dation ; une ablation prudente des ganglions pourra, sinon guérir radicalement le malade, du moins l'améliorer considérablement. Si, au contraire, on se trouve en présence d'un cas de lymphocytomatose on ne saurait sans imprudence grave compromettre la chirurgie dans une intervention contre-indiquée par le caractère essentiellement malin de l'affection.

Opération. — L'opération d'exerèse qui attaque les masses ganglionnaires est souvent hérissée de difficultés que PAULET a depuis longtemps signalées. Les ganglions se multiplient sous les doigts du chirurgien et le conduisent vers les régions les plus dangereuses. Il faut s'arrêter à temps ; il faut surtout ne pas s'attacher à faire une opération brillante, mais savoir, s'il est nécessaire, extirper ganglion par ganglion de manière à se faire du jour, à éclaircir le chemin obscur dans lequel on est engagé. Les doigts et la sonde cannelée sont préférables à tout autre moyen pour ouvrir le revêtement fibreux des ganglions et chercher la zone de clivage qui éloigne des vaisseaux, des nerfs et des organes importants.

ARTICLE II

MALADIES ACCIDENTELLES

Le titre maladies accidentelles réunit les affections à évolution plus rapide ou à début aigu qui ne peuvent être placées dans le chapitre précédent avec les maladies congénitales ou les tumeurs. Les corps étrangers et les plaies, la gangrène, les ostéites des maxillaires, les abcès du pharynx, le torticolis seront successivement décrits.

§ 1. — CORPS ÉTRANGERS ET PLAIES DE LA BOUCHE, DU VOILE DU PALAIS, DES AMYGDALES ET DE LA LANGUE

Chez les enfants, les plaies de la bouche, du voile du palais des amygdales et de la langue sont fréquemment compliquées de la présence de corps étrangers.

1° Lèvres. — Sur les lèvres les plaies ne présentent rien de bien spécial : elles sont souvent produites par une chute en avant et les lèvres pressées entre la résistance extérieure du sol ou d'un objet quelconque et les dents sont plutôt déchirées irrégulièrement qu'elles ne sont divisées nettement dans une partie notable de leur étendue. Leur face profonde est plus spécialement atteinte et la plaie offre l'aspect le plus varié.

Un point de suture extérieur ou un pansement collodionné suffisent, après asepsie rigoureuse, surtout si la plaie a été faite au contact du sol. Dans ce dernier cas, il serait préférable, si la réunion paraissait assurée, de ne faire aucune suture et d'appliquer des compresses aseptiques avec un pansement humide.

Dans les cas où la suture est rendue nécessaire par une large déchirure nous recommandons le drainage avec une petite touffe de crins de florence ; la plaie isolée de la face muqueuse ne réclame pas de réunion le plus souvent.

2° Langue. — Fragments d'os, arêtes, crochets à broder, fragments de verre, peuvent produire des plaies plus ou moins contuses, mais le mécanisme ordinaire est le suivant : l'enfant tombe la bouche entr'ouverte et la langue, procidente au moment de la chute, est violemment pressée entre les arcades dentaires. Il en résulte des divisions quelquefois assez étendues.

En pareil cas, si la plaie est large, il convient de faire un ou plusieurs points de suture aux crins, qui assurent la réunion immédiate. Si elle est petite, on peut s'abstenir de toute intervention et se contenter d'assurer, comme dans le cas précédent, l'asepsie de la bouche au moyen de lavages boriqués ou simplement à l'eau bouillie

La langue, à part cette dernière circonstance, échappe le plus souvent, grâce à sa mobilité, aux plaies et aux corps étrangers. Signalons comme exemple le cas d'un enfant qui, tenant dans sa bouche un porte-plume en os ouvragé, s'inclina tout à coup en avant. Le porte-plume vint, après avoir labouré la langue, se briser en arrière sur la région pharyngienne latérale ; un fragment avait pénétré profondément ; il en

résulta un abcès de la parotide et par la voie extérieure cutanée le corps étranger s'élimina.

3° Amygdales, joues. — A part les plaies légères qui, au voile du palais, résultent d'un corps étranger piquant ou tranchant (arêtes, fragments de verre), le mécanisme rappelé par la précédente observation est celui de la plupart des plaies qui atteignent les parties latérales ou profondes de la bouche : voile, amygdales, face interne des joues. Ce sont des objets pour la plupart arrondis ou mal taillés à leur extrémité (sifflets, trompettes en métal ou en bois, plus rarement crochets), qui dans une chute viennent heurter les parties molles et les pénètrent en les écrasant.

