

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.

Dans cette maladie, les paupières sont rouges et considérablement tuméfiées; les conjonctives se couvrent de granulations, ou de fausses membranes plus ou moins épaisses, sécrètent une abondante quantité de pus, et l'œil est souvent compromis ou définitivement perdu.

Il y a plusieurs variétés anatomiques d'ophthalmie purulente : l'*ophthalmie granuleuse*, et l'*ophthalmie diphthéritique*.

L'ophthalmie purulente se développe chez les nouveau-nés au troisième ou au quatrième jour de la naissance, chez ceux dont les mères ont habituellement des fleurs blanches ou sont affectées de blennorrhagie avec ou sans syphilis, alors c'est une ophthalmie blennorrhagique; chez ceux enfin qui naissent au moment des épidémies de fièvre puerpérale. L'ophthalmie purulente est plus commune dans cette dernière circonstance que dans les autres conditions dont je viens de parler.

Elle se développe aussi chez les enfants à la mamelle placés dans de mauvaises conditions hygiéniques, et en particulier chez les enfants qu'on amène aux Enfants trouvés ou dans les hôpitaux consacrés à l'enfance. Alors elle se montre souvent d'une manière épidémique et elle sévit sur un grand nombre de sujets à la fois.

Cette maladie est souvent contagieuse : aussi est-il sage de se laver les mains après avoir touché les paupières d'un enfant qui en est affecté. Cette mesure est dictée par la prudence, car il est impossible de distinguer l'ophthalmie purulente inflammatoire de l'ophthalmie blennorrhagique. Or, celle-ci est bien évidemment contagieuse et transmissible par contact direct. Il faut donc prendre, à l'égard de l'une et de l'autre, les précautions nécessaires pour ne pas contracter la maladie soi-même ou la communiquer à d'autres enfants.

L'ophthalmie purulente est une de ces maladies qu'il faut reconnaître de bonne heure, car elle est si rapide dans sa marche, si destructive par les promptes et graves lésions qu'elle amène dans l'organe de la vue, que, si l'on tarde à employer les remèdes nécessaires pour la combattre, il devient impossible d'en triompher avantageusement. Le mal guérit, mais les yeux sont perdus.

Symptômes. — Les symptômes sont à peu près les mêmes dans l'ophthalmie purulente sporadique, puerpérale, épidémique et blennorrhagique. La spécificité de la cause ne se révèle pas par de notables différences dans les lésions oculo-palpébrales. C'est un malheur sans doute, mais c'est un fait qu'il ne faut pas ignorer.

Au début, les paupières sont un peu rouges et légèrement tuméfiées. On ne voit d'abord qu'une seule ligne rougeâtre transversale qui occupe le centre de la paupière; mais bientôt les bords et l'angle interne de l'œil deviennent rouges et douloureux à la pression. L'action de la lumière est pénible, et il existe une douleur continue qui provoque les cris des enfants et les prive de sommeil. La conjonctive est généralement injectée. L'œil ne présente aucune modification.

Ces altérations prennent rapidement beaucoup de gravité. Dans l'espace de douze ou vingt-quatre heures, la rougeur des paupières devient si générale et leur gonflement si considérable, que les yeux ne peuvent plus s'ouvrir. La paupière supérieure recouvre la paupière inférieure; elles sont agglutinées entre elles par du pus desséché, et lorsqu'on les sépare l'une de l'autre, une matière crémeuse, blanchâtre ou jaunâtre, épaisse, d'aspect purulent, s'échappe et coule à l'extérieur. La conjonctive oculaire et palpébrale est très-rouge, très-gonflée et couverte de granulations fines très-nombreuses, ou de fausses membranes très-minces signalées pour la première fois par Chassaignac.

Il y a donc deux variétés anatomiques d'ophthalmie purulente des nouveau-nés : l'ophthalmie purulente granuleuse et l'ophthalmie purulente pseudo-membraneuse.

Sur 322 observations d'ophthalmie purulente recueillies à l'hospice des Enfants trouvés par Chassaignac, il y a eu 106 cas d'ophthalmie pseudo-membraneuse, et 216 cas d'ophthalmie granuleuse. Ces fausses membranes, bien visibles quand on lave les yeux avec le jet d'un irrigateur, couvrent une plus ou moins grande étendue de la surface oculo-palpébrale. Elles sont composées de fibrine coagulée sous forme striée et granuleuse enfermée encore dans son réseau des globules de pus que la macération dans l'eau rend plus évidents et dont l'acide acétique fait bien voir les noyaux.

