

comme des pois ou comme des noisettes, et même atteignant le volume d'une noix. Ces kystes, étroitement réunis, demi-transparents, étaient remplis de sérosité incolore, transparente, rougeâtre ou noire comme du sang veineux. Ils s'étendaient sous la mâchoire, entourant les vaisseaux et les nerfs du cou qu'ils comprimèrent, et descendaient enfin le long de la colonne vertébrale, derrière le pharynx et l'œsophage, jusqu'à la sixième vertèbre cervicale.

J'ai eu l'occasion de voir une de ces tumeurs formées de kystes multiples à l'hôpital Necker, en 1842.

OBSERVATION I. — Enfant de vingt et un jours, entré pour une pneumonie qui occasionna la mort. — Cet enfant portait au côté gauche du cou, sous la mâchoire, une tumeur du volume d'un œuf environ, assez saillante, inégale, bosselée, molle, dépressible comme une tumeur érectile, sans douleur ni changement de couleur à la peau. Rien ne paraissait à l'intérieur de la bouche; je ne savais encore quelle était la nature de cette tumeur, je n'avais encore rien décidé lorsque l'enfant mourut.

Autopsie. — Cette tumeur, placée à une petite profondeur sous la peau, en avant du sterno-mastoïdien, appuyée sur les vaisseaux et les nerfs du cou, était irrégulièrement allongée de haut en bas, remontant un peu sous la branche horizontale de la mâchoire et descendant le long du larynx, jusqu'au corps thyroïde.

Elle était formée de kystes séreux, incolores, inégaux, du volume de grains de chènevis ou comme des noisettes. Ces kystes étaient assez rapprochés et isolés par fragments et lamelles de tissu graisseux, cellulaire et fibreux. On aurait dit une grappe d'hydatides.

Plus tard, en 1851, j'ai vu un fait à peu près semblable présenté par Morel à la Société de biologie, et ce médecin m'a dit en avoir vu un autre dans lequel le kyste se trouvait formé par une seule poche divisée par des brides tendineuses intérieures.

En 1853, j'ai vu un fait analogue recueilli à la Maternité et présenté à la même Société par Lorain : ce médecin l'a publié en 1855 (1). La tumeur entourait le menton et les deux côtés du cou, tombant jusque sur la poitrine, entraîna la mort par asphyxie et on trouva qu'elle était entièrement formée de kystes plus ou moins volumineux, les uns blancs et transparents, les autres rosés, rouges, noirâtres, remplis de sérosité, et tous séparés les uns des autres par une quantité plus ou moins considérable du tissu cellulaire infiltré de sérosité et de petites granulations graisseuses.

Dans la même année 1853, en faisant mon service d'inspection des nourrices, j'ai observé un autre cas :

OBSERVATION II. — Un nouveau-né portait, à droite, au-dessous de l'oreille, jusque sur l'épaule, derrière la clavicule droite, et faisant le tour en arrière jusqu'aux apophyses vertébrales, une tumeur d'apparence bilobée, molle, élastique, légèrement dépressible, et offrant une teinte rosée, brunâtre, veineuse. Cette tumeur devenait dure au moment des cris, mais sa coloration violâtre n'augmentait pas. Les mouvements de la tête et du bras étaient faciles : c'était sans doute un kyste rempli de sérosité colorée par le sang, mais était-ce un kyste uniloculaire ou multiloculaire, comme ceux dont je parle en ce moment? C'est ce que je ne saurais dire, car cet enfant a été emporté par la nourrice et je ne l'ai pas revu.

On trouvera dans les diverses éditions de ce livre (2) différentes observations d'Évans, de Wutzer et de Nélaton.

Les kystes du cou chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle ne sont

(1) Lorain, *Mémoire sur une variété de kystes cervicaux* (*Gazette médicale*, 1855, p. 173).

(2) E. Bouchut, troisième édition. Paris, 1855, p. 725 et suivantes, et sixième édition. Paris, 1873, p. 853.

donc presque jamais simples et *uniloculaires*. Ils sont au contraire, comme on a pu le voir dans les observations précédentes, agglomérés en grand nombre; ce sont des kystes *multiloculaires* et *conglomérés*. Ils sont formés d'une poche renfermant différentes matières organiques solides et liquides.