A part les crochets dont l'extraction est quelquefois un peu délicate, mais au sujet desquels une règle précise ne peut être donnée, corps étrangers et plaies de ces régions ne présentent pas de difficultés ni de thérapeutique spéciale.

Il faut cependant rappeler que la surface des solutions de continuité se couvre rapidement d'un enduit blanchâtre membraneux qu'il est utile de connaître pour ne pas le confondre avec une membrane diphtérique.

4° Voile du palais. — Le voile du palais, en raison de sa disposition spéciale et de sa mobilité, peut quand il a été pénétré se déchirer sur l'agent vulnérant. L'existence d'une division plus ou moins large et intéressant le bord libre impose une réunion immédiate. La simple pénétration de part en part ne doit demander le plus souvent aucune suture, la division devant ici se réparer aussi facilement que celles qui sont quelquefois pratiquées par le chirurgien sur les parties latérales pour faciliter le rapprochement des lambeaux dans la staphylorraphie.

§ 2. — Corps étrangers du pharynx

Deux régions susceptibles de recéler des corps étrangers méritent d'être considérées ici : le pharynx nasal et le pharynx buccal.

1° Étiologie. — Les corps étrangers proviennent de trois voies différentes : des fosses nasales, de la bouche, des voies digestives.

Les fragments osseux détachés de la région vertébrale dans le mal cervical et les corps demi-solides chassés tout à coup des voies respiratoires ulcérées dans une vomique sont des exceptions et n'appartiennent pas à la question qui nous occupe.

Venus des fosses nasales, les corps étrangers sont peu volumineux et franchissent facilement le voile du palais pour être le plus ordinairement rejetés par la bouche dans un mouvement de toux ou de vomissement.

Le vomissement peut déterminer l'entrée de parties solides ou demi-solides en arrière du voile du palais, dans le naso-pharynx, où elles pourront être reprises aussitôt par la déglutition et rejetées assez vite pour ne provoquer que peu de troubles fonctionnels.

Au contraire, les corps solides venus de la bouche offrent une gravité spéciale : bols alimentaires trop volumineux (grosses arêtes, esquilles osseuses, jouets de toutes sortes) sont arrêtés dans le pharynx et fixés par sa contractilité pendant le deuxième temps de la déglutition. Ils deviennent d'autant plus dangereux que leur surface est inégale et qu'ils ne sont pas solubles. Mais leur volume surtout et leurs aspérités sont à considérer, car malgré leur solubilité, ils provoquent quelquefois de tels accidents que la vie des enfants est immédiatement menacée.

2° Symptômes. — Il se distinguent en symptômes fonctionnels et symptômes physiques :

a. *Symptômes fonctionnels.* — La douleur, la toux, l'expectoration, la dyspnée sont caractéristiques de la présence des corps étrangers pharyngiens, mais la dyspnée seule résume l'ensemble des phénomènes, car elle est toujours accompagnée d'une douleur relative, de quintes qui accompagnent ou séparent des inspirations bruyantes, et provoquent l'expulsion de mucosités et quelquefois de fragments détachés capables d'éclairer le diagnostic.

La suffocation peut être immédiatement forte, avec aspect vultueux de la face, et s'amender ensuite pour revenir par instants ou disparaître tout à fait si le corps étranger est petit ou a été rejeté par la bouche ou dégluti ; mais elle est encore constante, prolongée, et n'en menace pas moins la vie si le corps étranger est fixé près des voies respiratoires supérieures ou est très volumineux.

b. *Symptômes physiques.* — Ils sont fournis par l'examen direct. Celui-ci n'est possible qu'avec une dyspnée de moyenne intensité. En faisant ouvrir la bouche, en abaissant la langue, en examinant les arrière-narines avec le doigt recourbé on voit le corps étranger ou on le sent, et rapidement on peut apprécier sa nature et son volume.

Mais qu'il s'ajoute à la suffocation très violente du spasme qui rend toute manœuvre impossible, l'examen sera incomplet ou nul et l'intervention, difficile alors, s'imposera cependant d'une manière absolue.

3° Marche. — La toux, le vomissement, la déglutition, l'éternuement délivrent quelquefois le blessé. L'accoutumance est plus rare et elle ne s'établit pas sans provoquer des réactions voisines qui provoquent de l'œdème ou de la suppuration.