L'œil ne présente encore aucune altération. La cornée n'a pas perdu sa transparence.

La sécrétion puriforme change rapidement de couleur; elle est fort abondante, verdâtre, et quelquefois mêlée à du sang. C'est alors qu'on observe l'inflammation de la cornée, son ramollissement, son ulcération, sa perforation, et souvent la perte de l'œil.

Il est souvent difficile de bien apprécier la marche de ces altérations, car on ne peut écarter suffisamment les paupières sans lutter avec force contre l'enfant, que cette manœuvre fait horriblement souffrir, ou sans se servir de la douche froide d'un irrigateur. On peut également profiter du moment rapide dans lequel on introduit un collyre dans l'œil pour examiner la surface de cet organe.

On voit alors que la cornée a perdu son éclat et son poli, et qu'elle offre sur un ou plusieurs points une teinte grisâtre différente de la coloration des parties voisines. Cette teinte grisâtre appartient à la portion de la cornée qui est ramollie. Bientôt le centre de ce ramollissement se perfore, les humeurs de l'œil s'écoulent et l'œil se vide, à moins que, comme cela se rencontre quelquefois, il ne se fasse une hernie de l'iris qui oblitère l'ouverture et s'oppose à la sortie de l'humeur vitrée. Toutefois on peut regarder l'œil comme perdu pour la vision.

Ailleurs, on voit sur la cornée une ulcération plus ou moins profonde, avec ou sans ramollissement des parties voisines. Lorsque l'ulcération est large, elle peut déterminer des accidents semblables à ceux que produit l'altération précédente, c'est-à-dire la perte de l'œil.

Chez quelques enfants enfin il y a seulement infiltration purulente de la cornée, qui est opaque dans une étendue plus ou moins considérable. Cette infiltration et la cicatrice des ulcères de la cornée sont l'origine de ces taies qu'on observe après la guérison de l'ophthalmie purulente.

Dès que l'inflammation s'affaiblit, le gonflement des paupières et leur rougeur diminuent; la suppuration est moins abondante, moins épaisse et prend un meilleur aspect, les fausses membranes ou les granulations disparaissent, l'enfant supporte mieux la lumière et entr'ouvre les paupières avec plus de facilité. On peut voir à ce moment si l'œil a été fort endommagé : alors on observe l'opacité et le staphylôme de la cornée, la déformation de la pupille, par suite des adhérences anormales de l'iris, et enfin la vacuité du globe oculaire.

Tels sont les accidents de l'ophthalmie purulente; ils sont, comme on le voit, fort graves; cependant l'ophthalmie purulente granuleuse est moins grave et moins rapide dans sa marche que l'ophthalmie pseudo-membraneuse; quelquefois les accidents de cette maladie durent à peine quelques jours, et la terminaison est heureuse. Lorsqu'ils se prolongent plus longtemps, il est rare que le globe de l'œil n'ait pas été attaqué, alors ils persistent pendant plusieurs semaines, et même pendant plusieurs mois.

Parmi les altérations de l'œil qui succèdent à l'ophthalmie purulente, il en est une qui est moins grave qu'on ne pourrait le présumer. L'opacité de la cornée qui

résulte de l'ulcération ou du ramollissement de cette partie finit par disparaître avec l'âge. Il faut pour cela qu'elle ne soit pas générale et qu'elle n'envahisse pas toutes les lames de la cornée. On voit assez souvent chez les jeunes enfants, et cette observation est bien connue, on voit, dis-je, l'opacité bien évidente, mais superficielle, de la cornée disparaître complètement ou ne laisser que des traces imperceptibles. Toutefois cette disparition est lente, et elle met à s'accomplir plusieurs mois, et même plusieurs années. Je l'ai vue s'effectuer en quelques semaines, mais ces cas sont fort exceptionnels. Il faut bien se garder de rien faire dans le but d'en hâter la marche, sous peine de faire naître de nouveaux accidents qui auraient un résultat tout contraire à celui qu'on désirait obtenir.

