

qui n'est pas strident comme la respiration croupale, ni retentissant comme la toux du croup. Ces symptômes s'aggravent dans la position horizontale, et toute tentative de l'enfant pour y rester est suivie d'une menace de suffocation ; à côté de cela, la maladie continue, souvent pendant plusieurs jours, à présenter une gravité persistante mais sans produire la mort, et offre sous ce rapport une différence très-marquée avec la marche que suit le croup. En outre, il existe, dans certains cas, une raideur remarquable du cou, avec rétraction et immobilité de la tête ; en même temps, bien que les glandes ne soient pas hypertrophiées, il y a souvent un gonflement des parties latérales du cou, souvent plus apparent d'un côté que de l'autre. Si dans ces conditions on porte le doigt derrière la base de la langue, dans le pharynx, on constatera l'existence d'un gonflement résistant, un peu élastique, oblitérant plus ou moins complètement le canal du pharynx, et se projetant en avant au-dessus de l'orifice du larynx, de façon à mettre obstacle à l'entrée de l'air dans les poumons. Quelquefois, en faisant ouvrir la bouche, et abaissant la base de la langue, on peut voir distinctement la tuméfaction sur la ligne médiane, ou à peu près, repoussant en avant le voile du palais, et empiétant manifestement sur l'ouverture des voies aériennes ; mais, quelquefois la tumeur est située trop bas pour être accessible à la vue, pendant que dans d'autres cas il est impossible d'ouvrir assez largement la bouche pour qu'on puisse voir la partie postérieure du pharynx ; et le doigt seul peut alors faire découvrir la tumeur.

J'ai observé quatre cas de cette affection, dont deux étaient idiopathiques, et les deux autres consécutifs à une maladie des vertèbres cervicales. Le premier malade était une petite fille idiote, de 5 ans $\frac{1}{2}$, qui fut atteinte le 24 janvier d'une scarlatine bénigne. Pendant la durée de la fièvre, il ne se montra aucun symptôme digne de remarque, mais, au déclin de la maladie, l'enfant se plaignit beaucoup de la bouche, y portait souvent la main, et refusait toute nourriture autre que liquide, à cause de la douleur ; mais en regardant dans la gorge on n'apercevait ni gonflement, ni rougeur.

Vers le 7 février, on aperçut du gonflement vers chaque angle de la mâchoire inférieure, un peu au-dessous de la parotide ; le gonflement du côté gauche céda à l'application de quelques sangsues, mais celui de droite augmenta, et en même temps la

difficulté pour avaler devint plus pénible. Le 13 février, la dysphagie s'était beaucoup accrue ; l'enfant ne pouvait plus avaler que par gorgées, et à chaque effort, la respiration devenait des plus difficile ; dans d'autres moments, elle restait étendue, à demi consciente, avec une respiration laborieuse, et un peu d'écume à la bouche. Le 16, l'enfant était encore plus mal ; la respiration était très-difficile, bien qu'il n'y eût pas ces violents efforts d'inspiration qui caractérisent la lutte que l'on observe si souvent dans le croup ; une matière sale, puriforme rendue mousseuse par le passage de l'air, s'amassait à l'entrée de la bouche comme une sorte de bave, et les efforts pour déglutir étouffaient presque la malade ; pourtant, il n'y avait pas de gonflement des amygdales, et celui des parties latérales du cou était si dur que je ne pensai pas qu'il y eût du pus près de la surface en aucun point.

Le lendemain l'enfant mourut, autant, suivant toute apparence, par épuisement que par asphyxie, attendu qu'il avait été impossible, pendant quelques jours, de lui donner autre chose qu'une très-petite quantité d'aliment.

Aussitôt après avoir divisé l'aponévrose cervicale du côté droit il s'écoula une quantité de pus épais, jaune, de bonne nature. Ce pus avait cheminé près de l'œsophage jusqu'à un pouce environ de la clavicule, et, aussi, suivant une direction oblique derrière l'œsophage vers le côté gauche, détruisant tout le tissu cellulaire à la droite du canal œsophagien ; le pus s'étendait en haut jusqu'à la base du crâne derrière l'œsophage et le pharynx, qui ne tenaient plus que par quelques filaments de tissu cellulaire baignant dans la matière purulente. Les amygdales n'étaient pas gonflées, la glotte n'était ni rouge, ni gonflée, mais tout à fait naturelle.