4° Pronostic. — Le pronostic est donc grave. Lorsque l'acte physiologique n'intervient pas pour débarrasser le patient, il peut être aggravé par l'introduction de fragments du corps étranger dans le larynx et la trachée pendant les accès de suffocation.

5° Diagnostic. — Trois affections se présentent, susceptibles d'égarer le diagnostic :

L'œdème de la glotte, le spasme de la glotte, l'abcès rétro-pharyngien.

L'œdème est moins rapide dans son évolution et chez l'enfant il sera souvent facile, en abaissant fortement la langue, de voir le gonflement des replis arythéno-épiglottiques.

Le spasme est subit et en impose davantage. Un enfant de trois ans fut tout à coup saisi pendant son repas d'une dyspnée violente et perdit connaissance ; revenu à lui, la dyspnée reprit encore, puis après une lutte de quelques instants disparut enfin pour être remplacée par un sommeil paisible, tranquille. Le spasme est, en effet, violent dès le début, mais, contrairement aux phénomènes réactionnels du corps étranger, s'amondrit vite et disparaît.

L'abcès rétro-pharyngien est rare chez le petit enfant; mais, quand il existe, il peut produire des attaques très rapides de suffocation. Il y a un an, un baby de cinq mois me fut présenté dans un état grave d'asphyxie survenu très rapidement. Il avait, sans antécédents morbides bien définis, un volumineux abcès rétropharyngien médian, qui donnait tous les signes d'un obstacle pharyngien : une ponction au bistouri amena un flot de pus par les narines et tout rentra dans l'ordre.

Vient enfin le diagnostic différentiel du corps étranger du pharynx et des voies respiratoires. Il est souvent très difficile et Felizet cite un exemple où la trachéotomie d'urgence put seule renseigner le chirurgien. L'examen fruste de tout le pharynx, surtout quand l'auscultation et la toux, plus fréquente et plus quinteuse, donnent des renseignements du côté de la poitrine, éloignent l'idée d'un corps étranger pharyngien.

En toutes circonstances, les commémoratifs seront d'un secours puissant pour le diagnostic.

6° Traitement. — Le traitement s'inspirera de suite de la gravité des symptômes : se saisir de pinces recourbées, s'aider du doigt hardiment introduit entre les arcades dentaires solidement maintenues et pénétrer jusqu'au pharynx pour extraire le corps étranger est quelquefois la seule conduite que le chirurgien puisse tenir en présence d'un cas menaçant. Dans d'autres circonstances, si cette manœuvre n'est pas possible, l'ouverture de la trachée, pour courir au plus pressé, sauvera la vie d'un enfant.

En dehors de ces circonstances graves, l'examen méthodique donnera un diagnostic certain et permettra de choisir les moyens : le chloroforme aidant, on pourra sans douleur extraire le corps du délit. Plus rarement, les injections nasales serviront pour extraire un corps étranger fixé dans les arrière-narines (FELIZET).

§ 3. — NOMA

Le noma ou gangrène de la bouche appartient plutôt à la clinique médicale, mais les soins qu'il réclame sont trop souvent d'ordre chirurgical pour qu'il soit inutile d'en faire brève mention dans cet ouvrage.

1° Causes. — La débilité, surtout la débilité produite par les maladies infectieuses générales, par les fièvres éruptives et surtout par la rougeole, le manque d'air, l'encombrement, la pauvreté, la misère sont les causes invariables de la gangrène de la bouche.

En 1870, à l'hôpital des enfants de Bordeaux dont l'administration militaire avait envahi une grande partie, une épidémie meurtrière de rougeole sévit tout à coup ; neuf de nos petits convalescents furent atteints de noma et périrent, quatre petites filles présentèrent de la gangrène de la vulve et succombèrent également.

En 1887, dans une maison de refuge privée, pendant une épidémie de fièvre typhoïde qui frappa plus de trente enfants dont la plupart guérirent, j'observai encore deux cas de noma chez les convalescents.

Le noma ne paraît point contagieux, mais il atteint les sujets affaiblis placés dans le même milieu insalubre, soumis aux mêmes conditions hygiéniques mauvaises.

Il sévit surtout chez les sujets de deux à cinq ans.

