plus de même de la marche de la maladie, de ses terminaisons, de ses *métastases*. Il n'est pas, enfin, jusqu'à la nature de ces mêmes oreillons qui ne soit contestée et sur laquelle les idées ne soient en contraste les unes avec les autres.

Voici les paroles d'Hippocrate : « Toutes les circonstances atmosphériques ayant été australes, et avec sécheresse, un intervalle où la constitution fut contraire et boréale au début du printemps fit naître quelques *causus*... Il se forma des *oreillons*, chez plusieurs, d'un seul côté, chez le plus grand nombre, des deux côtés... Chez quelques-uns bientôt, chez quelques autres plus tard, il se formait une inflammation douloureuse du testicule, tantôt d'un côté, tantôt des deux. » A cette occasion, Littré (1) rappelle une épidémie du même genre qui fut observée pendant l'automne de 1779, à Pégomas, par Rossagnoly, médecin de l'hôpital de Grasse, et dans laquelle, par un singulier privilège, les hommes mariés furent épargnés.

Les oreillons ne sont qu'une parotidite légère. Ils ont la plus grande analogie avec les parotidites des fièvres graves septicémiques appelées *parotides*. — C'est le même siège anatomique, et ces deux affections résultent d'une rétention salivaire produite par l'inflammation obstructive du canal de Sténon.

Les *oreillons* sont une maladie de l'enfance, et plus particulièrement de la seconde enfance, aux environs de la puberté. Rarement se montrent-ils après la vingtième année révolue et chez les vieillards. Il y en a cependant des exemples observés bien au delà de cet âge; Champion en a signalé un cas chez un homme de quarante-cinq ans, et Rizet en a observé une épidémie assez grave sur les soldats de la garnison d'Arras, ainsi que sur les habitants de cette ville (2). D'autres médecins en ont vu également; mais c'est principalement sur les militaires et dans les casernes que cela s'observe. Les oreillons semblent être jusqu'à un certain point l'apanage du sexe masculin ; au moins sont-ils assez rares chez les filles et chez les femmes. Ils apparaissent au printemps ou à l'automne, lorsque le temps est froid, humide et subitement traversé par ces vicissitudes de l'atmosphère qui engendrent l'angine gutturale et pharyngée.

On les voit au même moment sur un plus ou moins grand nombre d'enfants avec leur caractère *épidémique*, et ils appartiennent à cette grande classe d'affections des muqueuses qui résultent de la réaction de l'organisme contre une cause extérieure, épidémique et spéciale, probablement de nature bactérienne. Les oreillons se montrent ordinairement à l'état d'épidémie, ainsi qu'Hippocrate l'a indiqué. Tout le monde l'a redit après lui. C'est chose acceptée désormais comme incontestable. Je n'en dirai pas autant des propriétés contagieuses attribuées aux oreillons par Thomas Lagghi et par quelques médecins modernes ; rien ne prouve la contagion de cette maladie ; elle est probable, mais il ne faut pas attribuer, comme on le fait trop facilement pour beaucoup de maladies, à l'influence *de la contagion* ce qui se rapporte, au contraire, à l'influence épidémique et *infectieuse*.

Quoi qu'il en soit, les oreillons occupent ordinairement les deux glandes parotidiennes, et il est excessivement rare de n'avoir qu'un oreillon. C'est une maladie qui n'a pas de singulier.

Symptômes. — Les oreillons s'annoncent par la courbature et une assez grande lassitude accompagnée d'une faible agitation générale (nerveuse ou fébrile), quelquefois de délire ; puis apparaissent des symptômes locaux. Dans l'une et plus habituellement dans les deux régions parotidiennes, à la partie inférieure des oreilles, apparaît une douleur fixe plus ou moins vive et qui gêne les mouvements de la mâchoire; elle est bientôt suivie du gonflement des parties molles et des parotides, gonflement qui peut être modéré et sans changement de couleur à la peau, ou, au contraire, qui peut atteindre des proportions considérables, s'étendre aux parties latérales du cou et de la face de manière à donner au visage des proportions informes et monstrueuses. Si la maladie est très aiguë, au gonflement se joint une grande chaleur,

(1) Littré, *Œuvres* d'Hippocrate, t. II, p. 531. *Argument*.

(2) « Cette affection se déclara tout d'abord isolément sur plusieurs jeunes enfants de la ville, pendant le mois de janvier 1864, sans prendre toutefois les proportions d'une épidémie. A son début, localisée aux parotides, elle respecte les testicules.

« Le 2 février, s'observe, au 2e du génie, le premier cas sur un sapeur de la 13e compagnie. Chez ce militaire, les deux parotides se prennent avec les testicules. Jusqu'au 12 mai, nous avons constaté vingt-deux cas d'oreillons; souvent les testicules furent pris, soit un seul, soit les deux à la fois ; deux malades eurent les mamelles douloureuses et engorgées. Un de ces hommes vit se développer au sein droit quatre seins surnuméraires, semblables de tout point à ceux décrits au commencement de la grossesse par M. Montgomery ; ils survinrent le deuxième jour de l'engorgement de la glande mammaire, et persistèrent dix jours avec une teinte noire de l'aréole et écoulement par le mamelon d'un liquide séreux.

« Sur ces vingt-deux malades, le plus jeune avait vingt ans et deux mois ; le plus âgé atteignait sa trente-sixième année.

« Les cas de parotidite double furent au nombre de huit ; chez les quatorze autres malades, une seule parotide plus ou moins affectée. Quant aux testicules, sept fois ils furent pris tous les deux ; trois fois un seul fut affecté d'engorgement.

« La parotide droite se prenait après le testicule gauche, la parotide gauche suivait enfin le testicule droit.

