

actuellement guérie par l'injection iodée (1). — Le 14 janvier, on amena à l'hôpital Saint-Antoine un jeune enfant, alors âgé de deux mois. Il avait été présenté à l'hôpital des Cliniques, à Paul Dubois, qui reconnut la nature de l'affection, mais qui se vit dans la nécessité de ne pas l'admettre dans ses salles, à cause du petit nombre des nourrices affectées au service des enfants nés dans cet hôpital.

L'enfant, chétif, d'une débilité extrême, offrait, au niveau de la région sacrée, une tumeur grosse comme un œuf de poule, allongée dans le sens vertical, très-mobile, légèrement pédiculée, ayant l'aspect d'un kyste; elle était fluctuante, transparente; la peau, très-amincie, avait néanmoins l'aspect de la peau ordinaire. Pendant les efforts que faisait l'enfant pour crier, la tumeur devenait excessivement tendue, à un tel point même, que l'on pouvait craindre une rupture vers le point de la peau le plus aminci. Quand l'effort cessait, la tumeur paraissait moins tendue, la pression exercée sur elle déterminait des mouvements convulsifs des membres inférieurs.

M. Chassaignac, en raison de la gravité du mal, qui menaçait la vie de cet enfant, et rendait la mort imminente, se décida à tenter la cure radicale à l'aide d'une injection iodée.

Il fit d'abord une ponction avec le trocart ordinaire. Il sortit environ deux cuillerées d'un liquide limpide citrin. Quand la poche fut ainsi vidée, il reconnut le point probable de communication de cette poche avec la cavité rachidienne; et appliquant sur ce lieu le pouce, il fit une injection composée d'eau et de teinture d'iode à parties égales. Il laissa pendant une minute ce liquide en contact avec la surface interne du foyer, puis le fit sortir aussi complètement que possible, et appliqua un pansement compressif à l'aide de bandelettes de diachylon.

L'opération fut très-bien supportée: il n'y eut aucun mouvement convulsif immédiatement. L'enfant fut ensuite emmené en dehors de l'hôpital, et l'on suivit peu la marche de la maladie. On dit qu'il y eut à plusieurs reprises des convulsions. Les symptômes revêtirent une forme tellement grave, que l'état du malade paraissait désespéré. Dès le lendemain, la tumeur avait repris son volume primitif.

Pendant quinze jours, elle resta ainsi volumineuse, puis elle changea d'aspect; elle diminua insensiblement. On constata alors que sur divers points des parois, on pouvait faire sortir comme des plaques indurées.

Enfin, la tumeur disparut, mais lentement; au bout de trois semaines elle était toute flétrie, il ne restait qu'une petite saillie indolore, formée de peau plissée comme une vieille pomme conservée. On sentait en son centre le lieu où existait la division du sacrum. La santé générale de l'enfant s'améliora considérablement, car il prit beaucoup d'embonpoint. Les mouvements des membres étaient faciles; tout, en un mot, autorisa à considérer la guérison comme parfaite.

M. Viard (2) a représenté (fig. 10 et 11) l'état des cicatrices d'un spina-bifida traité par l'injection d'une solution iodée.

Avant d'entreprendre le traitement si difficile de ce genre de tumeur, il est bon de connaître toutes les circonstances qui peuvent en assurer le succès, et on peut opérer :

1° Si l'enfant paraît, du reste, bien constitué, et que la tumeur soit unique; 2° si la tumeur est pédiculée; 3° si la peau qui revêt la tumeur est complètement formée et qu'elle ne soit pas ulcérée, et si à travers la peau on reconnaît une transparence uniforme de la tumeur; 4° si la pression exercée sur tous les points de la tumeur ne détermine que peu ou point de douleur; 5° si les mouvements imprimés à la tumeur sont indolores; 6° quand la fluctuation se perçoit inégalement et qu'elle arrive d'une manière plus médiante au doigt de l'observateur, si l'on cherche à la reconnaître au sommet de la tumeur; 7° Si la tumeur est simple et ne renferme pas dans son intérieur une expansion de la moelle ou des nerfs. En résumé, toutes les opérations de l'hydrorachis offrent de grands dangers et de grandes difficultés.

(1) Viard, *Bulletin de thérapeutique*, 1860, t. LIV, p. 444.

(2) Chassaignac, *Gazette des hôpitaux*, 1851.