2° Anatomie pathologique. — La gangrène se limite rarement à une petite partie de la joue. Elle produit une eschare qui intéresse rapidement toute l'épaisseur de cette région et

s'avance sur les lèvres ; la muqueuse gingivale est envahie, les dents sont exfoliées, le maxillaire est dénudé, l'eschare peut s'avancer en arrière jusqu'à l'isthme du pharynx. L'intestin est atteint d'entérite, le poumon a souvent présenté des noyaux de gangrène ou de la pneumonie infectieuse. Tel est le milieu sur lequel le chirurgien peut être appelé à intervenir.

3° Symptômes. — Le premier symptôme est le gonflement de la joue. Elle devient volumineuse, pâle, livide, dure. Elle est à peine douloureuse ; le sujet, qui n'a le plus souvent aucune élévation de température, ne souffre pas. — La muqueuse génienne est blanchâtre, quelquefois soulevée par des phlyctènes d'où s'écoule de la sérosité sanguinolente.

Rapidement l'induration générale s'accentue et la peau revêt une coloration noirâtre. Une grosse eschare se forme, sèche, presque sonore, mais peu de temps après infiltrée de sanie infecte, qui tend à se détacher à sa périphérie.

Le sphacèle s'élimine par lambeaux, laissant à nu la cavité buccale, les dents déchaussées qui s'ébranlent et tombent, le maxillaire dépouillé de sa muqueuse et de son périoste.

Il s'écoule un ichor fétide, de la salive et du pus.

Voici les traits principaux de cette horrible affection, qui se termine par la mort.

4° Pronostic. — Les enfants succombent dans une sorte d'hébétude, de demi-coma, aux accidents d'infection générale, avec des élévations thermométriques juste suffisantes pour marquer la septicémie. S'ils guérissent, c'est qu'ils ont été peu atteints. Il se fait, après élimination de l'eschare, une cicatrice déprimée, rétractée, mais ordinairement assez souple, le plus souvent compatible avec les fonctions de la bouche.

5° Traitement. — L'asepsie buccale, la propreté générale, l'aération, toutes les conditions générales enfin qui vont à l'encontre des conditions détestables où le malade se trouvait, sont une nécessité première du traitement.

Localement le chirurgien intervient pour multiplier les cautérisations profondes avec le fer rouge. Ce mode d'action employé *avec énergie* dans les gangrènes infectieuses (L. Labbé), est réellement le seul à recommander.

Entre les séances de cautérisation, des pansements antiseptiques seront appliqués et l'on aura soin de soutenir l'état général par les analeptiques divers, une nourriture appropriée et les médicaments qui agissent sur le cœur (caféine).

La chirurgie réparatrice peut être appelée plus tard, en cas de guérison, à corriger une cicatrice, à fermer une fistule.

§ 4. — Nécrose des maxillaires

La nécrose des maxillaires se rencontre chez les enfants dans deux groupes bien distincts de cas : tantôt sous l'influence de la tuberculose (nécrose diathésique), tantôt à la suite d'infections banales d'origine buccale atteignant un organisme débilité (nécrose simple).

1° Nécrose simple. — C'est ainsi que l'évolution difficile des dents dans la seconde enfance, la carie dentaire précoce, les stomatites ulcéreuses et gangréneuses peuvent, lorsque le périoste est intéressé, aboutir à la nécrose des mâchoires. Ces ostéites suppurées se rencontrent encore assez fréquemment dans la convalescence des fièvres éruptives (rougeole) et de la fièvre typhoïde.

a. *Anatomie pathologique et symptômes.* — La lésion porte, en général, sur le maxillaire inférieur et le plus souvent intéresse le bord alvéolaire, déterminant la mobilité des dents, leur chute, et la production d'un séquestre plus ou moins mobile, superficiel ou profond, en général dur et rugueux, mais qui peut être invaginé au centre de l'os, entouré qu'il est par les couches osseuses de nouvelle formation.

La persistance de la douleur et les trajets fistuleux qui existent dans la bouche ou au niveau du revêtement cutané, ainsi que l'exploration avec le stylet, font reconnaître sa présence.

Au maxillaire supérieur, la nécrose des alvéoles peut se compliquer de l'ouverture du sinus maxillaire.

Les dimensions du séquestre varient suivant les cas : toute la mâchoire peut être intéressée : le plus souvent, cependant, c'est une branche montante du maxillaire inférieur ou une partie plus ou moins étendue du rebord alvéolaire qui se nécrosent et s'éliminent par un processus qui est celui de l'ostéomyélite.