« Pareil croisement fut observé en ville chez les petits garçons dont les mamelles furent engorgées. Des accidents typhoïdes furent observés sur deux sapeurs ; l'un présenta ces phénomènes au début de l'épidémie, l'autre tout à la fin ; tous deux ont guéri assez rapidement.

« Tous ces engorgements parotidiens testiculaires se sont terminés par résolution ; une seule parotide, pendant vingt-quatre heures, fit craindre la présence d'un abcès dans son intérieur.

« Trois des malades adultes présentaient une déformation de la face épouvantable : deux avaient les parotides et les glandes sous-maxillaires tellement gonflées, que leur aspect n'avait plus de forme humaine ; le troisième portait une tumeur énorme du côté où elle siégeait. Ce malade était vraiment méconnaissable pour ses plus intimes amis.

« Chez un jeune homme de seize ans, la parotide droite seule fut prise, et en moins de cinq jours elle touchait l'articulation sterno-claviculaire de ce même côté ; la peau était luisante et donnait une fausse sensation de fluctuation. En quinze jours tout avait disparu ; il reste seulement au cou un engorgement des ganglions cervicaux en forme de chapelet, dissous lui-même au bout de deux mois. C'est peut-être, avec l'observation rapportée par Henry, le cas le plus volumineux d'engorgement parotidien. Celui de ce médecin avait pour sujet une petite fille de cinq ans; chez cette enfant, la glande engorgée s'étendait depuis l'apophyse mastoïde jusqu'au milieu du cou.

« Ce sont les parotides les plus légères qui s'accompagnèrent le plus généralement d'orchites ou d'engorgements mammaires ; ces affections, par contre, sont rares quand la parotide ou les parotides sont fortement engorgées.

« Au commencement d'avril, les troupes d'infanterie et les cuirassiers à leur tour sont pris de l'épidémie, déjà modifiée et dans son intensité et dans ses manifestations. En effet, sur les vingt-sept cas observés, vingt-trois au 84e de ligne et quatre à la cavalerie, pas un n'offrit d'accidents typhoïdes ; les parotides sont moins de temps engorgées, rarement les deux sont prises à la fois ; l'affection atteint plus particulièrement les testicules. Il arriva alors plusieurs fois de voir entrer à l'hôpital des hommes porteurs d'une orchite regardée comme vénérienne ou jugée de cause externe par le médecin du corps ; le lendemain, cette affection s'accompagnait l'un léger engorgement d'une ou des deux parotides, d'un peu de gêne dans les mouvements de mastication, rarement d'un léger mouvement fébrile. Un seule fois, au 2e du génie, nous avons observé l'orchite précédant de quelques heures l'oreillon, tandis que, sur des soldats du 84e de ligne, elle eut une avance de deux ou trois jours. Sur les malades de ce corps, les accidents ont visiblement diminué d'intensité, ils sont d'une moindre durée, l'épidémie touche à sa fin.

« L'épidémie régnait en même temps sur les troupes de Douai au 19e bataillon de chasseurs, et M. le médecin-major Ouradon traitait à la chambre dix-huit malades, sur un effectif de huit cent soixante hommes ; tous ces cas étaient de peu d'intensité. Les parotides furent presque toujours prises des deux côtés, avec une action plus manifeste sur une d'entre elles; mais rarement les testicules se gonflèrent, car ce médecin n'observa que trois orchites : pas une ne fut double.

« Pendant cette même époque, les oreillons régnaient aussi à Montpellier sur un régiment du génie. » (*Bulletin médical du nord de la France*, décembre 1865.)

profonde et superficielle; la peau, très fortement tendue, devient lisse, quelquefois rosée, brillante; mais c'est, en général, un gonflement qui a plutôt l'apparence œdémateuse que l'aspect inflammatoire.

La douleur, le gonflement, la tension et la rougeur de la parotide sont tout à fait en rapport avec l'acuïté des oreillons. Ces phénomènes sont toujours accompagnés de sécheresse de la bouche et de la gorge, de douleurs dans la déglutition. Dans les cas où il n'y a qu'un seul oreillon, la sécheresse n'existe que du côté affecté. Comme je l'ai fait connaître, le *canal de Sténon est parfois gonflé, dur et oblitéré*, ce qui produit la rétention salivaire. Les glandes sous-maxillaires sont engorgées; et si l'on parvient à faire ouvrir la bouche aux malades, on trouve la muqueuse de l'isthme du gosier ou du pharynx rouge, tuméfiée et offrant les traces d'une inflammation érythémateuse bien prononcée. Au deuxième et troisième jour, si l'on examine la face interne de la joue au niveau de l'orifice excréteur de la parotide et que l'on presse sur la glande, il en sort un liquide lactescent, puriforme, que le microscope montre entièrement formé de leucocytes et de bacilles.

La fièvre qui nait avec les oreillons grandit avec eux, s'élève plus ou moins, suivant le degré des accidents, et elle disparaît avec le gonflement de la partie supérieure du cou.

Marche et terminaison. — Les oreillons mettent de trois à cinq jours à se développer avant d'atteindre le maximum de leur intensité. Ils marchent parallèlement de chaque côté du visage, mais par exception l'un d'eux peut être plus précoce et plus fort que l'autre. Leur apogée ne se prolonge guère; ils décroissent assez rapidement, la fièvre tombe, le gonflement des deux régions parotidiennes se dissipe, les mouvements de la mâchoire commencent à s'exécuter, la déglutition devient plus facile, et de jour en jour la *résolution* s'opère et devient plus complète. Elle est quelquefois accompagnée d'une légère moiteur de la peau dans les parties affectées, et chez d'autres sujets par quelques évacuations alvines.