Traitement. — Il faut se hâter de combattre l'ophthalmie purulente, dès son début, par les moyens les plus énergiques. Jadis on conseillait l'application d'une ou deux sangsues aux tempes, mais cette soustraction de sang n'est pas toujours suivie d'une grande amélioration. Or, comme ici il y a peu de temps à perdre, il faut employer les moyens qui réussissent le plus constamment; il faut appliquer sur les paupières des compresses imbibées de liquides astringents, et en particulier d'eau blanche, comme cela se pratique à l'hôpital des Enfants trouvés. En outre, deux fois par jour il faut instiller entre les paupières, à l'aide d'une seringue, et mieux à l'aide d'un pinceau d'aquarelle, une solution de nitrate d'argent dont voici la formule :

℞ Azotate d'argent	30 centigrammes.
Eau distillée.....	30 grammes.

Faites dissoudre et gardez à l'abri de la lumière.

Ces proportions ne sont pas indifférentes; car, s'il faut modifier la phlegmasie de la conjonctive au moyen de cet excitant, il importe également de ne pas dépasser le but que l'on veut atteindre. Or, si l'on employait une solution plus concentrée, on pourrait, au lieu de modifier avantageusement l'inflammation, lui donner une nouvelle activité et hâter ainsi la perte de l'œil.

Il faut dans quelques circonstances toucher légèrement la conjonctive palpébrale, et même la cornée, avec le crayon de nitrate d'argent. Cette cautérisation doit être faite sur la conjonctive lorsqu'elle est très-tuméfiée et couverte des fines granulations dont nous avons parlé. Il faut cautériser les ulcérations de la cornée lorsqu'il est facile de les bien apercevoir.

Ces divers moyens sont les meilleurs que l'on puisse mettre en usage. On emploie aussi les compresses imbibées d'eau froide et de liquides astringents; les irrigations continues d'eau froide qui réussissent assez bien; les lotions répétées trois fois par jour avec un irrigateur qui lave et nettoie les paupières, les applications momentanées de mélanges réfrigérants avec de la glace et du sel, durant cinq minutes; les collyres de sulfate de cuivre, de sulfate de zinc, les lotions avec la liqueur de van Swieten étendue de moitié son poids d'eau, la solution iodo-tannique, 1 gramme pour 30 grammes d'eau distillée, etc.; mais il n'est aucune substance qui puisse avantageusement remplacer le nitrate d'argent.

En cas de chémosis, complication assez fréquente, il faut pratiquer l'excision de la muqueuse.

Nous devons parler encore d'un accident qui survient quelquefois dans le cours du traitement de l'ophthalmie purulente; il est moins de la faute du médecin que de la faute de l'enfant, mais il faut cependant tâcher de l'éviter. Lorsque les paupières sont très-gonflées et qu'on veut les écarter pour voir l'œil et y mettre du collyre, l'enfant se débat, lutte, contracte ses muscles orbitaires et favorise ainsi

le renversement du cartilage tarse, ce qui forme un ectropion à la paupière supérieure. Ce renversement est, en général, sans conséquence; il cesse dès qu'on abandonne la paupière; mais chez quelques enfants il persiste, et l'on ne peut réduire cette luxation des cartilages tarses qu'en glissant un corps étranger sous la paupière, et en se servant de la main pour les replacer dans leur position naturelle. Pour ne pas avoir tous les embarras d'une telle opération, il faut éviter ce déplacement du bord de la paupière. Si l'enfant résiste quand on veut lui ouvrir l'œil, il ne faut pas insister; on doit se contenter d'écarter légèrement les paupières, juste ce qu'il faut pour passer le pinceau chargé de nitrate d'argent au-dessous d'elles. En ne luttant pas contre le petit malade, on est certain de ne pas déterminer ce renversement, si difficile à réduire dans quelques circonstances.

