

l'extérieur on ne tarde pas à apercevoir un œdème collatéral dur et une infiltration diffuse qui gagne de proche en proche toute l'épaisseur de la joue. Cette gangrène se propage rapidement. Si dans le principe la muqueuse présente dans l'étendue d'un centime à peine, une coloration d'un vert sale, bientôt une vaste destruction gangréneuse s'empare de toute la joue et des parties avoisinantes. Des lambeaux sphacelés de tissu cellulaire se détachent et une sanie putride s'épanche constamment dans la cavité buccale. L'œdème collatéral finit par s'étendre à toute la moitié correspondante de la face. Les ganglions lymphatiques voisins sont toujours fortement engorgés.

En même temps la *fièvre* fait rarement défaut, elle peut monter jusqu'à 40°,0 et au delà. Il est remarquable qu'au début l'état général résiste quelque temps, mais graduellement se déclare un profond affaiblissement, quelquefois aussi un état septicémique de tout l'organisme (fièvre, hébétude, délire, etc.). Souvent il se forme, à la suite de l'aspiration de particules mortifiées, des pneumonies lobulaires à caractère *gangréneux*. La déglutition de la sanie grisâtre provoque souvent un *dévoisement* intense et infect. Les *malaises locaux* mis en regard de la gravité de l'affection ne sont la plupart du temps pas très accusés. C'est ainsi qu'il y a quelquefois absence complète de douleur.

L'*issue* du noma est presque toujours mortelle. La *mort* arrive, tantôt avec les symptômes d'un collapsus subit, tantôt par l'aggravation progressive de l'état général, après 2 à 4 semaines de maladie. Ce n'est que par exception qu'on a observé des cas de *guérison*. La gangrène se délimite, les parties mortifiées s'éliminent et la guérison finit par se faire à la longue, à la faveur d'une énorme cicatrice qui défigure horriblement.

Le *traitement* du noma doit viser avant tout à mettre un terme aux progrès de la gangrène en séparant tous les tissus déjà nécrosés. On n'y parvient guère par la cautérisation locale avec l'acide chlorhydrique concentré ou l'acide nitrique fumant, la pierre infernale, le perchlorure de fer, etc. Il serait de beaucoup préférable d'enlever toute la partie mortifiée au moyen du thermocautère de PAQUELIN. Ce n'est qu'à la première période qu'on pourrait se promettre de réussir par cette méthode. Mais quand le noma est avancé, ce remède ne sert plus à grande chose.

Indépendamment du traitement local, il faut avoir soin de désinfecter soigneusement la cavité de la bouche. A cet effet, il n'y a rien de plus efficace que de rincer la bouche avec de l'eau salicylée, de l'eau phéniquée ou l'hypermanganate de potasse, et d'y saupoudrer de l'iodoforme. Il faut veiller autant que possible à maintenir les forces du malade.

## CHAPITRE SEPTIÈME.

### PAROTIDITE.

(Oreillon, Ourles, Giffles.)

L'inflammation de la glande parotide, la *parotidite*, se déclare sous forme de maladie infectieuse spéciale, primitive d'origine, le plus souvent de nature épidémique, et puis comme complication secondaire au cours de beaucoup d'autres affections graves. Chacune de ces parotidites demande une description particulière.

1. **Parotidite idiopathique primitive.** *Oreillons épidémiques, fièvre oreillaire.*

*Étiologie.* Cette maladie paraît de loin en loin à l'état d'épidémies qui prennent parfois une assez grande extension. On rencontre aussi par-ci par-là des cas sporadiques. Ce sont les enfants et les jeunes gens qui sont le plus souvent atteints. Il n'y a que les enfants à la mamelle ainsi que les vieillards qui présentent à l'endroit de cette affection une remarquable immunité. Les hommes y sont notablement plus enclins que les femmes.

Il est incontestable que les oreillons appartiennent à la classe des maladies infectieuses spécifiques. Cependant on ne connaît encore rien de précis sur la nature de l'agent d'infection. En tout cas il est à présumer que la matière infectieuse passe de la bouche dans la parotide par le conduit de STÉNON.

Des observations nombreuses tendent à faire croire à la *contagiosité* directe de la maladie. La *période d'incubation* ne paraît pas être d'une longueur constante. En moyenne elle est de 14 jours environ.

**Symptômes et marche.** Quelquefois après un *stade prodromique* de 1 à 2 jours, marqué par quelques manifestations fébriles légères, une infiltration d'une des glandes parotides annonce le début de la maladie. Le gonflement apparaît exactement au devant et au-dessous du lobule de l'oreille, lequel s'écarte de plus en plus de la tête. Les jours qui suivent, l'enflure s'accroît rapidement et, grâce à l'œdème collatéral de la joue et du plancher buccal, peut atteindre des proportions excessives. Alors les traits de la face sont considérablement altérés et, l'affection étant d'ailleurs exempte de danger, la physionomie paraît tellement comique qu'on lui a appliqué plusieurs sobriquets populaires. Plus tard la parotide du côté opposé s'entreprend fréquemment à son tour.

La terminaison par suppuration n'a presque jamais lieu dans l'oreillon véritable. La boursouffure n'acquiert que rarement non plus une grande dureté. D'ordinaire elle garde une consistance quelque peu pâteuse. La peau qui la recouvre est communément pâle et luisante. Outre la parotide,

la *glande salivaire sous-maxillaire* se gonfle aussi quelquefois d'un ou des deux côtés. PENZOLDT a observé des fluxions des glandes sous-maxillaires et sublinguales sans parotidite concomitante. Nous avons vu nous-même le gonflement de la glande sous-maxillaire devancer la parotidite.