Si la *résolution* est la terminaison la plus ordinaire de l'engorgement parotidien qui forme les oreillons, ce n'en est pas la fin constante. Ailleurs la maladie laisse après elle une sorte d'*induration* de la glande parotide, qui persiste pendant plusieurs septaines et finit enfin par disparaître. Cela est rare. Chez d'autres, les oreillons se terminent par *suppuration*, mais c'est là encore un fait des plus exceptionnels. Il a été observé sur les demoiselles de Saint-Cyr, dans une épidémie qui a frappé cette maison d'éducation dont l'histoire a été rapportée en extrait par Dionis (1), et par le docteur Emond sur un jeune homme de dix-huit ans (2). Alors les symptômes locaux augmentent beaucoup et offrent plus d'intensité. La peau se tend, rougit; les douleurs changent de caractère et deviennent pulsatiles; la tumeur proémine, s'amollit; la fluctuation, d'abord obscure, devient plus évidente, s'étend du centre à la circonférence, et un abcès ordinairement très superficiel est formé. Une fois le pus évacué naturellement ou à l'aide d'une incision par le bistouri, la cicatrisation ne tarde pas à se faire et s'obtient rapidement à l'aide des pansements les plus simples.

Une autre terminaison assez fréquente, la plus curieuse, la plus réelle et cependant la moins compréhensible avec les idées actuelles de philosophie médicale, c'est la terminaison par *métastase*, ou, en d'autres termes, la terminaison par déplacement de l'engorgement parotidien, qui de la glande

(1) Dionis, *Cours d'opérations de chirurgie.*
(2) Edmond, *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 418.

parotide passerait dans la glande *testiculaire* ou dans la glande *mammaire*. On voit, en effet, vers le cinquième ou le sixième jour des oreillons, au moment où la résolution semble s'opérer d'une façon régulière, chez l'homme le testicule devenir douloureux, dur, engorgé (*orchite ourlienne*), et chez la femme la mamelle présenter des phénomènes analogues. Scroeckius est, dit-on, le premier qui ait signalé ce fait, qu'ont vu et revu depuis lors Hévin, Thomas Lagghi, Hamilton, Rochard, Richter, Saucerotte, Louis et tous les médecins qui ont eu quelque pratique étendue de la médecine.

Il est beaucoup plus fréquent chez l'adulte affecté d'oreillons que chez les enfants, où le fait est assez rare. Ainsi chez l'adulte:

Dans une épidémie d'oreillons dont parle Saucerotte (1), tous les gendarmes entrés à l'hôpital pour oreillons prirent des orchites.

Dans l'épidémie observée par Noble, à bord de l'*Ardent*, 12 marins atteints d'oreillons eurent tous des orchites (2).

Dans l'épidémie de Châteauroux (3), la plupart des adultes atteints d'oreillons eurent des orchites.

M. Thierry de Maugras, à Mascara, a observé 22 cas d'orchites sur 76 cas d'oreillons (4).

M. L. Colin, à Joigny, a vu les oreillons se compliquer presque toujours d'orchite chez les militaires: « Ce n'est qu'exceptionnellement, dit-il, peut-être une fois sur cinq ou six, que nous avons vu manquer l'inflammation simultanée ou métastatique d'un testicule (5). »

M. Rizet, à Arras, sur 22 cas d'oreillons observés sur des soldats du génie, a noté 10 cas d'orchite, dont 7 d'orchite double (6).

M. Widal, à Miliarah, a vu l'orchite compliquer les oreillons dans plus de la moitié des cas (7).

M. Vidal, à l'armée de la Loire, a noté 10 cas d'orchite sur 26 cas d'oreillons (8).

M. Bussard, à l'île d'Oléron, en 1875, 13 cas d'orchite sur 26 cas d'oreillons.

M. Chauvin, à Antibes, en 1876, 17 cas d'orchite sur 45 cas d'oreillons (9).

M. A. Juloux, à Dijon, 14 cas d'orchite sur 35 cas d'oreillons (10).

M. Chatin, 9 cas d'orchite sur 37 cas d'oreillons, dans une épidémie observée, comme les précédentes, sur des militaires (11).

M. Laurens, à Albi, 32 cas d'orchite sur 118 cas d'oreillons (12).

M. Sorel, à Amiens, 15 cas d'orchite sur 35 cas d'oreillons (13).

D'après Laveran, qui a réuni ces 432 cas d'oreillons chez des militaires vus par différents observateurs, et sur des points très éloignés les uns des autres, on trouve que ces 432 malades ont fourni 156 cas d'orchite simple ou double. — Dans un cas, le docteur Sorel a signalé une aphasie qui a duré plus d'une année.

Si l'*orchite ourlienne* est bien réelle, quelle en est la cause? Comment s'en

(1) Saucerotte, *Mélanges de chirurgie*, t. II, p. 367.
(2) Noble, *Med. and surg. Journ.*, t. IV.
(3) *Observat. de l'Indre* et *Gaz. des hôp.*, 19 janvier 1883.
(4) Thierry de Maugras, Thèse de Montpellier, 1851.
(5) Colin, *Étude clin. de méd. milit.*, Paris, 1864, p. 163.
(6) Rizet, *Bul. méd. du Nord*, 1865.
(7) Widal, *Recueil de mém. de méd. milit.* 1866.
(8) Vidal, Thèse de Paris, 1871.
(9) Chauvin, *Recueil de mém. de méd. milit.*, 1876.
(10) Juloux, Même recueil, 1876.
(11) Chatin, Même recueil, 1876.
(12) Laurens, Même recueil, 1876.
(13) Sorel, Même recueil, 1877.

rendre compte? Est-ce une métastase? Il y a donc des métastases? Si ce n'est pas une métastase, qu'est-ce que cela peut être?