Elles amènent ordinairement l'inflammation aiguë de la poche, et bientôt après, la méningite rachidienne, comme l'a très-honorablement déclaré M. Guersant, d'après

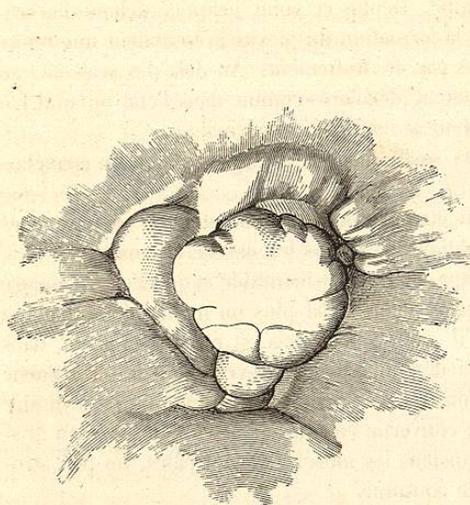


FIG. 10. — Cicatrice du spina-bifida, vue de face. (Viard.)



FIG. 11. — Cicatrice du spina-bifida, vue de profil. (Viard.)

les résultats de vingt-cinq opérations qu'il a faites. Vingt-quatre fois la mort par méningite a été la conséquence de cette redoutable complication.

CHAPITRE XII

HÉMIPLÉGIE FACIALE

Chez les enfants, il y a l'hémiplégie faciale des nouveau-nés et l'hémiplégie faciale de la seconde enfance.

La paralysie faciale des nouveau-nés est une affection de la septième paire, causée par l'action compressive du forceps, ou par une contusion de la face contre une partie saillante des os du bassin.

Smellie, Paul Dubois, Danyau, Landouzy, Vernois et Jacquemier en ont rencontré de nombreux exemples.

La paralysie faciale des nouveau-nés n'est pas toujours facile à reconnaître, car elle entraîne peu de difformités. Au repos, la symétrie du visage est à peine altérée, et l'œil entr'ouvert semble être le seul caractère de cette maladie. Il n'en est plus de même au moment des cris de l'enfant. Les traits sont bouleversés, la commissure des lèvres est entraînée du côté sain et la succion fort difficile. Cependant la paralysie ne tarde pas à se dissiper, et elle disparaît ordinairement au bout d'un temps qui varie entre deux jours et six semaines.

La luette et la langue ne sont pas atteintes par la paralysie (Landouzy) et la sensibilité leur est conservée.

Cette paralysie n'a encore été observée que sur un côté de la face; peut-être un jour la verra-t-on occuper les deux côtés: ce n'est pas impossible, puisque déjà Smellie l'a vue s'étendre aux deux membres supérieurs. Danyau (1) a vu aussi un

(1) Danyau, *Union médicale*, 1851.

fait très-curieux dans lequel, avec la paralysie de la face, il a observé la paralysie dans le bras du même côté, et cette paralysie était due à un épanchement de sang autour du plexus brachial à son origine. Depuis ce point jusqu'en dehors des scalènes, les branches qui concourent à la formation du plexus présentaient une teinte sanguinolente qui ne disparaissait pas par le frottement. Au delà des scalènes, au niveau du creux axillaire, les nerfs étaient décolorés comme dans l'état normal. Le tissu nerveux présentait du reste partout sa constitution normale.

Le nerf facial présentait aussi à sa sortie du trou stylo-mastoïdien un épanchement sanguin.

Évidemment, ici, la paralysie a dû être causée par la compression des branches du forceps, comme d'ailleurs cela s'obtient dans tous les cas de ce genre.

Si la paralysie dure depuis longtemps, ou devient incurable et que l'enfant meure d'une maladie intercurrente, on trouve le nerf facial plus ou moins altéré dans sa structure ainsi que les muscles qu'il anime, mais cela est rare. — J'ai vu, dans deux cas, le nerf de la septième paire dépouillé de son névrième grisâtre à partir du trou stylo-mastoïdien. — Une fois il était demi-transparent. — Le cylindre d'axe avait disparu et la myéline était convertie en gouttelettes huileuses et en granulations très-fines. Sur un cas très-ancien, les muscles étaient pâles, un peu atrophiés et moins nettement striés que de coutume.

L'hémiplégie faciale des nouveau-nés produite par le forceps se termine ordinairement assez vite par une guérison entière, si la compression n'a pas été trop forte et il faut seulement coucher l'enfant sur le côté non paralysé, garantir de la lumière l'œil qui ne ferme pas, et employer le hiberon si l'enfant ne saisit pas bien le mamelon de sa nourrice.