Dans l'autre cas, la maladie était idiopathique, et le malade un petit garçon de huit mois seulement. Il devint triste, languissant, et paraissait avoir dans le nez une obstruction qui rendait la respiration difficile. Après un mois de durée de ces symptômes vagues, l'enfant commença à avaler avec difficulté, et quelquefois la déglutition était complètement impossible, pendant que la respiration, habituellement difficile, le devenait surtout pendant le sommeil. Pendant cinq semaines, on le traita par les apéritifs et les applications froides, pour une affection supposée de la tête, etc., et pendant quatre autres semaines, l'intensité des

symptômes ayant augmenté, un autre praticien traita ce cas pour une bronchite.

Six semaines après le début de la maladie, l'enfant me fut présenté. Il était endormi dans les bras de sa mère, la tête un peu rejetée en arrière, la face très-pâle et un peu bouffie, la bouche largement ouverte et la langue tournée vers la voûte palatine. La respiration était laborieuse et s'accompagnait constamment d'un très-fort gloussement qui n'avait aucune ressemblance avec la respiration stridente du croup. Ce bruit était plus intense, et la respiration plus difficile, pendant le sommeil que pendant la veille, bien qu'il fût très-marqué pendant celle-ci. L'air ne pénétrait qu'incomplètement dans les poumons, surtout dans le gauche.

L'enfant tétait passablement bien, quittant souvent le sein pour respirer, mais parvenant à avaler, et ne rejetant le lait ni par le nez ni par la bouche.

En portant mon doigt au fond de la gorge, je sentis un corps dur à la base de la langue, lequel semblait occuper tout le pharynx, et en déprimant la langue, je vis cette cavité occupée en entier par une masse qui repoussait en avant la luette et le voile du palais. La couleur de cette tumeur était rouge, mais avec deux ou trois points jaunes à sa surface, dus, suivant toute apparence, à ce qu'une couche très-mince de tissu laissait voir le pus. Avec la pointe d'un bistouri dont la lame fut recouverte en partie avec du diachylum, je ponctionnai cette tumeur d'où s'échappa environ une once de pus jaune, après quoi elle s'affaissa immédiatement.

L'air pénétra dès lors librement dans la poitrine, l'enfant téta avec facilité, et s'endormit bientôt avec une respiration calme. Le soir même, sa respiration devenant de nouveau moins facile, sa mère porta le doigt dans la gorge et pressa, comme on lui avait montré à le faire, sur les parois de l'abcès d'où s'écoula un peu de pus au soulagement immédiat de l'enfant. Le lendemain de la ponction, le gonflement avait à peu près le volume d'une noisette, et était situé entièrement à gauche de la ligne médiane.

Il était dur au toucher, mais on pouvait par la pression en faire sortir un peu de pus; et il continua d'en être ainsi pendant environ trois jours. Le gonflement lui-même ne disparut complètement qu'après environ trois semaines, sans toutefois donner lieu à aucun symptôme, et l'enfant, dans la suite, continua à jouir d'une très-bonne santé.

Dans un des deux cas d'abcès consécutifs à une affection des vertèbres, on ne soupçonna pas la présence de l'abcès pendant la vie, et on le découvrit, seulement à l'autopsie, au devant de la portion cervicale de la colonne vertébrale. Il s'étendait depuis l'apophyse odontoïde dénudée jusqu'au sommet du poumon. Dans l'autre, le jeune garçon, âgé de 3 ans 1/2, ayant une carie vertébrale avec déformation de l'épine, fut admis à l'hôpital en raison d'une dyspnée assez intense pour soulever la question de la trachéotomie immédiate. Heureusement on découvrit l'abcès faisant saillie à la partie postérieure du pharynx, et son ouverture donna issue à environ 120 grammes de pus. La dyspnée cessa aussitôt et la maladie des os suivit sa marche lente pendant le mois que l'enfant passa dans l'établissement.

Bien que, dans le premier cas, la maladie n'ait été reconnue qu'après la mort, elle n'en avait pas moins pendant la vie présenté manifestement les symptômes caractéristiques d'un abcès rétro-pharyngien. C'est aussi ce qui a lieu, je crois, dans la grande majorité des cas, bien que de temps à autre il survienne des circonstances qui rendent le diagnostic plus obscur. D'abord, les symptômes de la période de début ne paraissent pas être toujours identiques, la fièvre et les troubles cérébraux dominant dans quelques cas, et dans d'autres la dyspnée, de sorte qu'on s'endort sans se douter de la nature de la maladie, et qu'on n'attache pas à la dyspnée, et à la dysphagie, même quand elles sont devenues manifestes, l'importance qu'elles méritent.

De plus, la durée des premiers symptômes est très-variable, et si quelquefois la maladie suit une marche chronique, dans d'autres cas elle atteint un degré extrême d'intensité; en deux ou trois jours, ou même moins, et elle enlève l'enfant dans cette période, par la violence des troubles cérébraux qui se développent. Et ce n'est pas tout, la dysphagie, sur laquelle on insiste généralement comme un symptôme pathognomonique de l'affection, quelquefois n'a rien de remarquable; de temps à autre, même, comme dans un des cas relatés par le Dr Abercrombie, et dans celui rapporté avec détails par le Dr Peacock, elle manquait complètement.