Les oreillons abandonnent donc quelquefois la parotide. Chez l'homme plutôt que chez les enfants, ils se portent sur les testicules, et cela tantôt sur sur le côté correspondant à la délitescence de la parotide, tantôt sur le côté opposé; il n'y a point, quoi qu'on ait dit, de règles précises à cet égard. Alors le testicule lui-même, comme l'a vu plusieurs fois Grisolle, et non pas l'épididyme, se gonfle, devient dur et douloureux; le scrotum se remplit d'une petite quantité de sérosité; la peau se tend, rougit, sécrète de la sueur ou se mortifie du jour au lendemain, comme Ravaton dit en avoir vu des exemples. Mais ce sont là des faits exceptionnels.

L'engorgement testiculaire consécutif à l'engorgement parotidien se dissipe ordinairement en quelques jours, une septaine au plus, et il disparaît sans laisser de traces ou en amenant une atrophie du testicule. Il paraîtrait même que cet accident grave se produit chez un assez grand nombre d'enfants.

Chez les femmes, les oreillons se déplacent de la région parotidienne pour occuper la glande mammaire et quelquefois les grandes lèvres. La mamelle ou les mamelles durcissent, augmentent de volume, offrent une chaleur inaccoutumée et deviennent douloureuses. Leur état se rapproche de celui qu'elles présentent dans l'engorgement des règles ou l'engorgement lacté qui suit la parturition, à cela près qu'il n'y a pas de sécrétion spéciale.

On a vu quelques malades chez lesquels même, s'il faut en croire d'anciens observateurs, l'engorgement parotidien, ayant une première fois émigré sur les testicules ou les mamelles, serait revenu dans les parotides pour affecter une seconde fois les mamelles ou les testicules. On en a vu enfin chez lesquels ces accidents ont été traversés par des phénomènes d'inflammation aiguë des méninges et du cerveau, de manière à occasionner la mort. La même doctrine qui considère l'engorgement mammaire et testiculaire comme une métastase des oreillons sert à rendre compte de ces accidents cérébraux particuliers, toutefois assez rares. A part l'explication qui en a été donnée, et qu'on peut combattre, le fait doit rester et restera. Les oreillons peuvent exceptionnellement acquérir une gravité telle que la mort en soit la conséquence.

A présent, voyons ce qu'il faut penser de ce déplacement des oreillons, et s'il faut admettre: — une métastase de la maladie d'un organe sur un autre organe, ou au contraire le considérer: — comme le résultat d'une sympathie particulière, ou enfin: — comme la réaction obligée de tissus de même nature constituant les glandes et mises en vibration par une même influence morbide. Il serait difficile de démontrer que dans l'oreillon voyageur un principe morbide spécial formé de microbes abandonne la glande parotide pour se jeter, on ne sait par quel chemin, sur les glandes mammaires et séminales. L'hypothèse de ces microbes, élément principal de toutes les maladies épidémiques, peut seule être invoquée en faveur de la métastase, mais ce n'est pas assez, et nos connaissances sur la composition des humeurs dans l'état pathologique se refusent à l'idée d'une viciation humorale circonscrite pouvant se promener d'un tissu à l'autre. Il y a au contraire une loi de physiologie pathologique qui rassemble, au point de vue de la pathogénie, les tissus de nature analogue ou semblable, et qui établit entre eux un lien naturel fondé sur l'existence de leurs propriétés spéciales, troublées et perverties par les mêmes causes, et sous l'influence des mêmes agents. C'est ainsi que la peau et les muqueuses, les synoviales et les séreuses des viscères se balancent dans leurs fonctions et deviennent simultanément

ou successivement malades, par identité de structure, et par sympathie plutôt encore que par métastase. Il en est peut-être de même des glandes, qui ont toutes une structure analogue, et dont les éléments glandulaires sont composés des mêmes tissus, doués des mêmes propriétés, qu'une même influence doit calmer ou pervertir. C'est à cette cause physiologique qu'il faut rapporter l'engorgement parotidien, mammaire et séminal, que l'on voit apparaître et se succéder assez souvent dans la maladie vulgairement connue par le mot d'*oreillons*. La conformité de structure permet de croire à l'identité des susceptibilités morbides, et si cette disposition existe, quoi d'étonnant qu'une influence extérieure la mette en jeu et fasse succéder l'engorgement séminal et mammaire à l'engorgement parotidien? Nous ne trouvons à cela rien d'extraordinaire, et nous ne serions étonné que d'une chose, c'est que cela ne fût pas ainsi. Cependant, pourquoi l'analogie de structure ainsi évoquée ne permet-elle que la migration en une seule ligne des fluxions parotidiennes, c'est-à-dire des oreillons vers la mamelle ou vers le testicule, et non pas réciproquement des autres engorgements primitifs testiculaires et mammaires sur la parotide? Ne devrait-il pas y avoir, si le principe de notre interprétation est exact, une réciprocité parfaite entre tous les engorgements de ces glandes? Il semble au premier d'abord qu'il en doive être constamment ainsi. Mais si l'on pense que les formes communes de l'engorgement mammaire et testiculaire ont toujours une cause locale particulière, on comprendra pourquoi ces engorgements restent fixes et ne peuvent quitter leur point d'origine. D'ailleurs, est-ce qu'on ne voit pas le rhumatisme articulaire aigu atteindre secondairement les membranes fibro-séreuses extérieures du cœur, pour faire l'endopéricardite rhumatismale, sans que pour cela une endocardite primitive, *non rhumatismale*, ait la propriété réciproque de se déplacer ou de se voir ultérieurement compliquée de rhumatisme articulaire aigu? Il n'y en a pas moins analogie de propriétés et de susceptibilités morbides entre ces différentes membranes séreuses. L'ordre de succession de certains phénomènes pathologiques est le résultat des lois organiques immuables, et semble être tracé d'avance, de sorte qu'il est difficile de croire que ce que nous voyons se dérouler devant nos yeux d'une façon toute particulière puisse s'opérer autrement rien que pour obéir à nos théories.