Quand la paralysie se prolonge, il faut frictionner la peau avec des liniments excitants, donner des douches de vapeur d'eau, diriger des fumigations émollientes, appliquer de petits vésicatoires volants sur la face au niveau du nerf facial, et employer la galvanisation.

Hémiplégie faciale de la seconde enfance. — Chez les enfants plus âgés, l'hémiplégie faciale est le symptôme d'une méningite aiguë ou d'une affection chronique du cerveau. Dans quelques cas, il n'y a que de l'otite chronique, suppuration de la caisse, avec carie du rocher, destruction du nerf de la septième paire constituant une maladie locale, étrangère au cerveau et ne pénétrant pas dans le crâne. J'en reparlerai un peu plus loin.

J'ai vu plusieurs faits de ce genre: entre autres, un qui est relatif à un enfant de deux ans. Pendant huit jours cet enfant avait eu, un mois avant, de la fièvre, de la somnolence, des vomissements et de la constipation; puis tous ces accidents avaient disparu en laissant une hémiplégie faciale. Comme il n'y avait eu ni contusion, ni otorrhée, il m'a semblé que cette hémiplégie devait résulter d'une méningite avortée ou pseudo-méningite. (*Voy. ce mot.*)

CHAPITRE XIII

PARALYSIE DU DELTOÏDE

La paralysie du deltoïde, entraînant la paralysie du bras, est une maladie accidentelle assez rare. Jacquemier en a rapporté un exemple (1).

OBSERVATION I. — Un enfant fort et bien constitué, né après un travail assez long et assez pénible, offrit aux personnes chargées de le soigner une différence entre les

(1) Jacquemier, *Manuel des accouchements*. Paris, 1846.

deux membres supérieurs. Les deux bras étaient également développés, mais le droit était comme pendant et se tenait rapproché du tronc; le moignon de l'épaule paraissait un peu affaissé et moins arrondi. Le bras soulevé retombait inerte, par contraste avec le membre opposé. Les mouvements de la main, de l'avant-bras, s'exerçaient librement, mais sans que le bras y prit part autrement qu'en se portant un peu en avant ou en arrière.

Un instant Jacquemier crut voir dans cette paralysie du deltoïde une affection congénitale; mais il changea bientôt d'opinion, d'après la marche de la maladie qui disparut complètement au bout de vingt jours. Il considéra cet accident du travail de parturition comme fortuit, et l'attribua à la compression du nerf axillaire contre l'humérus, dans le point où il s'accrole à la face profonde du muscle deltoïde.

Cette explication est juste et s'applique encore mieux à l'exemple que j'ai observé en 1864.

OBSERVATION II. — Dans la famille D..., M. le docteur Caron amena au monde, à l'aide du forceps, une enfant que l'on crut morte pendant une heure. Sa tête était aplatie par le forceps et portait sur le front les traces d'une pression qui persistèrent quelques mois. Une fois rappelée à la vie, elle était paralysée du deltoïde gauche, et son bras était immobile. — Je lui prescrivis l'électrisation et des frictions stimulantes, ce qui fut fait et ce qui amena la guérison au bout de trois mois, sans laisser d'atrophie.

J'ai revu l'enfant à l'âge de trois ans et elle n'a aucun trouble du mouvement ni de l'intelligence.

Le docteur Polaillon en a cité un cas semblable.

OBSERVATION III. — *Paralysie du bras gauche chez un nouveau-né.* Un enfant mâle, né le 8 janvier à la maternité de Cochin, présentait une paralysie complète du membre supérieur gauche. Cet enfant, très-bien conformé et très-vigoureux, mouvait avec énergie ses autres membres, mais le bras droit restait immobile, et lorsqu'on le soulevait, il retombait inerte le long du corps. La coloration du membre paralysé était semblable à celle du côté sain, la température, appréciée avec la main de l'observateur (sans avoir employé un thermomètre), ne présentait pas de modification, et la sensibilité cutanée paraissait diminuée, mais n'était pas complètement abolie.