L'élimination du séquestre se fait souvent spontanément s'il tend à faire saillie du côté de la cavité buccale ; il demande à être *désinvaginé* par une intervention chirurgicale s'il siège au centre du corps de l'os et s'accompagne de fistules cutanées.

Après l'expulsion du séquestre, l'os se répare en général très vite chez l'enfant, et dans quelques cas (Billroth, Rose, etc.), où les germes dentaires ont été respectés par la nécrose, le nouveau rebord alvéolaire est muni de dents.

Mais livré à lui-même, un séquestre central, s'il n'est extrait, provoque pendant longtemps des poussées inflammatoires à répétition, avec, dans l'intervalle, un écoulement de pus plus ou moins abondant, amenant de la déformation locale et, par sa persistance, des troubles de la santé générale.

b. *Traitement.* — Aussi, dès que le diagnostic de nécrose simple a été porté, le chirurgien doit intervenir pour enlever l'os nécrosé, source permanente de suppuration et obstacle absolu à la guérison.

Deux voies s'offrent à lui : la meilleure est la voie buccale qui, dans la majorité des cas, doit être préférée (Rizzoli), car elle ne laisse pas de cicatrices; mais il faut savoir qu'il est des séquestres qui ne peuvent être extraits que par la voie externe; c'est au clinicien de juger, pour chaque cas, suivant les indications particulières, de quel côté doit être faite l'incision.

2° Nécrose diathésique. — La tuberculose osseuse, si fréquente chez l'enfant, se localise de temps en temps sur les mâchoires et de préférence au massif maxillaire supérieur. Le plus souvent, c'est à l'occasion d'une péri-odontite banale, de

nature nettement inflammatoire, que la tuberculose se manifeste sur l'un des maxillaires ; dans ces cas, l'inflammation « fait son lit » à la tuberculose.

Les sujets sont, en général, des scrofuleux ayant tous les attributs de cette diathèse, ou bien ce sont de véritables tuberculeux présentant d'autres manifestations : abcès froids, gommes cutanées multiples, ostéites, etc.

Dans tous les cas, l'affection évolue insidieusement sans phénomènes bruyants, se traduisant d'abord par une saillie, puis par des trajets fistuleux par lesquels fait issue un pus séreux ou granuleux dont l'aspect et la quantité varient à mesure que des infections secondaires se produisent.

Lorsqu'il existe un séquestre, il n'a pas la résistance et la dureté de celui que l'on trouve dans l'ostéite inflammatoire ; il est mou, ne résonne pas sous le stylet et baigne au milieu d'abondantes fongosités. On lui appliquera le traitement habituel des tuberculoses osseuses : curettages, cautérisations, asepsie, etc.

En général, le diagnostic est facile ; il ne pourrait présenter de difficultés que si la lésion avait débuté par des phénomènes inflammatoires nets à l'occasion d'une lésion dentaire. L'évolution ultérieure, les caractères mêmes de la lésion permettront de différencier ces cas de la nécrose consécutive à une ostéite aiguë franche (ostéomyélite).

3° Autres variétés de nécroses. — Nous ne ferons que signaler : la *nécrose syphilitique* qui se cantonne à peu près exclusivement à la voûte palatine amenant de véritables perforations qui font communiquer, plus ou moins largement, la bouche avec des fosses nasales.

L'*actinomycose* du maxillaire inférieur qui est très rare chez l'enfant ; elle se reconnaîtrait à ses caractères habituels, dont le plus important est la constatation des grains jaunes et de l'*actinomycète* dans le pus.

Il suffit de penser à la possibilité des *nécroses phosphorées* et *arsenicales* qui correspondent à des cas tout à fait exceptionnels pour compléter l'étiologie relativement restreinte de la nécrose des maxillaires dans laquelle, ainsi que nous l'avons déjà dit, la tuberculose a la plus grosse part.

§ 5. — Fractures de la face

Les fractures de la face : fractures du nez, des maxillaires, ont des signes classiques sur lesquels nous n'avons pas à revenir.

On observe quelquefois des fractures de la voûte palatine produites par des corps étrangers de la bouche : elles ne réclament en général aucun soin spécial, sauf l'asepsie buccale pour prévenir l'infection d'une plaie qui presque toujours accompagne la fracture.