Pour Laveran, dans l'orchite ourlienne, il n'y a pas de métastase, et c'est la même cause épidémique qui agit sur la parotide et sur le testicule. La preuve serait que, dans certaines épidémies d'oreillons, il y a des cas d'orchite spontanée primitive sans que la parotide devienne malade.

Lors de l'épidémie de Châteauroux, en 1832, il y eut plusieurs cas d'orchite sans tuméfaction des parotides.

Rilliet, Julliard et Mayor, pendant l'épidémie de Genève, en 1850, ont observé plusieurs fois des orchites sans parotides (1).

Desbarreaux Bernard cite 7 exemples de cette forme anormale des oreillons: « Dans la même famille, dit-il, un malade était atteint d'orchite, tandis que son frère avait une tuméfaction parotidienne (2). »

Des exemples d'orchite ourlienne d'emblée ont été cités par: Ressiguier (1 cas), Boyer (5 cas), Malabouche (4 cas), Debize, Vidal (5 cas), Jacob (3 cas), Jobard (2 cas), Chauvin (1 cas), Sorel (3 cas). J'ai vu moi-même plusieurs fois, pendant des épidémies d'oreillons, des orchites se développer chez des hommes qui n'avaient pas présenté trace de tuméfaction des glandes

(1) Rilliet, *op. cit.*
(2) Desbarreaux Bernard, *Journ. de méd. de Toulouse*, 1860.

salivaires; un de mes malades eut ainsi une orchite double d'emblée (1).

Perte de l'ouïe après les oreillons. — Bien que Toynbee ait signalé la possibilité de la perte de l'ouïe à la suite des oreillons, cette complication est restée peu connue. Elle est rare. Buck rapporte l'observation suivante d'une jeune fille qui, au troisième jour d'une attaque d'oreillons, ressentit de vives douleurs dans l'oreille et s'aperçut le lendemain qu'elle était sourde. Une deuxième observation concerne un homme qui était devenu sourd sans douleur. Dans les deux cas, la région parotidienne était également malade de chaque côté, mais la surdité ne survint que dans une oreille. L'auteur localise l'affection dans le labyrinthe.

Le docteur Roosa, de New-York (2), dit aussi que les oreillons amènent quelquefois, mais rarement, une surdité limitée presque toujours à un seul côté et contre laquelle le traitement reste impuissant.

Moos rapporte encore avoir vu un jeune garçon de treize ans qui, trois mois auparavant, avait eu les oreillons et qui dès le cinquième jour perdit l'ouïe; il eut aussi des vomissements et des titubations, mais jamais de perte de connaissance. Brunner a observé un fait du même genre chez une femme de trente ans, qui eut en outre du vertige. Cet auteur, réunissant les faits connus, conclut que la surdité nerveuse par les oreillons est tantôt unilatérale, tantôt bilatérale; qu'elle est toujours complète et incurable, qu'elle survient avec des bourdonnements et du vertige qui disparaissent. Cette surdité ne s'accompagne pas de fièvre ni de douleur.

On peut ajouter à cette série de faits une observation publiée par M. Calmettes (3) et un autre fait rapporté par M. Moure (4). Dans ce cas, observé chez une enfant de huit ans, au moment où la tuméfaction commençait à disparaître, vers le quinzième jour, l'enfant devint subitement sourde des deux oreilles dans l'espace d'une journée à peine, sans éprouver aucune douleur, ni aucun symptôme; peu de temps après survinrent cependant des bourdonnements, qui persistèrent longtemps. Aucun des modes de traitement employé n'eut la moindre influence sur la surdité. Ces faits présentent presque tous quelque particularité spéciale, mais ils en ont une qui leur est commune, c'est la persistance de la surdité en dépit des traitements les plus variés. Quant au mode de propagation de l'affection ourlienne aux oreilles, il ne s'explique pas mieux que les différentes localisations de la maladie sur les testicules, l'ovaire ou la mamelle. On est seulement fondé à admettre, d'après les symptômes observés, que l'affection est localisée dans le labyrinthe.

On y voit quelquefois des douleurs de rhumatisme articulaire.

« Quatre fois sur 61 cas d'oreillons, le Dr Jourdeau a noté des douleurs articulaires siégeant dans les épaules, les coudes et les poignets. Ces douleurs ne s'accompagnaient pas de gonflement et disparaissaient au bout de cinq à huit jours (5). » Trousseau, Chaussier, Gellé (6) en ont cité des cas semblables.

Telles sont les terminaisons possibles et variées des oreillons. Il en est quelques-unes de graves, mais elles sont heureusement fort rares. La maladie, ordinairement légère, parcourt ses périodes en sept ou huit jours, et se termine simplement pour ne jamais revenir. Les engorgements consécutifs

(1) A. Laveran, *Traité des maladies des armées*, 1875. — A Laveran et Teissier, *Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales*. 2e Edition. Paris 1883. — Lemarchand, thèse de Paris, 1876.
(2) Roosa, *Traité*.
(3) Calmettes, *France médicale*.
(4) Moure, *Revue mensuelle de Laryngologie*.
(5) Jourdeau, *Dict. encycl. des sc. méd.* Art. OREILLONS.
(6) Gellé, *Précis des maladies de l'oreille*. Paris, 1885.

possibles, mais non pas constants, du testicule et de la glande mammaire, prolongent la maladie sans l'aggraver notablement. Elle guérit presque toujours. La suppuration est un accident exceptionnel, et les cas de mort par suite de complications cérébrales sont encore plus rares.