La paroi mince et fibro-celluleuse, sur certains kystes, est au contraire épaisse, fibreuse sur d'autres; elle envoie quelquefois des prolongements intérieurs, de manière à cloisonner la cavité interne et à former une foule de vacuoles ou de kystes secondaires.

L'intérieur du kyste ou des kystes, si la poche est multiloculaire, est rempli de sérosité incolore, ou rougie par le sang, de matières gélatiniformes rouges, de pus ou de productions graisseuses, fibreuses, fibro-cartilagineuses et osseuses. On y trouve des cheveux et des dents, comme dans les monstruosités par inclusion.

Ces kystes existent ordinairement d'un seul côté du cou, mais ils peuvent s'étendre et envahir les deux côtés à la fois.

Les kystes conglomérés du cou augmentent tous les jours en nombre et en volume et amènent soit l'induration du tissu cellulaire du cou, soit la suppuration de ce tissu, ce qui est rare, soit enfin des accidents dus à la compression des vaisseaux et des nerfs de la région cervicale. Ils peuvent acquérir un volume énorme et alors ils gênent la circulation du cou, les mouvements de la tête, la circulation nerveuse des pneumogastriques, le passage de l'air dans le larynx, et peuvent occasionner l'asphyxie par suffocation.

OBSERVATION III. — J'ai vu à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Barthez, une fille de deux ans, née avec un de ces kystes dans lequel on avait inutilement pratiqué dès la naissance des ponctions suivies d'injections, et qui avait acquis un tel volume qu'il occupait toute la base de la mâchoire depuis les oreilles jusqu'au sternum, formant ainsi une tumeur considérable semblable à un goitre. La tumeur comprimait fortement la trachée et donnait lieu à un véritable état d'asphyxie. L'enfant mourut.

Autopsie. — Tout le tissu cellulaire du cou était rempli de kystes incolores et rosés, épais, au milieu de tissus sains; ailleurs de tissu fibreux induré par une ancienne phlegmasie, et plus loin suppuré comme un phlegmon diffus.

Traitement. — Les kystes dont je parle doivent être traités par les moyens chirurgicaux, soit par l'*acupuncture*, comme le conseil Hawkins, soit par des *sétons filiformes* avec des brins de soie assez nombreux, comme l'a fait le docteur Évans, soit par l'*excision* ou l'*incision*, soit par les *ponctions suivies d'injection d'iode*, etc.

L'excision suivie de suture, pratiquée par Arnolt et par Nélaton, a été rarement mise en usage, car c'est un procédé dangereux à cause de la plaie considérable qui en résulte, plaie dont la suppuration et les complications peuvent faire périr les nouveau-nés.

L'acupuncture ne détermine pas d'accidents et doit être combinée à des frictions iodurées sur la tumeur, ou à la compression, quand elle est possible.

Les sétons filiformes peuvent déterminer une assez forte suppuration accompagnée de fièvre et de symptômes graves. Il convient alors de mettre des cataplasmes sur la tumeur, et de faire des onctions mercurielles répétées plusieurs fois par jour. C'est le meilleur moyen de combattre les accidents.

L'incision peut être employée si la tumeur n'est pas trop volumineuse, elle a été mise en usage par le docteur Roux (de Brignoles). Après avoir fait l'incision, il a entretenu la suppuration par des mèches renouvelées chaque jour et par de fréquentes cautérisations au nitrate d'argent.

Je préfère l'incision modifiée dans son exécution par Jules Roux (de Toulon).

Ce chirurgien a deux fois réussi en pratiquant des incisions *sous-cutanées* capables d'atteindre un grand nombre de petits kystes et de les mettre en communication les uns avec les autres, et en injectant alors de la teinture d'iode dans leur intérieur. C'est là une idée ingénieuse qui doit être féconde en bons résultats. On en verra la preuve dans deux observations publiées par ce médecin (1).

CHAPITRE III

ADÉNITES.

L'*adénite* est une inflammation des glandes lymphatiques.