Les fractures des maxillaires se réduisent la plupart du temps à des solutions de continuité des bords alvéolaires à la suite de chutes violentes sur le sol ou sur différents objets. Plus rares sont les fractures du corps du maxillaire inférieur.

Ces dernières ne présentent pas en général de gravité, car elles guérissent vite et ne réclament jamais des appareils compliqués. Il suffit de maintenir les parties avec une mentonnière et de veiller à l'asepsie s'il existe une plaie de la bouche.

§ 6. — Abcès rétro-pharyngiens

Les abcès rétro-pharyngiens sont des adéno-phlegmons. Gillette a bien défini cette nature spéciale en indiquant leur point de départ dans les ganglions qu'il a décrits sur les côtés de l'axis et dans les groupes ganglionnaires voisins. Boray (de Budapest) soutient la même opinion, basée sur de très nombreuses observations.

1° Division. — Deux variétés d'abcès rétro-pharyngiens se présentent en clinique : les abcès chauds ou idiopathiques et les abcès froids symptomatiques de la tuberculose vertébrale ou ganglionnaire. Ces derniers ne doivent pas nous occuper, si ce n'est au chapitre du *Diagnostic*.

2° Causes. — Ces abcès sont très communs dans la première enfance, fréquents dans la seconde (0,2 p. 100 des enfants admis à l'hôpital Bokay) ; ils sont également fréquents dans les deux sexes.

Leur origine ganglionnaire explique que toute affection inflammatoire ou suppurative de la bouche, surtout de l'arrière-bouche et des fosses nasales, peut les provoquer et que l'action du froid humide entre pour une large part dans leur étiologie. Au même titre les maladies générales éruptives, la fièvre typhoïde qui déterminent des altérations de la muqueuse pharyngienne et nasale en font partie.

Les maladies générales telles que la scrofule, le rachitisme, la syphilis ont une action incertaine qui n'est soutenue que par des observations peu probantes.

Plus concluante est l'influence des traumatismes de l'arrière-gorge : piqûres, corps étrangers, cathétérisme de l'œsophage, opérations sans asepsie. Mais les abcès d'origine traumatique méritent à peine de rentrer dans la description de l'adéno-plegmon rétro-pharyngien.

3° Anatomie pathologique. — Le point de départ ganglionnaire étant connu, nous devons établir qu'il s'agit d'une collection purulente plus ou moins vaste, le plus souvent nettement limitée, quelquefois diffuse, suivant le genre d'infection produite, qui née sur les côtés du pharynx dans la zone celluleuse périganglionnaire, décolle ses parois et fuse dans les régions voisines. Le volume assez considérable que peut acquérir la collection gêne les organes voisins : gros troncs vasculaires, nerfs ; déplace le larynx ou tend à fermer son orifice supérieur, enfin va comprimer l'œsophage. La suppuration peut s'étendre du côté du cou et apparaître au-devant du sterno-mastoïdien; fuser du côté du médiastin, du larynx, de la trachée ou des bronches en produisant sur ces organes des perforations dangereuses; se répandre même, comme on l'a rarement signalé, dans le canal rachidien. Mais c'est la paroi du pharynx qui heureusement est la plus menacée.

4° Symptômes. — L'aspect que présente un abcès d'origine traumatique n'exige pas de description spéciale. L'inflammation produite par une inoculation directe se propage vite, produit de la douleur, du gonflement, quelquefois du sphacèle. Au surplus, la collection a tous les caractères locaux rencontrés dans l'adéno-phlegmon et l'adéno-phlegmon lui-même peut être la conséquence directe du traumatisme.

Deux périodes sont à considérer dans l'abcès rétro-pharyngien : la période angineuse et la période de tumeur.

a. *Période angineuse.* — Peu ou pas de phénomènes généraux, quelquefois fièvre forte avec agitation ou délire suivant l'âge des enfants, rarement convulsions.

Les troubles fonctionnels et les signes physiques sont plus importants. Comme *troubles fonctionnels*, on observe de la douleur manifestée chez le tout jeune enfant par ses cris, ses plaintes surtout dès qu'il veut prendre le sein... A un âge plus avancé, les petits malades indiquent la souffrance vulgaire de l'angine pendant la déglutition. La voix est aussi modifiée, elle est nasonnée et, d'après l'importance de la poussée inflammatoire, peut prendre le timbre aphone si le larynx est déjà compromis.