Diagnostic. — Les oreillons ne sont pas difficiles à reconnaître, et sont, en général, d'un diagnostic assez simple. Le siège de la tumeur dans les deux parotides, le gonflement uniforme et modéré de ces glandes, sa faible tension, l'absence de réaction inflammatoire évidente, indiquent un engorgement simple des parotides plus qu'une inflammation très aiguë de ces glandes. Or, c'est cet engorgement glanduleux, lui-même dû à l'obstruction du canal excréteur, qui est le principal caractère des oreillons. La tuméfaction des glandes sous-maxillaires et le gonflement des parties latérales de la face et du cou achèveront de spécifier le diagnostic.

Tous ces caractères se retrouvent, à un degré beaucoup plus prononcé, dans l'inflammation de la parotide, qui constitue l'*oreillon typhoïde* ou *septicémique* qu'on appelle la *parotide;* mais cette maladie est toujours liée à un état général antérieur grave de l'organisme, à une maladie fébrile, putride ou pestilentielle; elle dépend de la stomatite scepticémique, dont les vibrions s'infiltrent dans le canal de Sténon, gonflent la muqueuse, amènent la rétention salivaire suivie de suppuration. Elle n'est alors qu'un accident secondaire, au d'être lieu l'élément primitif, comme cela se voit dans les *oreillons*. Entre les *oreillons*, maladie primitive, et la *parotide*, maladie secondaire, il n'y a qu'une identité de situation, et il y a une différence complète de nature. Vouloir les confondre, ce serait faire ce qu'on a tenté dans un autre genre, lorsque quelques pathologistes ont voulu confondre la grippe avec la bronchite aiguë, le chancre avec l'inflammation ulcéreuse simple des tissus, etc. Si la nature des oreillons les sépare des parotides, la marche et la terminaison ne les en distinguent pas moins. Ici, résolution, déplacement sur la mamelle ou sur le testicule, suppuration très rare, et la mort, chose presque inconnue. Là, au contraire, jamais de déplacement; suppuration constante et la mort presque constante.

Il n'y a donc entre les oreillons, affection catarrhale, et les parotides, affection septicémique, qu'une simple analogie de siège anatomique : les maladies sont essentiellement différentes.

Les uns ne suppurent pas ou du moins très rarement, parce qu'il n'y a pas de diathèse, tandis que les autres suppurent toujours en raison de la diathèse septicémique. Il se passe ici quelque chose d'analogue à ce qu'on observe dans le *bistournage* des béliers. Sur un bélier sain, le bistournage produit l'atrophie testiculaire sans accident, tandis que sur un bélier auquel on a préalablement injecté dans le sang des bactéries putrides pour créer une *septicémie expérimentale*, le bistournage est souvent suivi de la gangrène des parties (Chauveau).

En résumé : l'oreillon est une inflammation de la parotide chez un sujet dont le sang n'est pas malade, et la parotidite un oreillon chez un sujet atteint de septicémie.

Pronostic. — Les oreillons sont généralement considérés avec de justes raisons comme une maladie de peu d'importance. En effet, malgré les complications dont nous avons parlé, la terminaison est presque toujours heureuse: 90 fois sur 100, ils guérissent sans laisser de traces de leur existence, et ailleurs ils se déplacent pour se porter sur les autres glandes extérieures, ou provoquent la suppuration, ou enfin des complications plus sérieuses, susceptibles d'occasionner la mort.

Traitement. — Le traitement, exige une saine appréciation de la nature du mal et de sa terminaison naturelle. En présence d'un engorgement simple des parotides, sans phénomènes inflammatoires bien marqués, ni menace de phlegmon aigu, la diète, le repos à la chambre, les boissons délayantes, la chaleur entretenue localement sur la région parotidienne par de l'ouate, des fomentations ou des cataplasmes laudanisés, suffisent pour conduire à une bonne terminaison. Il faut ici ne pas troubler la marche naturelle de la maladie.

Si, au contraire, les phénomènes inflammatoires généraux ou locaux sont très développés, la saignée générale et locale trouvera son emploi, malgré l'anathème lancé contre elle par Hamilton, qui considère ce moyen comme plus nuisible qu'utile, et comme devant provoquer les métastases. Cela ne nous est pas démontré, et dans l'indication formelle que nous supposons, il n'y a pas à hésiter dans la pratique de la saignée du bras ou dans l'application de quelques sangsues sur les parotides tuméfiées.

Hamilton, dans le but de prévenir les métastases, appliquait un vésicatoire volant sur chaque oreillon, et il déclare n'avoir jamais vu le déplacement du mal dans les cas où il a recours à cette pratique. C'est une assertion dont il faut tenir compte, mais il ne faut pas en exagérer l'importance; et peut-être les vésicatoires n'ont-ils eu de pareils succès que par suite de ce fait général qui établit comme la règle la terminaison heureuse des oreillons.

Si la suppuration se forme, il faut immédiatement ouvrir l'abcès par des mouchetures, le laver parfois mettre un drain, et panser la plaie comme un plaie ordinaire. La cicatrisation se fait assez vite et assez régulièrement.

Lorsqu'une induration marquée succède aux oreillons, et quand le gonflement de la parotide tarde à disparaître, il faut garantir les parties du froid, empêcher la sortie des malades, et faire des frictions sèches ou aromatiques, ou rendues légèrement excitantes avec l'ammoniaque, sur la région parotidienne. Dans ce cas, les douches de vapeur aqueuse sont très utiles et peuvent hâter la résolution.

