

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



glotte, il existe une dyspnée intense. Les parties molles finissent parfois par tomber en gangrène dans une vaste étendue (c'est l'*esquinancie gangréneuse*). Dans d'autres cas, au contraire, il se forme un abcès qui s'ouvre à l'extérieur ou dans la cavité buccale. La terminaison par résolution a lieu également, mais elle est rare.

Le *pronostic* doit toujours être posé avec réserve, attendu que quelquefois, surtout chez les personnes affaiblies antérieurement, la mort arrive précédée de symptômes généraux graves. On observe aussi des phases successives d'aggravation et des rechutes.

*Traitement.* Au début on peut, dans des cas appropriés, tenter d'enrayer le processus par une émission sanguine locale et par l'application de la glace. Mais du moment que la suppuration ou la gangrène s'est déclarée, la maladie doit être traitée d'après les règles chirurgicales généralement en usage. Dans quelques cas on doit pratiquer la trachéotomie pour prévenir la suffocation.

## CHAPITRE NEUVIÈME. ANOMALIES DE LA DENTITION.

(Dentition difficile.)

En présence de l'importance du rôle que joue l'évolution dentaire dans la pathologie de l'enfance, nous croyons devoir y consacrer une courte description.

L'éruption des premières dents de lait se fait communément entre le 7<sup>e</sup> et le 9<sup>e</sup> mois, parfois cependant un peu plus tôt ou plus tard. Ce sont le plus souvent les deux incisives médianes inférieures qui apparaissent en premier lieu. Quelques semaines après, on voit suivre les deux incisives médianes supérieures, puis les incisives latérales supérieures. Au commencement de la deuxième année, se montrent les incisives latérales inférieures et presque en même temps les quatre molaires antérieures. L'éruption des quatre canines ou dents œillères et enfin celle des quatre molaires postérieures coïncide avec la seconde moitié de la seconde année. Donc à la fin de la seconde ou au commencement de la troisième année, la *première dentition* est parvenue à son terme par l'évolution complète des vingt dents de lait. Le schéma ci-contre, imaginé par VOGEL (voyez fig. 33) représente la formule dentaire de la première dentition ou le percement successif de toutes les dents de lait. Le remplacement des dents de lait par les dents permanentes commence d'ordinaire avec la cinquième ou la sixième année, c'est la *seconde dentition*. Le terme de « dentition difficile » implique communément des anomalies qui se rapportent à la *première dentition*.

La *dentition* est quelquefois notablement *en retard* chez les enfants débiles, surtout chez ceux qui sont atteints de *rachitisme*. Il arrive alors que le processus de l'évolution dentaire n'est achevé qu'à la fin de la troisième année.

D'autre part on voit par-ci par-là des dents apparaître de très bonne heure et même être congénitales. Si une dent d'une précocité extraordinaire ne tient que lâchement dans le bourrelet gingival, on l'enlèvera avec une pince pour l'empêcher de troubler la succion et de léser la muqueuse. Si au contraire elle est fermement implantée, on la laissera en place.

Tout enfant qui est en train de faire des dents, présente une injection vive qu'à l'ordinaire de la muqueuse buccale et accuse une augmentation de la sécrétion salivaire. Il éprouve évidemment du prurit dans la bouche et par suite un besoin continuel de mordiller. Cet état ne devient anormal qu'au moment où ce simple catarrhe de la bouche qu'accompagne parfois un léger mouvement fébrile, passe à une forme plus accentuée de *stomatite* et quand le muguet vient s'y ajouter. Ces diverses affections doivent alors être traitées d'après les règles énoncées plus haut.

Les *maladies de l'estomac et des intestins* qui chez les enfants compliquent si souvent l'évolution dentaire, dépendent de l'abondance de la salivation et de la masse de salive avalée dans laquelle se développent à l'aise de nombreux processus de décomposition. La plupart des enfants ont de

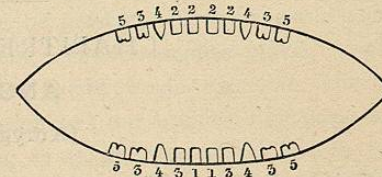


Fig. 33.

temps en temps un peu de diarrhée au cours de la dentition. En tout cas, l'alimentation pendant cette période et les symptômes gastro-intestinaux quelque peu intenses qui s'associent à l'évolution dentaire, réclament une attention spéciale. — L'expérience nous dit également qu'il existe une prédisposition plus marquée à la bronchite commune et *capillaire*, à la *pneumonie catarrhale* etc., chez les enfants qui font des dents.

Des troubles du côté du système nerveux, surtout l'apparition subite d'*accès éclamptiques* (convulsions dentaires), sont parfois en rapport avec le processus de la dentition. Quoique le préjugé populaire aille certainement trop loin en mettant tous les désordres nerveux possibles sur le compte des dents, il n'en est pas moins vrai, d'après l'opinion des médecins d'enfants les plus autorisés, que cette corrélation n'est pas à rejeter à priori dans tous les cas. Une partie des convulsions qui se produisent dans ces circonstances peuvent en réalité être considérées comme des *convulsions d'ordre réflexe* (v. le chapitre des convulsions des enfants, t. II).

Le percement des dents canines supérieures (dents œillères) entraîne