L'accouchement avait été naturel. La mère, âgée de vingt-trois ans, petite, mais avec un bassin bien conformé, mettait au monde pour la seconde fois. Il n'y avait eu, pendant le travail, aucune traction, aucune manœuvre obstétricale. A un examen minutieux, je ne trouvais sur le corps de cet enfant aucune trace de violence, et en particulier le bras et la partie latérale droite du cou ne présentaient aucune ecchymose ni aucun gonflement. Il n'y avait pas non plus une luxation de l'épaule, qui aurait pu expliquer la distension des nerfs du plexus brachial, et la paralysie consécutive. Cependant cette paralysie a eu, dans mon opinion, une origine traumatique; l'enfant dont il s'agit était très-volumineux, il pesait *neuf livres*; la tête s'est dégagée dans la position occipito-iliaque gauche antérieure; mais en raison de l'étendue du diamètre des épaules, l'épaule postérieure, c'est-à-dire la gauche, n'a pu se dégager qu'après une compression, qui a dû être considérable, au niveau de la partie latérale gauche du cou. Je pense donc que le plexus brachial a été comprimé, et que cette compression, qui n'a pas laissé de trace, a été la cause de la paralysie du bras gauche. Chose remarquable, c'est qu'en interrogeant la mère, elle nous apprit que son premier né était venu au monde avec une paralysie semblable, mais au bras droit.

Dans ce cas, comme dans celui que nous avons eu sous les yeux, la paralysie a été passagère. En effet, vers le troisième jour, l'enfant put exécuter quelques légers mouvements spontanés. Peu à peu, ces mouvements ont acquis plus d'amplitude. Lorsque la mère a voulu sortir de la Maternité, dix jours après l'accouchement, nous avons constaté que la paralysie avait disparu, mais que les mouvements n'avaient pas encore acquis tout à fait la même force que celle qu'ils avaient du côté droit.

A un âge plus avancé, la paralysie du deltoïde s'observe quelquefois comme affection rhumatismale et comme paralysie myogénique (voy. ce mot), ou paralysie essentielle de l'enfance. Elle vient subitement dans le jour ou pendant le sommeil, et ce bras reste inerte, ne conservant que les mouvements antérieurs et postérieurs, ainsi que ceux de l'avant-bras et de la main ou des doigts. — La contractilité électrique a aussitôt disparu, et ce mal dure longtemps. Si le muscle s'altère et devient graisseux, il y a tout lieu de craindre l'incurabilité, mais si la contractilité reparaît, alors la guérison peut avoir lieu. — Elle se produit au bout de un à six mois.

Traitement. — Les frictions stimulantes, le massage, les douches de vapeur et l'électrisation par courants continus, sont ce qu'il y a de mieux à employer. — J'ai vu de nombreux faits de cette forme de paralysie qui se sont ainsi terminés heureusement, et l'un d'eux a été particulièrement l'objet de mon attention, car il s'est passé dans ma famille sur un de mes enfants.

CHAPITRE XIV

SPASME DE LA GLOTTE, OU PHRÉNO-GLOTTISME

Le spasme de la glotte, ou phréno-glottisme, est une affection convulsive et intermittente du diaphragme, caractérisée par de courts accès de suffocation revenant à des intervalles fort variables.

C'est la maladie signalée en 1813 par Hamilton et qu'on appelle quelquefois si faussement *goître des nouveau-nés* (Betz), *asthme thymique*, en raison de la croyance qu'on a eue de l'attribuer à l'hypertrophie du thymus, *asthme de Kopp*, du nom d'un de ses observateurs, *asthme laryngé*, *asthme infantile*, *croup cérébral*, etc. Quoique la dénomination de *spasme de la glotte* ait été adoptée par Hérard, je n'ai pu l'accepter, parce qu'elle a l'inconvénient de désigner un phénomène de la coqueluche, du faux croup, de l'hystérie, ou un accident de ceux qui avalent de travers, et qu'elle ne représente pas exactement la maladie distincte et spéciale que je vais décrire. En effet, elle offre à observer un *spasme de la glotte et du diaphragme réunis*, tandis que le spasme de la glotte isolée est le caractère pathognomonique du faux croup, ou laryngite striduleuse, maladie essentiellement différente.

Causes. — Le spasme de la glotte, ou phréno-glottisme, est une maladie des nouveau-nés et de la première enfance qui s'observe surtout entre deux et seize mois. Beau et Bacquias (1) disent l'avoir observé chez des adultes et chez des vieillards, mais ce sont des erreurs de diagnostic; et l'un des cas de mort subite rapporté par Beau à un spasme de la glotte peut aussi s'expliquer par une embolie restée inaperçue. Elle est deux fois plus fréquente chez les garçons que chez les filles, et attaque les sujets nerveux, faibles ou rachitiques, plutôt que les sujets forts et vigoureux.