Elle s'observe ordinairement au cou, mais on la rencontre sur d'autres régions du corps, comme l'aisselle, le coude, le méésentère à la suite de l'entérite chronique, le médiastin postérieur après les inflammations des organes respiratoires, et elle est presque toujours liée à la scrofule. A la région du cou, on la voit aussi à la suite des angines scarlatineuses et couenneuses formant des adénites suppurées ou bubons scarlatineux et diphthéritiques. Elle peut se développer chez des sujets de bonne constitution sous l'influence de causes locales, telles que la sortie ou la carie des dents, un aphthe ou une stomatite ulcéreuse, et ce n'est alors qu'une inflammation aiguë des ganglions dépourvue de tout caractère diathésique.

Elle se montre sous deux formes : à l'état *aigu* et à l'état *chronique*.

§ I. — Adénite cervicale.

L'adénite cervicale aiguë est ordinairement symptomatique d'une autre affection locale, dont elle devient un signe extérieur et dont elle relève souvent l'importance. Pour peu qu'un enfant soit doué du tempérament lymphatique, il ne peut avoir le mal de gorge le plus simple sans engorgement des ganglions sous-maxillaires ou mastoïdiens, et si l'affection pharyngienne a un caractère spécial, on voit survenir une tuméfaction énorme ou de véritables bubons, comme dans le croup, dans l'angine couenneuse, dans la scarlatine, dans l'impétigo de la face, des oreilles et du cuir chevelu; le même phénomène a lieu sous une autre forme dans les plaies suppurantes des membres qui s'accompagnent presque toujours d'un degré plus ou moins considérable d'inflammation des glandes lymphatiques correspondant aux vaisseaux blancs de la région où se trouve la plaie.

Comme chez l'adulte, les adénites s'accompagnent des signes connus de l'inflammation; seulement, ici, ils paraissent plus rapidement et sont plus aigus, particulièrement la douleur et la rougeur. Le retentissement sur l'organisme se traduit par un appareil fébrile plus prononcé que chez l'adulte, et pour peu que l'enfant soit excitable, il n'est pas rare de voir survenir des convulsions. Sous cette forme, l'adénite se termine souvent par suppuration en quatre, six ou huit jours. Quand l'adénite dépend de la scarlatine, elle amène un décollement rapide avec plaie de mauvaise nature, presque toujours suivie de mort.

Dans le croup et l'angine couenneuse il en est de même, mais dans l'adénite scrofuleuse il en résulte une ouverture fistuleuse qui dure plusieurs mois. Ce n'est que dans l'adénite inflammatoire, chez un sujet sain, que l'abcès se termine par cicatrisation peu de temps après son ouverture.

Ces considérations sur la marche de l'affection sont suffisantes pour montrer que

(1) Jules Roux, *Injections iodées dans deux kystes congénitaux du cou* (Bulletin de l'Académie de médecine. Paris, 1855-1856, t. XXI, p. 1057 et suiv.) et Bouchut, *Nouveau-nés*, 6^e édition, p. 857.

le traitement doit être actif dès les premiers jours si les symptômes sont prononcés. Outre la terminaison par suppuration, il en existe deux autres, la résolution et le *passage à l'état chronique*. Cette dernière forme, ou adénite chronique, n'est pas seulement consécutive; elle existe bien plus fréquemment d'une manière primitive chez les sujets lymphatiques, et sous son influence les ganglions peuvent se remplir de matière tuberculeuse ou passer à l'état cartilagineux; dans le plus grand nombre des cas pourtant, ils ne subissent aucune transformation, et finissent par se résoudre sous l'influence du temps et d'un traitement convenable.

Traitement. — La partie la plus efficace du traitement est celle qui consiste à éloigner la cause dont l'adénite est le résultat. Mais ceci exécuté, il reste souvent au chirurgien à intervenir dans l'état aigu, soit par des applications de sangsues, soit par des moyens relatifs aidés par l'emploi des cataplasmes ou des applications de laine ou d'ouate. Les onctions avec l'onguent napolitain ou les pommades iodurées sont les moyens les plus puissants pour obtenir la résolution de la tumeur.

On devra employer l'une de ces trois pommades :

Pommade à la vanille....	30 grammes.		Pommade à la vanille ...	30 grammes.
Iodure de plomb	1 —		Iodure de potassium	1 —

Pommade à la vanille	30 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque	5 —

Les applications faites trois fois par jour avec du collodion riciné d'après la formule suivante sont quelquefois très-utiles pour arrêter la phlegmasie glandulaire et empêcher la suppuration. C'est le moyen employé par Robert Latour contre toutes les inflammations. Il m'a réussi chez plusieurs enfants qui ont ainsi échappé à une suppuration glandulaire.