Enfin, nous dirons que le gonflement des mamelles ou des testicules qui résulte du déplacement des oreillons n'exige aucun traitement énergique, et que la chaleur, ainsi que les applications topiques émollientes suffisent à le faire disparaître.

Aphorismes.

349. Chez un enfant bien portant, l'apparition d'une douleur et d'un gonflement des glandes parotides, avec rétention salivaire par obstruction du canal de Sténon annonce les *oreillons*.

350. Il y a des *oreillons simples* et des *oreillons septicémiques*, mais les premiers, peu graves, durent de cinq à huit jours et se terminent par résolution, tandis que les autres plus prolongés sont souvent suivis de suppuration.

351. Une influence épidémique de nature inconnue frappant sur la muqueuse du canal de Sténon est la cause des oreillons simples.

352. On rencontre beaucoup plus souvent les oreillons chez les garçons que chez les filles.

353. Une douleur testiculaire chez les garçons, mammaire chez les filles, apparaissant pendant les oreillons, annonce la métastase du mal sur le testicule et sur la mamelle.

354. Des applications sèches et chaudes, calmantes, suffisent pour guérir les oreillons simples.

355. Une douleur avec gonflement des glandes parotidiennes chez un enfant atteint de fièvre typhoïde ou de septicémie annonce une *forme des oreillons* qu'on appelle l'*oreillon septicémique* ou *parotide*.

356. Les oreillons septicémiques ou parotides dépendent de la stomatite bactérique des fièvres graves qui gagne le canal de Sténon, oblitère le conduit et produit une rétention salivaire suivie de suppuration de la glande parotidienne en raison de l'état typhoïde et septique des malades.

357. Les oreillons septiques ou parotides se terminent presque toujours par suppuration remplie de vibrions septiques.

358. On voit périr la plupart des enfants atteints de parotides septicémiques, à moins que les foyers de suppuration ne soient promptement évacués.

CHAPITRE II

KYSTES DU COU

Les *kystes du cou* se présentent tout formés chez les nouveau-nés au moment de la naissance ou se développent au bout de quelques mois, mais leur point de départ remonte aux derniers temps de la vie intra-utérine. Ce sont des *kystes congénitaux* développés plus ou moins rapidement, à la partie antérieure latérale ou postérieure du cou.

César Hawkins en a vu trois exemples, le premier chez un enfant de trois mois, un autre sur un enfant de huit mois, et l'autre chez un sujet âgé d'un an. Le docteur Évans en a vu un cas à son début, chez un nouveau-né; et j'en ai observé deux autres, l'un sur un enfant de vingt et un jours, et le second sur un nouveau-né. Ce dernier avait pour siège la partie latérale et postérieure du cou. Il y en a enfin d'autres observations recueillies par Berndt, Arnolt, Wutzer, Gilles, Roux (de Brignoles), Jules Roux (de Toulon), etc. Dans le cas de Hawkins, il y avait des accès de suffocation et l'enfant mourut. On trouva sur le côté droit du cou une tumeur ayant presque le volume de deux oranges séparées par un sillon profond tracé par le muscle digastrique. Cette tumeur était formée par l'agglomération de plusieurs centaines de kystes, de volume très variable, gros 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 comprimaient, 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. — Il 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.

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, présenté à la même Société par Lorain, et 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, puis un cas de M. Lannelongue relatif à un kyste uniloculaire (3).

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

(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.
(3) Boucher, Thèse 1868, et Holmes. *Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants*. Paris, 1870, p. 38.

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 goître. 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 doivent être traités par les moyens chirurgicaux, soit par l'*acupuncture*, comme le conseille 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 côté interne du coude, le mésentère à la suite de l'entérite chronique, le médiastin postérieur après les inflammations

(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*, 6e édition, p. 857

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 révèle 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 (bubons diphthéritiques), dans la scarlatine (bubons scarlatineux), dans l'impétigo de la face, des oreilles et du cuir chevelu (bubons scrofuleux); 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, tels que le gonflement, la douleur, la chaleur 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 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 caséeux; 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 consiste à éloigner la cause dont l'adénite est le résultat. Mais ceci exécuté, il reste souvent 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 ordinaire 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 ces moyens, 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 cela est généralement admis, quel procédé faut-il employer? L'incision peut exposer à des cicatrices toujours très apparentes, et voici un meilleur moyen emprunté à Bonnafont. Il consiste dans un *séton filiforme* que l'on passe à travers le foyer à l'aide d'une aiguille plate, spéciale, entrant par un point des parois et allant sortir à l'autre extrémité du diamètre choisi, dont une des extrémités doit toujours occuper une position déclive. Le fil de soie, d'argent, de catgut ou de caoutchouc, 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 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 important, surtout dans les régions exposées à la vue, en ce qu'il ne laisse pour trace que de petites cicatrices qui ressemblent à des piqûres de sangsues.

Dans les cas d'adénite chronique, il faut surtout avoir recours aux pommades résolutives, aux injections et douches d'eau salée sur la région occupée par l'adénite, à l'électrisation par courants continus, et au traitement général. 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 les enlever, soit avec le bistouri, soit avec les caustiques, le thermo-cautère et le grattage; 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 dix millième ou avec la teinture d'iode iodurée, les pansements avec le vin aromatique, l'eau chlorurée, l'iodoforme et la poudre de camphre, 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 ou à l'épitrochlée, 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 ordinaire.

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.

§ III. — Adénites du mésentère et du médiastin.

Les *adénites du mésentère* et celles *du médiastin* ont été décrites à l'article CARREAU et PHTHISIE BRONCHIQUE.

§ IV. — Adénite inguinale.