À la suite de l'ophthalmie purulente il reste quelquefois sur la cornée des taies qui provoquent des mouvements oscillatoires dans les yeux. On peut alors, à l'exemple du docteur Lawson (1), faire la section des muscles droits internes. L'exemple qui suit est fort curieux sous ce rapport :

OBSERVATION. — *Mouvements oscillatoires des yeux; section des muscles droits internes; grande amélioration de la vue.* — J. S..., âgé de sept ans, fut admis au grand hôpital du Nord, dans le service de M. Lawson. Il était complètement aveugle de l'œil droit, était atteint d'un staphylôme de la cornée, suite d'ophthalmie purulente dans l'enfance. À l'œil gauche, le bord pupillaire de l'iris était adhérent à une cicatrice de la cornée, consécutive à un ulcère perforant. Les deux yeux oscillaient continuellement, en sorte que cet enfant ne pouvait distinguer nettement aucun objet. En allant et venant dans la salle, il se heurtait fréquemment contre les lits, et il lui était impossible de ramasser à terre les corps de petite dimension. S'il voulait examiner quelque chose, il poussait, avec les doigts de la main gauche, le globe oculaire vers la commissure interne des paupières et l'y maintenait pendant qu'il dirigeait sa tête vers l'objet. Il y avait strabisme convergent, et c'étaient les muscles droits internes et les obliques supérieurs qui semblaient être les principaux agents du mouvement oscillatoire. Dans l'espoir de le faire cesser et de rendre aux yeux plus de fixité, M. Lawson coupa le droit interne de chaque côté. Il en résulte un avantage marqué. Non-seulement la physionomie de ce malheureux enfant est mieux qu'auparavant, mais il peut se promener aisément dans la salle, sans se heurter contre les meubles, distinguer les objets à la distance de quinze ou vingt pieds, et ramasser des épingles sur le plancher. Il est capable maintenant de monter un escalier, tandis qu'avant l'opération il n'osait le faire qu'en marchant sur les mains et les genoux. Les mouvements oscillatoires des yeux ont considérablement diminué, et il n'a plus besoin, pour regarder, de fixer son œil à l'aide des doigts.

CHAPITRE II

TUMEUR LACRYMALE

La tumeur lacrymale est assez rare chez le nouveau-né. Elle se présente avec des caractères semblables à ceux de la tumeur lacrymale chez l'adulte. En voici un exemple observé par Caron :

OBSERVATION. — L..., âgée de quarante ans, sourde et muette, ayant eu déjà quatre filles bien conformées et pourvues du sens de l'ouïe et de la parole, accoucha le 16 mars d'un garçon qui ne paraissait point sourd non plus, mais qui offrait les particularités que voici : il portait à l'œil droit une tumeur du volume d'un œuf de canari environ, constitué par une *hydropisie du sac lacrymal*. Le liquide refluit difficilement par le point lacrymal correspondant, et, malgré les pressions exercées, rien ne s'échappait par le canal nasal.

(1) Lawson, *Med. Times and Gazette*, mai 1860.

Sans différer, M. Caron opérait l'enfant au bout de quarante-huit heures. Après avoir fait inutilement des pressions ménagées et répétées sur la tumeur et avoir essayé en vain de vider le sac sur le point lacrymal, il en ouvrit le centre avec une lancette, de manière à évacuer tout le liquide séro-purulent qu'elle contenait; il fit une injection simple dans le sac, qu'il vida complètement; puis il couvrit aussitôt la plaie, ainsi que toute l'étendue des parois de la tumeur, d'une couche assez épaisse de collodion. Sous l'influence de ce topique compresseur, la peau se crispa, se ratatina, et ne se prêta plus au développement du sac.

En effet, au bout de vingt-quatre heures, la peau était légèrement rubéfiée au voisinage du collodion, la portion du cartilage avoisinant un peu injectée; mais en détachant avec l'ongle le collodion et le soulevant, on put voir la petite plaie déjà cicatrisée, la partie pâteuse plutôt que tuméfiée et sans fluctuation. M. Caron appliqua une nouvelle couche du topique imperméable, qui opéra, en se desséchant, la rétraction de la peau; elle resta quarante-huit heures en place. Au bout de ce temps, la tumeur parut effacée, la peau plissée, et les mucosités nasales commençaient à couler du côté correspondant. On lava souvent l'intérieur du nez au moyen d'un pinceau, et depuis ces pansements, le cours des larmes s'est largement rétabli, et la tumeur lacrymale ne s'est plus reproduite. Il ne reste même aucune cicatrice visible dans le lieu où a été pratiquée la ponction. Il est probable que la tumeur était une véritable hydropisie du sac lacrymal, et que l'excessive distension de celui-ci occasionnait l'occlusion du canal nasal, comme dans certains cas de rétention d'urine par regorgement.