Si, malgré les moyens ci-dessus, la suppuration se produit, il reste plusieurs questions à résoudre. Faut-il laisser l'ouverture aux soins de la nature? Si l'on se décide à ouvrir, comme il est généralement admis de le faire, quel procédé faut-il employer?

Guersant reproche à tous ceux mis en usage généralement d'exposer à des cicatrices plus ou moins laides, mais toujours très-apparentes, et voici celui qu'il a emprunté à Bonnafont. Il consiste dans un séton filiforme que l'on passe à travers le foyer à l'aide d'une aiguille dont la longueur est suffisante pour entrer par un des points des parois et aller sortir à l'autre extrémité du diamètre choisi, dont une des extrémités doit toujours occuper une position déclive. Le fil ainsi introduit est dégagé de son aiguille et noué en anse lâche sur la tumeur, de façon qu'on puisse le mouvoir pour faciliter l'écoulement. Celui-ci se fait du reste très-aisément et d'une manière continue dans les pièces de l'appareil de pansement; la tumeur diminue de volume chaque jour; le foyer se rétrécit, et au bout d'un temps plus ou moins long, souvent quelques jours seulement, on peut le retirer, et les parois sont complètement recollées. L'avantage de ce procédé d'évacuation du pus est très-important, surtout dans les régions exposées à la vue, en ce qu'il ne laisse pour trace que de petites cicatrices qui ressemblent plus à des piqûres de sangsues qu'à toute autre chose.

Dans les cas d'adénite chronique, il faut surtout avoir recours aux pommades résolutes, aux injections et douches d'eau salée sur la région occupée par l'adénite et au traitement général médical et hygiénique. Sous son influence, l'enfant se développe, et avec le temps de volumineux engorgements disparaissent. Si la santé s'améliore et qu'on n'obtienne pas d'amendement dans l'état des ganglions, on peut entreprendre de les ramener à l'état de suppuration, ce que l'on obtient

surtout à l'aide du séton. Enfin, s'ils ont subi des dégénérescences, on peut dans certains cas les enlever, soit avec le bistouri, soit avec les caustiques; mais on doit toujours faire ces opérations tardivement, après avoir donné longtemps les moyens internes.

A la suite des abcès ouverts seuls ou par le bistouri, lorsqu'il y a des décollements de la peau, les cicatrices se font attendre; alors les cautérisations intérieures avec le crayon de nitrate d'argent, les injections d'eau phéniquée au millième ou avec la teinture d'iode iodurée, les pansements avec le vin aromatique, l'eau chlorurée, les applications de teinture d'iode, les pommades au calomel ou le calomel pur, doivent être mis en usage successivement, et réussissent quelquefois. C'est dans ce cas que l'arséniate de soude à l'intérieur, d'après ma formule, peut rendre de grands services :

℥ Sirop de sucre..... 300 grammes.
 Arséniate de soude..... 5 centigrammes.

Une à deux cuillerées à bouche par jour.

Sous l'influence de ce remède, les plaies se cicatrisent très-rapidement.

§ II. — Adénite axillaire.

Les écorchures des doigts développent souvent dans l'aisselle des glandes qui restent à l'état d'induration, ou qui s'enflamment et peuvent suppurer en donnant lieu à des fistules interminables.

En cas d'inflammation aiguë, on peut arrêter la suppuration par des applications de collodion riciné d'après la formule indiquée plus haut.

Si les glandes sont à l'état d'induration, les moyens généraux et les topiques résolutifs doivent être employés.

En cas de fistule, il faut recourir aux remèdes employés contre les adénites cervicales suppurées. — Les *adénites du mésentère* et celles du *médiastin* ont été décrites à l'article CARREAU et PHTISIE BRONCHIQUE.

CHAPITRE IV

INDURATION CIRCONSCRITE DU STERNO-CLÉIDO-MASTOÏDIEN

Le docteur Melchiori a appelé l'attention sur l'existence d'une induration du muscle sterno-cléido-mastoïdien se rencontrant quelquefois chez de jeunes enfants. Il en rapporte quatre exemples qui se sont présentés à son observation.