A la suite des inflammations de la vulve, ou des ostéites du pied chez les scrofuleux, il se fait quelquefois des adénites de la région inguinale suivies de phlegmon périganglionnaire et qui donnent lieu à des suppurations prolongées. J'en ai vu plusieurs exemples.

Le traitement est le même que celui des autres adénites.

CHAPITRE IV

INDURATION CIRCONSCRITE DU STERNO-CLÉIDO-MASTOÏDIEN

Melchiori (1) 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. 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.

Melchiori ne peut assigner à la maladie aucune cause 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.

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.

OBSERVATION I. — *Induration sterno-mastoïdienne chez les nouveau-nés*, par M. Paget (2). — Enfant de quatre semaines, entré à l'hôpital Saint-Barthélomew le 11 février 1851; le muscle sterno-mastoïdien droit était envahi, dans les trois quarts environ de son étendue, par trois indurations dures comme du cartillage, irrégulièrement sphéroïdales. Le

(1) Melchiori, *Annali di Omodei*, p. 630.
(2) Paget, *The Lancet*, et *Union médicale*, 25 mars 1865.

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. — Enfant de deux semaines, très bien portant, admis en septembre 1862; il 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

HÉMATOME DU STERNO-MASTOÏDIEN OU TRACHÉLAMATOME (1).

Ces tumeurs, appelées aussi trachélamatomes par Bohn, Tordens qui en a rassemblé 15 observations, se développent quelques jours après la naissance, et occupent presque toujours le muscle sterno-mastoïdien du côté droit. Elles se montrent de préférence chez les enfants qui sont venus par le siège, ou sur lesquels on a exercé des violences pour parfaire l'accouchement.

On a constaté, dans des autopsies faites sur des enfants atteints de ce genre de tumeur, et ayant succombé à d'autres maladies, les altérations suivantes : dans un cas, la portion interne du sterno-mastoïdien paraissait une veine distendue; après avoir ouvert la gaîne du muscle, on rencontra des caillots sanguins noirâtres en abondance; il s'agissait donc d'un hématome intra-aponévrotique. Dans deux autres cas, l'épanchement sanguin se trouvait au-dessous de la gaîne du muscle sterno-mastoïdien droit, et occupait la partie interne de la longueur et en partie le bord interne du muscle.

On peut conclure de ces faits que ces tumeurs sont formées par un hématome sous-aponévrotique, dû à la rupture de fibres musculaires, laquelle rupture détermine une myosite consécutive.

Nous empruntons à l'une des observations publiées un tableau des symptômes : on constate, sur le côté droit du cou, dans la région du sterno-mastoïdien, et confondue avec le muscle lui-même, une tumeur du volume d'une noisette. Cette tumeur est dure, arrondie à sa partie moyenne, effilée à son sommet; sans adhérence avec la peau, qui a conservé sa mobilité et sa coloration normale. La tumeur est confondue avec le sterno-mastoïdien, ce dont on peut facilement se convaincre, en imprimant à la tête des mouvements divers, et plus particulièrement des mouvements de rotation; quand la tête est tournée vers la gauche, la masse est plus dure et immobilisée. La tête est, chez l'enfant, à l'état de repos, légèrement penchée sur l'épaule droite. On détermine quelques douleurs en comprimant la tumeur.

Ces tumeurs se développent et disparaissent lentement. Le pronostic en est bénin.

Toute intervention chirurgicale est inutile. Il suffit d'appliquer des com-

(1) Le Breton, *Hématome du sterno-mastoïdien chez les nouveau-nés*. (*Paris médic.* 1883, n. 46).

presses imbibées d'eau-de-vie camphrée, et de couvrir ces compresses d'ouate.

CHAPITRE VI

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 des muscles du cou, d'un abcès du tissu cellulaire cervical, d'une affection vertébrale dans les disques intervertébraux du cou ou de la carie des vertèbres cervicales. 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 belladonées, 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 est musculaire et persistant, on devra faire la section sous-cutanée du muscle sterno-mastoïdien à ses attaches sur la clavicule, et appliquer un appareil orthopédique. Si le torticolis est symptomatique, il faut mettre l'enfant dans une gouttière Bonnet et prescrire le traitement antiscrofoleux.

LIVRE XXII

MALADIES DE L'AISSELLE

Dans l'aisselle, chez les enfants, il y a des abcès phlegmoneux, des adénites aiguës et chroniques (1), des abcès glandulaires, caséeux et tuberculeux, et des kystes séreux analogues aux kystes du cou.

OBSERVATION. — *Kyste multiloculaire complexe de la région axillaire enlevé chez un enfant de deux ans et demi*, par M. Pilate. Après l'opération, on constata que cette tumeur était essentiellement kystique, renfermant dans ses cloisons des éléments cartilagineux. On a enlevé des tumeur de ce genre sur les parois thoraciques. M. Pilate pense que la présence de cartilage dans les cloisons peut donner des doutes sur la nature réellement bénigne de cette tumeur. L'ablation est d'ailleurs le seul traitement à employer.

Cette tumeur avait été constatée dans le premier mois qui a suivi la naissance.

Il est probable que M. Pilate a eu affaire à une tumeur congénitale peut-

(1) Voyez ADÉNITES.

être formée d'un germe avorté. — Dans les phlegmons aigus, il faut mettre des cataplasmes et inciser s'il y a fluctuation. — De même pour les adénites suppurées, mais s'il y a une adénite chronique, il faut mettre de la pommade iodurée ou belladonée, puis le traitement général des bains de mer, des arsenicaux et de l'huile de foie de morue.

LIVRE XXIII

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.

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 flueurs 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 doit-on toujours 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. 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 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 enfermant 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 souvent, chez les jeunes enfants, 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 vu s'effectuer en quelques semaines, mais ces cas sont exceptionnels. Il faut 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 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 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.