Les *malaises subjectifs* sont d'ordinaire modérés. Ils consistent en une gêne de la mastication, de la déglutition et de la parole. Souvent une stomatite intense avec grande fétidité de l'haleine vient s'y ajouter.

La *fièvre* fait souvent entièrement défaut. Quelquefois on a constaté de légères ascensions thermiques dépassant rarement 39°. On n'a signalé que des cas isolés au cours desquels se développa un état général typhique grave.

Parmi les *complications*, mentionnons, comme se présentant assez fréquemment chez l'homme, une *fluxion testiculaire unilatérale* qui peut occasionner d'assez vives douleurs, mais qui se résout presque toujours dans l'espace de quelques jours. Il est rare que l'orchite soit bilatérale. Chez les garçons cette complication est beaucoup moins fréquente que chez les adultes. Les mouvements fluxionnaires de même nature que quelques observateurs ont signalés dans les organes génitaux de la femme et dans la glande mammaire, sont considérés comme problématiques.

La *marche* de la parotidite épidémique est, comme il a été dit, presque constamment favorable. Après 1 à 1 ½ semaine environ, rarement plus longtemps, le gonflement se dissipe et la guérison complète s'établit.

Le *diagnostic* de la maladie ne souffre pas de difficulté. Tout au plus pourrait-on la confondre avec une adénite ganglionnaire qui n'occupe d'ailleurs jamais la même place que la parotide.

Il n'y a pas lieu à un *traitement* spécial. Les enfants doivent être tenus au lit. Localement, en vue de diminuer la tension, on emploiera un onguent (vaseline). Si la résolution se fait attendre, on badigeonne la tuméfaction avec du collodion iodoformé (1 : 15), de la teinture d'iode, ou bien on prescrit un onguent à l'iodoforme (1 : 15). Quand l'orchite se déclare, on soutiendra le testicule (au besoin au moyen d'un suspensoir). Quand la douleur et le gonflement sont intenses, on y appliquera une vessie de glace.

2. **Parotidite secondaire** (*parotidite métastatique*). La parotidite secondaire peut compliquer *toutes les affections graves*. Elle est provoquée d'ordinaire par des agents inflammatoires dérivant du détritux putréfié de la cavité buccale, qui pénètrent dans la parotide par le conduit de STÉNON. On ignore si l'infection, en certaines circonstances, ne s'opère pas par l'entremise des vaisseaux sanguins (parotidite métastatique), quoique cette manière de voir fût généralement reçue autrefois. Il n'y a que la parotidite pyémique qui quelquefois naisse probablement de cette manière. On observe

le plus fréquemment cette parotidite secondaire au cours du typhus, puis de toutes les autres maladies aiguës graves, chez les phthisiques sévèrement atteints, les cancéreux, etc.

Le gonflement de la parotide se manifeste de la même façon que dans l'oreillon primitif. Seulement il atteint beaucoup plus souvent un haut degré et passe, dans la plupart des cas, à la *suppuration*. Si l'on a l'occasion d'examiner anatomiquement dans ses premières phases cette parotidite secondaire, on trouve la glande infiltrée et parsemée d'une multitude de petits foyers purulents, encore distincts les uns des autres. Ces foyers en se fusionnant finissent par former un vaste abcès qui d'ordinaire s'ouvre au dehors ou dans le conduit auditif externe. Parfois aussi la parotidite passe à la gangrène, ce qui donne lieu à l'élimination de larges lambeaux de tissu sphacelé. Quand dans cette occurrence la guérison s'effectue quand même, elle laisse le plus souvent après elle de profondes pertes de substance, la paralysie faciale (par destruction du nerf facial) ou la surdité (par communication de l'inflammation à l'oreille moyenne).

Le *traitement* de la parotidite secondaire est le même que celui de toutes les inflammations phlegmoneuses. Au début on peut essayer de résoudre la tumeur par l'application de la glace, l'onguent à l'iodoforme, etc. ce qui d'ordinaire ne réussit pas. Dès qu'on voit poindre la fluctuation, il faut inciser et pratiquer le drainage. Le pronostic ultérieur dépend donc avant tout de la nature et de la marche de la maladie fondamentale.

## CHAPITRE HUITIÈME.

### ANGINE DE LUDWIG.

On désigne sous le nom d'*angine de LUDWIG*, une *inflammation phlegmoneuse* qui dans des circonstances assez rares atteint le *plancher de la cavité buccale*. Le point de départ de l'affection paraît être la glande sous-maxillaire, au moins dans la plupart des cas. Cette maladie peut être primitive, ou exceptionnellement se montrer à titre secondaire au cours d'autres maladies graves.

L'*angine de LUDWIG* commence le plus souvent par une infiltration qui envahit la sphère d'une des glandes sous-maxillaires. Le gonflement s'accroît rapidement et s'étend au plancher tout entier de la bouche et à la région antérieure du cou. Les malaises qui en résultent sont très considérables. La parole, la mastication et la déglutition sont presque rendues impossibles. En même temps il y a de la *fièvre* et parfois même un *état général septique grave*. Souvent, soit par la compression du larynx, soit par l'œdème de la