fièvre aussi vive, et les troubles nerveux auxquels elle donne lieu n'ont pas, sauf peut-être la céphalalgie, une intensité comparable à celle qu'ils présentent dans la méningite cérébro-spinale. Inutile d'ajouter que les lésions anatomiques sont bien différentes dans ces deux maladies.

La fièvre typhoïde à forme spinale peut simuler la méningite. La diarrhée, la douleur à la pression dans la fosse iliaque, les taches rosées, la tuméfaction de la rate et à l'autopsie les lésions des plaques de Peyer séparent très nettement ces deux espèces morbides.

La mortalité de la méningite cérébro-spinale est de 60 pour 100 environ, c'est-à-dire qu'elle est supérieure à la mortalité du typhus ou du choléra.

Dans les cas foudroyants la mort peut survenir en dix ou douze heures ; elle arrive assez rarement après le sixième jour. Les accidents consécutifs à l'inflammation et à la suppuration des méninges entravent la guérison et augmentent la durée de la maladie ; les paralysies, les troubles des facultés psychiques se dissipent lentement, les malades qui ont échappé aux accidents aigus finissent quelquefois par succomber dans un état d'idiotisme et de marasme.

PROPHYLAXIE. TRAITEMENT. — Lorsque la méningite cérébro-spinale règne à l'état épidémique dans une localité, il faut isoler les malades et éloigner surtout les enfants, les adolescents, les jeunes soldats qui ont une prédisposition marquée.

Les opiacés sont indiqués pour diminuer l'excitabilité du système nerveux, l'hydrate de chloral pourrait aussi très probablement remplir cette indication. Les sinapismes promenés sur différents points du corps, les vésicatoires lorsque la diphtérie

ne règne pas, sont d'un utile emploi. Un grand nombre d'autres médications ont été essayées sans succès.

FAURE-VILLAR. Rec. de mém. de méd. milit., 1840. — TOURDES. Histoire de l'épid. de méningite cérébro-spinale qui a régné à Strasbourg en 1840 et 1841. Paris, 1842. — VITAL. Clin. méd. de l'hôpital milit. de Constantine, 1848. — M. LEVY. Gaz. méd., 1849. — MAILLOT. Gaz. méd., 1848. — C. BROUSSAIS. Rec. de mém. de méd. milit., t. LIV, 1-115. — L. LAVERAN. Relation de l'épidémie de méningite cérébro-spinale observée à Metz de 1847 à 1849 (Trav. de la Soc. des sc. méd. de la Moselle, Metz, 1849). — Du même. Art. *Méningite cérébro-spinale*, in Diction., encyclop. des sc. méd. — BOUDIN. Arch. gén. de méd., 1849, et Traité de géogr. méd. Paris, 1857. — VALLIN. Gaz. hebdom., 1865. — A. LAVERAN. De la nature de la méningite cérébro-spinale (Gaz. hebdom., 1873). — Du même. Traité des maladies des armées. Paris, 1875, p. 414. — LEYDEN. Traité des maladies de la moelle épinière. Traduct. franç. de Richard et Viry. Paris, 1879.

TROISIÈME SECTION

MALADIES VIRULENTES

Dans cette troisième section de l'histoire des maladies générales, nous nous occuperons de la *syphilis*, de la *morve*, de la *rage* et du *charbon* ; nous avons déjà expliqué pourquoi nous avons cru devoir ranger parmi les maladies miasmatiques la variole, qui est à la fois miasmatique et virulente.

Les agents de transmission des maladies virulentes ou *virus* sont, d'après les recherches les plus récentes, des particules *solides*. Il paraît démontré, pour le charbon, que les particules solides qui constituent la partie active du virus sont les bactériidies décrites pour la première fois par Davaine. Pour les autres maladies virulentes l'état de la science est beaucoup moins avancé ; on a décrit des microcoques de la syphilis, de la morve et de la rage, mais l'existence de ces microbes est encore très problématique. Le groupe des maladies virulentes est loin d'être homogène : rien ne prouve que le virus rabique, par exemple, soit comparable au virus charbonneux, et de ce qu'on a découvert une bactériidie charbonneuse on ne saurait en induire qu'il existe un microbe de la rage ou de la morve.

Toutes les maladies virulentes sont *inoculables*, c'est-à-dire qu'on peut les communiquer d'un individu malade à un individu sain de même espèce ou parfois d'espèce voisine, en insinuant sous la peau de ce dernier une goutte de l'humeur virulente. La