Dans le dernier cas, également, en raison de la forme de l'abcès, on ne découvrit aucune tumeur à l'examen de la gorge, et le doigt même n'en constata pas la présence. C'est toutefois là une circonstance tout à fait exceptionnelle.

M. Duparcque cite les symptômes suivants comme propres aux cas où l'abcès s'est développé derrière l'œsophage : 1° douleur intense produite, même par une pression légère, sur le larynx et la partie supérieure de la trachée ; 2° cette pression produit l'arrêt complet de l'entrée de l'air ; 3° le larynx est porté en avant et à droite. Je ne puis d'après mon expérience personnelle rien dire de la valeur de ces symptômes, qui sont tels qu'on eût dû s'attendre à les trouver, l'abcès étant situé plus bas que le pharynx.

D'après le peu de certitude des signes de la première période, il n'est pas possible de dire quel genre de traitement lui convient. Dans quelques cas, comme dans celui d'un enfant d'un mois rapporté par Fleming, on ne reconnaît probablement pas du tout l'affection qui se termine par la sortie spontanée du pus par les narines, avant que les symptômes les plus redoutables de la dyspnée, et de la dysphagie, se soient manifestés.

Dans les périodes subséquentes, alors que la nature du mal est devenue évidente, l'indication est très-simple, et son exécution le plus souvent ne présente que peu de difficulté. Il faut ponctionner l'abcès, et avec la sortie du pus, tous les symptômes formidables disparaissent aussitôt.

Un bistouri à lame étroite qu'on recouvre avec une bande de diachylum, presque jusqu'à la pointe, est l'instrument le plus convenable en général ; mais pour les cas où la tumeur est située très-bas, ou dans lesquels la bouche ne s'ouvre que difficilement, un trocart à canule, comme celui dont s'est servi le D^r Fleming, en pareil cas est préférable. Le seul conseil que j'aie à ajouter, pour la suite du traitement, c'est, pendant un jour ou deux, d'exercer de temps à autre avec le doigt une pression sur la tumeur, pour tenir la cavité de l'abcès complètement vide, attendu que sans cela le pus peut se collecter de nouveau, et donner naissance aux symptômes premiers.

Oreillons. — L'inflammation de la glande parotide, la *cytanche paroridea* des auteurs, appelée *oreillons* par le vulgaire, est une affection qui se voit chez les enfants et les jeunes gens, sur laquelle je n'ai à dire que quelques mots, et qui ne peut trouver de place plus convenable qu'ici, bien toutefois que, strictement parlant, ses affinités soient plutôt avec les exanthèmes, et avec la rougeole particulièrement. Elle attaque les jeunes sujets qui ont passé sept ans, bien plus souvent, et d'une

manière bien plus intense, que ceux au-dessous de cet âge.

Bien que les oreillons se montrent quelquefois à l'état sporadique, ils existent bien plus souvent sous forme épidémique, et comme ils sont en même temps contagieux, il n'est pas rare de les voir attaquer tous les enfants d'une pension, ou d'une institution publique quelconque, où se trouvent réunis, en grand nombre, des jeunes gens de l'un ou l'autre sexe. La période d'incubation paraît varier beaucoup, elle serait de huit à vingt jours comme limite extrême, et en moyenne de douze, se rapprochant ainsi beaucoup de la loi à laquelle est soumise la rougeole (1). La maladie a pour siège une, et quelquefois les deux parotides, ainsi que le tissu cellulaire voisin ; mais pour peu que la maladie soit un peu intense, le travail morbide s'étend aux glandes sous-maxillaires et aux glandes salivaires en général. Elle se montre habituellement avec les caractères d'une fièvre légère ou d'un rhume, suivi en vingt-quatre heures de raideur du cou, et de douleur aux environs de la mâchoire inférieure, dont tous les mouvements, soit pour parler, soit pour se moucher, s'accompagnent manifestement d'une douleur considérable. En même temps aussi apparaît un gonflement vers l'angle de la mâchoire inférieure, quelquefois d'un côté seulement ; dans d'autres cas, des deux côtés en même temps ; et le volume de ce gonflement venant à augmenter rapidement, occasionne un grand changement dans les traits. Le gonflement est en général très-tendu, mais la couleur de la peau n'a subi aucun changement, excepté dans quelques circonstances où le gonflement des glandes des deux côtés, comprimant fortement les veines, empêche le retour du sang des régions céphaliques, ce qui donne à la face les apparences de la congestion, et si la tuméfaction est très-considérable, la déglutition, pendant quelque temps, peut être assez pénible pour être presque impossible, et la respiration, qui n'a lieu que la bouche ouverte, détermine la sécheresse de la langue. Mais la sécrétion salivaire ne subit ni augmentation ni diminution. Si la maladie est très-intense, l'enfant souffre beaucoup, est très-fiévreux, et peut même délirer légèrement ; mais quarante-huit heures après l'apparition du gonflement, elle a atteint son apogée, et la fièvre ainsi que la