La respiration ne tarde pas à être gênée comme elle l'est dans l'angine vulgaire. Le petit sujet respire mal, surtout quand il est couché, et l'on remarque qu'il respire la bouche ouverte à cause de l'obstacle qui s'est développé sur le pharynx et de l'arrière-nez.

Les mouvements de la tête et du cou sont déjà pénibles et l'enfant tient sa tête immobile, un peu renversée de côté et en arrière.

Les signes physiques ne font que corroborer les troubles fonctionnels. Un peu de gonflement en arrière du maxillaire sur le côté du cou, s'étendant quelquefois sous la mâchoire où des ganglions se montrent durs et douloureux. Rougeur ou tuméfaction de l'arrière-gorge sur l'un des côtés ; caractères locaux de l'angine plus ou moins accusés, mais plus spécialement localisés dans l'une des parties latérales.

Il est cependant ordinaire de ne pas voir les deux périodes

nettement tranchées et même d'observer la période angineuse avec des caractères bien moins accusés, de telle sorte qu'après un état de souffrance qui rappelle l'angine simple ou l'adénite cervicale apparaissent tout à coup les vrais caractères de l'adéno-phlegmon qui ne sont que l'exagération de ceux dont l'énumération précède.

b. *Période de tumeur*. — La période de *tumeur* offre en effet des signes fonctionnels souvent très graves qu'on peut ainsi résumer : douleur intense, dyspnée, dysphagie, immobilité de la tête. Ces troubles sont tels que l'ingestion des liquides devient à peu près impossible et qu'ils sont presque aussitôt rejetés par la bouche, que l'asphyxie est souvent menaçante. Leur exagération est du reste en rapport direct avec un âge moins avancé ; les tout jeunes enfants sont ceux qui offrent de cette affection le tableau le plus saisissant : les petites dimensions de l'arrière-gorge en donnent facilement la raison.

L'examen attentif des parties intéressées doit être fait pour établir le diagnostic et le degré de l'affection. Le malade, bien maintenu sur les genoux d'un aide, sa tête solidement fixée par une deuxième personne, on ouvre largement la bouche en abaissant la base de la langue. On voit ainsi un état souvent œdémateux de l'arrière-gorge et sur l'un des côtés, correspondant au gonflement cervical qui ne manque guère et peut être très accentué, une saillie plus foncée que les parties voisines : elle déborde le côté du pharynx dont elle efface le calibre, ou descend derrière le voile du palais, ou bien paraît remonter comme si elle était développée de bas en haut, derrière le pharynx (abcès supérieurs, moyens et inférieurs de Gillette). La coloration peut être jaunâtre ou moins rouge au centre, ce qui indique la formation du pus et la perforation prochaine de la muqueuse. Le doigt introduit vite, mais sans violence, trouve la tumeur et par une sensation de choc en retour constate la fluctuation : en maintenant l'autre main au dehors sur la tuméfaction cervicale, on pourra dans quelques circonstances reconnaître par la fluctuation l'existence d'une vaste collection qui s'étend ainsi des côtés du cou à l'arrière-gorge.

La tumeur n'est pas toujours aussi limitée, la paroi pharyngienne entière peut être soulevée, décollée et le larynx, dont l'orifice supérieur est comprimé et œdémateux (œdème des replis arythéno-épiglottiques) est quelquefois poussé en avant et comme immobilisé.

5° **Marche et complications**. — Le volume de l'abcès peut à lui seul constituer une redoutable complication ; mais signalons encore la fusée du pus du côté du médiastin, du poumon, de la trachée et des bronches.

Les abcès rétropharyngiens se développent souvent avec rapidité et provoquent des phénomènes généraux sérieux ; dans d'autres circonstances ils se forment sans réaction vive, sans phénomènes locaux bien intenses et tout à coup manifestent leur présence par une vive dyspnée.

6° **Diagnostic**. — Penser aux affections qui pourraient être confondues avec eux, c'est établir vite le diagnostic de ces phlegmons : végétations adénoïdes, angine simple, œdème de la glotte, spasme de la glotte. Encore faut-il être prévenu que spasme et œdème peuvent compliquer cette maladie. Nous avons vu dernièrement un enfant de quatre ans succomber à l'œdème au cours d'un phlegmon juxtapharyngien. Le croup et la laryngite striduleuse ne doivent pas être oubliés.

Quant aux abcès ossifluents, ils ne seront pas méconnus ; tous les symptômes du mal cervical ne manquent jamais d'éveiller l'attention d'un praticien attentif.