Le même enfant offrait un phimosis assez prononcé pour mettre obstacle à l'évacuation des urines. Une incision pratiquée au prépuce sur sa face supérieure fit promptement justice de cette difformité.

Cette tumeur de l'appareil était formée par une hydropisie du sac lacrymal plutôt qu'elle ne constituait une tumeur lacrymale proprement dite. C'est là un cas intéressant, presque unique dans la science, sous le rapport de l'âge où il a été observé.

Il n'y avait pas d'autre traitement à faire que celui qui a été mis en usage par Caron. On peut se demander cependant s'il aura été suffisant et si la maladie ne sera pas reproduite, à cause de l'obstruction du canal nasal. En effet, on n'a pu constater la perméabilité de ce canal.

CHAPITRE III

ABSENCE CONGÉNITALE DE LA SÉCRÉTION LACRYMALE

Voici un fait rare, observé par Salomon (de Birmingham), mais je dois déclarer que je ne partage pas son avis, et que ce qu'il considère comme un fait congénital, je le considère comme la conséquence d'une ophthalmie développée peu après la naissance.

OBSERVATION. — Un jeune garçon de vingt-huit mois avait deux petites opacités sur la cornée droite, et il ne pleurait jamais jusqu'à verser des larmes.

Les globes oculaires sont saillants et le siège d'un léger mouvement rotatoire; il n'existe point d'opacité du cristallin ou de la capsule qui puisse expliquer ce mouvement oscillatoire. Les mouvements naturels des yeux sont concordants; il n'y a pas de traces d'amaurose. Les iris sont bleus et contractiles. La conjonctive et les parties qu'elle tapisse sont à l'état normal. La surface des globes oculaires est claire et brillante. En un mot, à l'exception de légères opacités de la cornée, les yeux sont complètement sains. Le toucher ne révèle rien d'anormal dans l'état de la glande lacrymale. Ces opacités proviennent d'une ophthalmie dont l'enfant a été atteint à l'âge de deux mois; il y a eu depuis une conjonctive catarrhale. Aucun de ses proches ne présente rien de particulier sous le rapport de la sécrétion lacrymale.

Afin de voir si la sécrétion lacrymale existe ou non et en même temps pour agir sur les taches de la cornée, j'introduis entre les paupières un peu d'onguent à l'oxyde

rouge de mercure; l'enfant pousse de grands cris, et son œil devient peut-être un peu plus humide, mais il ne s'échappe point de larmes des paupières et il ne s'en accumule pas dans l'angle interne. Cette expérience renouvelée plusieurs fois donne toujours le même résultat, même lorsque je place l'extrémité de mes doigts sur les points lacrymaux de façon à les obstruer.

Les opacités ne disparaissant pas, on a recours à un stimulant plus actif, la teinture d'opium; la conjonctive droite, sur laquelle on agit, devient rouge, et il s'échappe sur la joue un flux de liquide incolore et salé; mais, bien que l'enfant pousse de grands cris, l'œil gauche n'éprouve aucun changement. Quelque temps après, on introduisit ainsi de la teinture d'opium dans l'œil gauche, et il s'en échappa aussi quelques larmes, tandis que l'œil droit n'éprouvait aucun changement. Ces expériences démontrent bien qu'il existe de chaque côté une glande lacrymale susceptible de sécréter des larmes, mais seulement sous l'influence d'une stimulation extraordinaire.

Causes. — La cause de cette sorte d'engourdissement des glandes lacrymales à cet âge ne paraît pas inexplicable. Je crois que ce cas est le premier où l'on eût observé ce phénomène à l'état congénital et sans complication d'altération de la conjonctive. Les causes les plus ordinaires de la suppression ou de la diminution de la sécrétion des larmes sont: une maladie de la glande lacrymale, certains cas d'amaurose, la faiblesse de nutrition amenée par l'âge avancé, un violent chagrin, l'obstruction du conduit de la glande.