Kopp, Millar, de Betz, l'attribuent à l'hypertrophie de la glande thyroïde, d'autres à la persistance du trou de Botal, à l'hypertrophie des glandes du cou, et Elsaesser au rachitisme accompagné du ramollissement de l'occipital ou *cranio-tabes*. Il se montre quelquefois chez des enfants nés de mères délicates, excitables ou nerveuses, et, ce qui prouve bien la disposition originelle de la maladie, c'est sa présence successive chez tous les enfants d'une même famille, ainsi que Rullmann, Kopp, Marshall-Hall, Toogood, etc., en ont rapporté plusieurs exemples.

(1) Bacquias, Thèses de Paris, 1853.

Cela n'a rien d'extraordinaire, dit Hérard, pour ceux qui savent que la maladie est de nature convulsive, et qu'il n'est pas rare de voir tous les enfants d'une même famille périr de convulsions.

Le spasme de la glotte, ou phréno-glottisme, est une maladie des pays du Nord, et de l'hiver en particulier. Ses accès sont excités et provoqués par la déglutition et surtout par celle des liquides, par le réveil, par les émotions, les contrariétés, les mouvements du corps en avant pour ramasser un objet, la frayeur, par la constipation, par le travail de l'évolution dentaire sous l'influence de l'action réflexe qui résulte des rapports du nerf trifacial avec la gencive malade (1), par la stomatite, l'angine, les affections pulmonaires, etc.

On cite un cas curieux d'un petit enfant, qui eut un premier accès de spasme mortel avec contracture des extrémités sous l'influence de la déglutition d'une petite dose d'huile de ricin (2). N'y a-t-il pas eu là une asphyxie produite par le passage de l'huile dans les voies aériennes chez l'enfant qui aurait avalé de travers? C'est une question que je me borne à poser sans prétendre la résoudre.

Symptômes. — Cette maladie se manifeste ordinairement sans aucun phénomène précurseur. Son début est toujours le même. Tout à coup la respiration s'arrête, le diaphragme cesse de se mouvoir, et il semble que la glotte vienne d'être brusquement close; la respiration est bruyante, profonde, serratile; l'expiration est aussi quelquefois très-pénible. Quelquefois la respiration semble s'arrêter, l'enfant étouffe jusqu'à ce qu'une nouvelle inspiration suivie d'un cri vienne le rendre à l'existence. Pendant quelques secondes il y a menace de suffocation, et la physionomie trahit une vive angoisse; la bouche est largement ouverte, comme pour aspirer l'air qui manque; la tête se renverse en arrière, les yeux restent fixes, le visage devient bleu; il y a en un mot asphyxie commençante.

Le pouls s'accélère et devient petit ou insensible; les battements du cœur sont tumultueux et irréguliers. La poitrine est immobile et tendue; ses muscles sont en quelque sorte tétanisés, et le murmure vésiculaire a cessé de se produire.

La peau est visqueuse, froide; des évacuations involontaires ont lieu; l'intelligence reste libre, mais les mouvements sont fréquemment pervertis. Des *contractures* ont lieu aux extrémités des membres, aux doigts en particulier. Les pouces se fléchissent toniquement dans la main; le gros orteil sur la plante du pied. Hérard a observé cette contracture aux genoux et aux coudes. Elle se développe aussi dans les muscles du cou en formant de l'*opisthotonos*, et dans les muscles de l'œil. Quelquefois la contracture est remplacée par des convulsions *cloniques* épileptiformes; mais, dans ce cas, le phréno-glottisme n'est que le commencement d'une attaque d'éclampsie.

Au bout de quelques instants, le spasme du diaphragme diminue; la respiration revient, mais elle est un peu saccadée et la première inspiration est sifflante et accompagnée d'un petit *bruit sonore*, comparable à un hoquet très-aigu.

Kopp indique comme caractéristique de cette maladie, la propulsion de la langue hors des arcades dentaires, au moment de l'accès. Dans un cas soumis à mon observation, la langue était toute noire comme celle d'un *perroquet*, disait la mère de l'enfant; mais ce phénomène n'est pas constant, car je ne l'ai pas toujours rencontré, et Hirsch, Hachmann, Hérard, ne l'ont pas noté dans leurs observations.

Les accès de phréno-glottisme durent de quelques secondes à une ou deux mi-

(1) Ch. West, *De la mort subite chez les nouveau-nés*.

(2) *Medical Times and Gazette*, 26 novembre 1859.