Dolbeau en a vu un cas à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Alors la tuméfaction avait le volume d'une grosse amande, siégeait dans le sterno-mastoïdien droit; elle ne s'accompagnait d'aucun changement de coloration de la peau.

Cette maladie est très-rare.

Quelque temps après la naissance, on s'aperçoit que l'enfant exécute avec difficulté certains mouvements du cou, et qu'il éprouve en même temps une douleur plus ou moins vive. A l'examen, on constate dans l'épaisseur d'un des muscles sterno-mastoïdiens la présence d'une tumeur dure, fusiforme, d'un volume quelquefois assez notable.

Dans tous les cas observés par cet auteur, la tumeur disparut par résolution, et le muscle reprit ses fonctions. La maladie, au début, paraissant inflammatoire, les émollients sont indiqués; on doit se borner à l'expectation.

Melchiori ne peut assigner à la maladie aucune cause bien déterminée, mais il pense qu'elle pourrait être attribuée à la compression du muscle et à la déchirure de quelques-unes de ses fibres pendant l'accouchement (1).

(1) Melchiori, *Annali di Omoiei*, p. 630.

OBSERVATION I. — *Induration sterno-mastoïdienne chez les nouveau-nés*, par M. Paget (1). — Chez un enfant de quatre semaines, adressé par le docteur Sutter à l'hôpital Saint-Bartholomew, le 11 février 1857, le muscle sterno-mastoïdien droit était envahi dans les trois quarts environ de son étendue, par trois indurations dures comme du cartilage, irrégulièrement sphéroïdales. Le muscle ne pouvait s'étendre ni la face se tourner du côté opposé. Cet état avait été remarqué deux semaines après la naissance, et existait probablement avant. L'enfant, d'ailleurs, était bien portant. Des frictions iodées, l'usage interne de l'iodure de potassium à petites doses et l'huile de foie de morue firent disparaître ces grosseurs; mais le muscle resta petit et dur.

OBSERVATION II. — Un enfant de deux semaines, très-bien portant, admis en septembre 1862, portait une grosseur envahissant la moitié antérieure de ce muscle. Après l'emploi de frictions iodées, elle était presque disparue au mois de février 1863.

Ces indurations congénitales, non signalées parmi les maladies des enfants, sont fréquentes chez les adultes atteints de syphilis; mais, dans ces cas, rien ne décelait une telle origine.

CHAPITRE V

TORTICOLIS

Le torticolis est une déviation de la tête qui s'incline sur l'une ou l'autre épaule, le menton du côté opposé.

C'est une difformité due à la contraction du muscle sterno-mastoïdien et trapèze, et peut-être des splénius du côté opposé à l'abaissement du cou, contraction primitive qui produit la difformité, ou contraction secondaire dont l'action résulte d'une paralysie des muscles du cou d'un côté.

Le torticolis résulte d'un rhumatisme du cou, d'un abcès du tissu cellulaire, d'une affection vertébrale. Il est *temporaire* ou *permanent*, et, dans ce dernier cas, s'accompagne d'une altération granuleuse des muscles et d'une modification de forme des vertèbres cervicales qui sont contournées et de hauteur inégale.

Traitement. — On emploie les douches de vapeur, les onctions belladonnées, l'électrisation, le massage, et, comme je l'ai fait connaître, les applications de collodion ordinaire. Ces applications se font sur le côté du cou opposé à l'inclinaison de la tête, et l'on obtient un redressement très-rapide. J'ai ainsi traité six enfants avec succès, et c'est ma méthode au début de toutes les difformités.

Si le torticolis persiste, on devra faire la section sous-cutanée du muscle sterno-mastoïdien à ses attaches sur la clavicule, et appliquer un appareil orthopédique.

LIVRE XXII

MALADIES DES YEUX

CHAPITRE PREMIER

OPHTHALMIE PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS

On donne le nom d'*ophthalmie purulente* à une inflammation spécifique et contagieuse de la conjonctive oculaire et palpébrale, souvent réunie à l'inflammation de la cornée.

(1) Paget, *The Lancet*, et *Union médicale*, 25 mars 1865.