Je rappellerai, en terminant, que Wardrop (1) a rapporté un cas de sécheresse congénitale de la conjonctive (*xeroma*) avec impossibilité de répandre des larmes, due à ce qu'une adhérence intime des paupières au globe de l'œil obstruait les conduits de la glande lacrymale.

Un résultat semblable s'observe quelquefois chez l'adulte à la suite de la conjonctivite. Il est très-possible que le cas de Wardrop ait été la conséquence d'une conjonctivite survenue pendant la vie intra-utérine.

CHAPITRE IV

HÉMÉRALOPIE

L'héméralopie existe assez souvent chez les enfants et se rapporte souvent à une espèce particulière de *lésion conjonctivale*. Selon Bitot, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, cette lésion s'est montrée sur les côtés, et principalement sur le côté externe de la cornée. Elle consistait en une tache formée d'une multitude de petits points de couleur nacré ou argentée. Sa marche et sa durée sont en rapport avec celles du trouble visuel. Cette tache, inhérente au tissu sur lequel elle est étalée et que le mouvement provoqué ou naturel des paupières ne peut faire disparaître, résulte d'un mode spécial d'altération squameuse de l'épithélium conjonctival. Elle a coexisté avec tous les cas d'héméralopie (près de trente) qui ont été observés de 1859 à 1862 à l'hospice des Enfants assistés de Bordeaux. Ces cas se sont montrés presque aussi souvent chez les filles que chez les garçons âgés de neuf à dix-huit ans, et plutôt chez les individus bien constitués que chez les sujets faibles, scrofuleux, et principalement chez les enfants attachés aux ateliers (2).

(1) Wardrop, *Lancet*, 19 novembre 1853.

(2) Bitot, *Mémoire sur une lésion conjonctivale non encore décrite, coïncidant avec l'héméralopie* (*Bull. de l'Académie de médecine*, Paris, 1863, t. XXVIII, p. 619).

CHAPITRE V

ABCÈS DE L'ORBITE

Voici un cas d'abcès de l'orbite produisant l'exophtalmie chez un nouveau-né :

OBSERVATION I. — Un enfant de quinze jours, bien portant d'ailleurs, fut apporté au Dispensaire du professeur Arlt, avec une exophtalmie considérable qui avait commencé dix jours après la naissance. L'œil sortait de l'orbite et formait une saillie d'un demi-pouce environ en avant et autant en dehors; les paupières étaient distendues et œdématisées; la conjonctive, la cornée et l'iris dans un état normal. Jugeant qu'un abcès seul pouvait avoir déterminé aussi rapidement cette énorme protrusion, il fit une ponction exploratrice à l'angle interne qui n'amena qu'un peu de sang; mais l'état de l'enfant ayant empiré le lendemain, et une saillie existant à l'angle interne, ce chirurgien y plongea un bistouri à lame étroite entre le globe de l'œil et la paupière inférieure, à un demi-pouce de profondeur, et obtint une cuillerée de pus épais qui, selon lui, venait de l'ethmoïde. L'œil rentra ensuite dans l'orbite.

Ce fait intéressant, a attiré l'attention par sa rareté, car si les cas de ce genre sont fréquents chez l'adulte, il en est autrement chez l'enfant. (1).

En 1865, un autre fait a été observé par M. Dolbeau, à l'hôpital des Enfants trouvés; il n'y a pas eu d'opération de faite.

L'enfant présentait une exophtalmie très-considérable due à une inflammation du fond de l'orbite.

OBSERVATION II. — La tumeur ne renfermait que des larmes et du muco-pus. L'enfant est mort.

Autopsie. — On a trouvé une oblitération de l'orifice du canal nasal dans le méat inférieur, où il existait une tumeur d'un volume à peu près égal à celui de la tumeur située au niveau du grand angle de l'œil.

Ici, le fait de l'imperforation du canal nasal à son ouverture inférieure semblait être la cause de la tumeur lacrymale congénitale (2).

LIVRE XXIII

MALADIES DE L'OREILLE

L'oreille est le siège de nombreuses maladies qui ne sont pas toutes également fréquentes chez les jeunes enfants. L'otite aiguë, *externe* ou *interne*, l'otite chronique et l'otorrhée, les corps étrangers de l'oreille, sont les seules qu'on observe au premier âge, et encore dois-je dire qu'elles sont très-rares.