(1) Rilliet et Barthez, *op. cit.*, 2^e édit., vol. II, p. 613 ; et Wagner, *Jahrb. f. Kinderhulk*, p. 335.

tuméfaction commencent à décroître. L'époque de la disparition complète du gonflement est très-variable ; il dure quelquefois de cinq à six jours, d'autres fois de dix à quinze ; chez d'autres malades, les glandes d'un côté sont d'abord affectées, et quand l'attaque tombe, celles du côté opposé se prennent de la même façon, ce qui prolonge d'autant la durée de la maladie.

La production de la suppuration au voisinage de la glande est une terminaison rare, mais qui, je crois, se voit plus souvent chez les jeunes enfants que chez ceux qui approchent de la puberté. Au contraire, la métastase sur les glandes mammaires, le testicule, ou le cerveau, dont les différents auteurs ont rapporté des exemples, est d'autant plus rare que les enfants sont plus jeunes. La plus formidable de ces métastases, celle sur le cerveau, paraît être un fait qui se rencontre très-rarement, et je n'en puis rien dire d'après mon expérience personnelle, non plus que du déplacement sur le testicule, ou sur le sein.

Le traitement de cette affection est en général fort simple, et réclame un choix judicieux de moyens de précaution plutôt qu'une intervention active. Quelques médicaments antiphlogistiques doux, des applications locales chaudes, sont tout ce qu'il faut, et la saignée locale n'est ni nécessaire, ni utile. Le temps pendant lequel existe beaucoup de douleur et de difficulté de la déglutition est en général très-court, si bien que, même dans les cas intenses, ce que nous aurons de plus sage à faire sera d'attendre la chute spontanée du gonflement.

S'il se produisait de la suppuration dans le tissu cellulaire qui entoure la glande, il faudrait substituer aux fomentations l'application d'un cataplasme chaud. Même lorsque le gonflement de la glande persiste après la chute du mouvement fébrile, comme il arrive quelquefois ; le mieux qu'il y ait encore à faire est d'abandonner la maladie à elle-même, puisqu'il est certain que le gonflement finira par disparaître de lui-même.

Quant à la manière d'agir vis-à-vis des métastases de la maladie, je n'ai pas à faire d'autre observation, si ce n'est qu'avec l'affection cérébrale, quelle que soit sa nature, il n'est pas prudent de temporiser ; tandis qu'un traitement doux et palliatif répondra à tout, lorsqu'il s'agira d'une affection du sein, ou du testicule.

TRENTE-QUATRIÈME LEÇON.

MALADIES DE L'ESTOMAC.

Le vomissement souvent symptomatique de la maladie d'un autre organe, se produit quelquefois chez un jeune enfant auparavant bien portant, sans signes d'un malaise général. — Son traitement. — Est souvent l'un des nombreux symptômes de l'indigestion. — Dyspepsie infantile. — Quelquefois unie à une débilité générale de l'organisme. — D'autres fois dépend d'un désordre spécial de l'estomac. — Ses symptômes et son traitement.

RAMOLLISSEMENT DE L'ESTOMAC. — On le trouve à différents degrés après la mort. — Théories diverses quant à sa nature. — Sa grande fréquence dans l'enfance. — Explication de ce fait.

HÉMATÉMÈSE ET MÉLÈNA. — Très-rare. — Dépend quelquefois d'une lésion produite pendant le travail. — La manière dont elle survient est difficile à expliquer. — Exemples. — Fausse hématurie.

Les maladies auxquelles est exposé l'estomac pendant l'enfance ne sont, ni nombreuses, ni importantes, bien que ses fonctions soient plus ou moins troublées pendant le cours de la plupart des affections de l'enfance. Le vomissement est, il est vrai, plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte, et l'irritabilité plus grande de l'estomac persiste même après que les premiers mois de la vie se sont écoulés, et ne cesse pas même complètement pendant les premières années de l'enfance ; d'où il arrive, comme nous l'avons vu, que le vomissement est quelquefois un des premiers signes des inflammations des poumons, et de la pleurésie, et qu'il annonce souvent l'apparition des fièvres éruptives, de