7° **Traitement**. — Le traitement est surtout chirurgical. Le traitement médical, très simple, ne sert qu'à calmer le malade avec les fomentations froides dès le début, qui peuvent quelquefois obtenir la résolution, plus tard avec les fomentations tièdes qui hâtent la formation du pus.

L'adéno-phlegmon aigu aboutit à la suppuration et constitue une grave affection qu'il faut surveiller dès le début en raison de cette gravité (4 p. 100 de morts) et de la nécessité de débrider le pus avant qu'il ne fasse des ravages dans les régions voisines.

L'incision par la bouche avec un pharyngotome ou simplement au bistouri, dont la pointe seule est libre, paraît la meilleure méthode dès qu'on soupçonne la présence du pus.

L'incision extérieure sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien est indiquée dans les cas où le pus a fusé en dehors et constitue là une collection importante.

Dans les deux cas il faut avoir soin de faire des ouvertures assez larges pour prévenir la récidive ou la stagnation du pus et ses conséquences.

On agira vite, car les abcès rétropharyngiens n'ont que très peu de tendance à s'ouvrir spontanément. Attendre qu'une très vaste collection se soit formée, c'est s'exposer à débrider une collection qui peut faire avec violence irruption dans les voies respiratoires et déterminer l'asphyxie immédiate. Pratiquer une incision trop petite, c'est déterminer une issue incomplète du pus et appeler des récidives; mais dans le cas où la récidive se produirait, il serait nécessaire d'élargir avec la sonde cannelée ou un stylet le trajet oblitéré ou de faire de suite une nouvelle incision.

Avec des soins réguliers, on aura rarement l'occasion de faire la trachéotomie, qui cependant peut devenir indispensable quand se produisent de l'œdème glottique ou de la compression.

§ 7. — Torticolis

Le torticolis est une attitude vicieuse, permanente ou passagère, de la tête et du cou. C'est un symptôme qui peut être l'expression d'affections différentes ayant leur point de départ dans les divers tissus qui entrent en jeu, au double point de vue anatomique et physiologique, dans la statique de la région.

C'est ainsi qu'on devrait distinguer des torticolis cutanés, musculaires, osseux, articulaires et des torticolis d'ordre purement fonctionnel ou nerveux.

Mais si cette division paraît logique, elle ne saurait être suivie dans un livre de didactique où les types cliniques les plus

fréquents doivent surtout être décrits et mis en évidence. Et cette remarque est d'autant plus juste qu'en pratique le mot torticolis, lorsqu'il n'est suivi d'aucune épithète, s'applique à un tableau symptomatique bien précis : aux torticolis d'origine musculaire.

Renvoyant donc la description succincte des formes exceptionnelles au diagnostic, nous décrirons le torticolis vulgaire ou torticolis musculaire qui revêt deux formes distinctes : la forme aiguë et la forme chronique.

A) Torticolis musculaire aigu

1° Étiologie. — Le torticolis aigu, relativement assez fréquent chez les enfants de souche arthritique, survient, le plus souvent, sans cause appréciable ou après un refroidissement; aussi lui a-t-on donné le nom de torticolis aigu idiopathique ou rhumatismal. Il est bon de savoir cependant que certaines causes occasionnelles peuvent amener le même cortège symptomatique; qu'une attitude vicieuse un peu prolongée, un mouvement trop brusque, un traumatisme, une plaie du voisinage, une adénite inflammatoire, une angine, etc., etc., sont susceptibles chez un sujet prédisposé de produire le torticolis aigu et de lui donner une expression d'autant plus vive et rapide qu'il s'agit d'un sujet nerveux.

2° Symptômes. — Ce qui le caractérise au point de vue clinique, c'est l'apparition soudaine et brusque d'une contracture douloureuse persistante, localisée, le plus souvent, dans le sterno-mastoïdien d'un côté, mais pouvant atteindre simultanément ou séparément les autres muscles du cou et de la nuque, le trapèze en particulier. On conçoit que la forme de la déviation changera de caractère, suivant que le processus pathologique se localisera à un seul muscle ou s'étendra à plusieurs groupes musculaires.

Dans le cas le plus fréquent où le sterno-mastoïdien est seul en cause, on voit la tête inclinée sur l'épaule du côté malade, tandis que la face, légèrement angoissée par la dou-