CHAPITRE PREMIER

OREILLE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ QUI N'A PAS RESPIRÉ

En médecine légale, il est très-important de savoir si un enfant nouveau-né a ou n'a pas respiré. On en trouve le signe dans l'oreille interne. Ainsi d'après Gellé qui a appelé l'attention sur les caractères particuliers que présentent ces oreilles, dans les cavités tympaniques, on voit cette cavité remplie par un magma brunâtre au

(1) Arlt, Wiener Wochenbl.

(2) Voy. Gazette des hôpitaux, 1862.

milieu duquel on aperçoit deux points blancs qui sont les osselets; on n'y trouve pas trace d'air. Ainsi absence complète d'air, présence d'un magma qui remplit la cavité tout entière, tels sont les deux caractères que présentent la cavité tympanique des oreilles du nouveau-né qui n'a pas respiré, caractères qui peuvent avoir une grande importance au point de vue médico-légal. Il suffit, en effet, de quelques heures de respiration pour que ce magma ait disparu et pour que la cavité tympanique soit remplie d'air.

CHAPITRE II

OTITE ET OTORRHÉE

L'otite est une inflammation, soit du conduit auditif *externe*, soit de l'oreille *moyenne* et *interne*. — On la rencontre à l'état *aigu* et à l'état *chronique*.

Causes. — Elle succède à l'influence du froid ou des corps étrangers, tels que noyaux de cerise, graviers, larves d'insecte (Meissner, Ménard, Saint-Laurent) etc., très-souvent enfin aux maladies aiguës, particulièrement à la rougeole, à la scarlatine, à la fièvre typhoïde, aux maladies du pharynx et des amygdales, etc. Toute maladie aiguë qui attaque l'épithélium de la langue et du pharynx fait naître une inflammation qui gagne la trompe d'Eustache et occasionne l'otite.

Symptômes. — Elle amène la fièvre, des douleurs plus ou moins vives, des cris incessants parfois du délire, et chez les petits enfants on ne sait à quelle cause attribuer ces phénomènes. Il y a de l'affaiblissement de l'ouïe, et enfin, au bout de quelques jours, la suppuration de la caisse, la perforation de la membrane du tympan et l'écoulement de pus par le conduit auditif. Le pus continue à sortir pendant quelques jours, puis cesse de couler, si la phlegmasie se termine par résolution. Ailleurs, particulièrement dans les cas de corps étrangers dans l'oreille, ou de carie du rocher, il se produit des convulsions éclamptiques ou épileptiformes, de la paralysie faciale, de l'hémiplégie, comme cela est signalé par Itard, Larrey, Champouillon, Saint-Laurent (1), etc. Ces accidents nerveux peuvent être sympathiques, *essentiels* et sans lésion osseuse, ou au contraire être *symptomatiques* et sous la dépendance d'une suppuration du rocher.

Ordinairement, l'inflammation passe à l'état *chronique*, la suppuration continue et se prolonge plusieurs semaines ou quelques mois. La maladie prend alors le nom d'*otorrhée*.

L'otite chronique et l'otorrhée sont surtout la conséquence de la scrofule, de l'ostéite du rocher ou des tubercules de cet os. Elles s'observent très-ordinairement chez les sujets débiles, lymphatiques, scrofuleux ou nés de parents affaiblis et plus ou moins entachés eux-mêmes de scrofule. Elles résultent de tout coryza, de toute pharyngite, de toute amygdalite et de toute stomatite des malades aiguës qui se propagent dans l'oreille par la trompe d'Eustache. Il y en a deux espèces : l'une, sans gravité, occupe le conduit auditif externe seulement; et l'autre, beaucoup plus grave, a son siège dans ce conduit et dans l'oreille moyenne à la suite de la perforation du tympan.

Dans quelques cas, la suppuration de l'intérieur de l'oreille altère les parois de la caisse, et s'étend aux cellules mastoïdiennes et au rocher lui-même par suite de l'altération des os, et de leur nécrose ou de leur carie consécutive. Il en résulte souvent un abcès osseux de l'apophyse mastoïde qui vient s'ouvrir à l'extérieur derrière le pavillon de l'oreille et qui reste fistuleux. C'est la carie de l'apophyse

(1) Voy. Gazette des hôpitaux, octobre 1860.