

glotte, il existe une dyspnée intense. Les parties molles finissent parfois par tomber en gangrène dans une vaste étendue (c'est l'*esquinancie gangréneuse*). Dans d'autres cas, au contraire, il se forme un abcès qui s'ouvre à l'extérieur ou dans la cavité buccale. La terminaison par résolution a lieu également, mais elle est rare.

Le *pronostic* doit toujours être posé avec réserve, attendu que quelquefois, surtout chez les personnes affaiblies antérieurement, la mort arrive précédée de symptômes généraux graves. On observe aussi des phases successives d'aggravation et des rechutes.

Traitement. Au début on peut, dans des cas appropriés, tenter d'enrayer le processus par une émission sanguine locale et par l'application de la glace. Mais du moment que la suppuration ou la gangrène s'est déclarée, la maladie doit être traitée d'après les règles chirurgicales généralement en usage. Dans quelques cas on doit pratiquer la trachéotomie pour prévenir la suffocation.

CHAPITRE NEUVIÈME. ANOMALIES DE LA DENTITION.

(Dentition difficile.)

En présence de l'importance du rôle que joue l'évolution dentaire dans la pathologie de l'enfance, nous croyons devoir y consacrer une courte description.

L'éruption des premières dents de lait se fait communément entre le 7^e et le 9^e mois, parfois cependant un peu plus tôt ou plus tard. Ce sont le plus souvent les deux incisives médianes inférieures qui apparaissent en premier lieu. Quelques semaines après, on voit suivre les deux incisives médianes supérieures, puis les incisives latérales supérieures. Au commencement de la deuxième année, se montrent les incisives latérales inférieures et presque en même temps les quatre molaires antérieures. L'éruption des quatre canines ou dents œillères et enfin celle des quatre molaires postérieures coïncide avec la seconde moitié de la seconde année. Donc à la fin de la seconde ou au commencement de la troisième année, la *première dentition* est parvenue à son terme par l'évolution complète des vingt dents de lait. Le schéma ci-contre, imaginé par VOGEL (voyez fig. 33) représente la formule dentaire de la première dentition ou le percement successif de toutes les dents de lait. Le remplacement des dents de lait par les dents permanentes commence d'ordinaire avec la cinquième ou la sixième année, c'est la *seconde dentition*. Le terme de « dentition difficile » implique communément des anomalies qui se rapportent à la *première dentition*.

La *dentition* est quelquefois notablement *en retard* chez les enfants débiles, surtout chez ceux qui sont atteints de *rachitisme*. Il arrive alors que le processus de l'évolution dentaire n'est achevé qu'à la fin de la troisième année.

D'autre part on voit par-ci par-là des dents apparaître de très bonne heure et même être congénitales. Si une dent d'une précocité extraordinaire ne tient que lâchement dans le bourrelet gingival, on l'enlèvera avec une pince pour l'empêcher de troubler la succion et de léser la muqueuse. Si au contraire elle est fermement implantée, on la laissera en place.

Tout enfant qui est en train de faire des dents, présente une injection vive qu'à l'ordinaire de la muqueuse buccale et accuse une augmentation de la sécrétion salivaire. Il éprouve évidemment du prurit dans la bouche et par suite un besoin continuel de mordiller. Cet état ne devient anormal qu'au moment où ce simple catarrhe de la bouche qu'accompagne parfois un léger mouvement fébrile, passe à une forme plus accentuée de *stomatite* et quand le muguet vient s'y ajouter. Ces diverses affections doivent alors être traitées d'après les règles énoncées plus haut.

Les *maladies de l'estomac et des intestins* qui chez les enfants compliquent si souvent l'évolution dentaire, dépendent de l'abondance de la salivation et de la masse de salive avalée dans laquelle se développent à l'aise de nombreux processus de décomposition. La plupart des enfants ont de

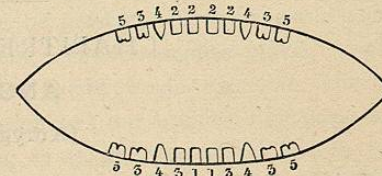


Fig. 33.

temps en temps un peu de diarrhée au cours de la dentition. En tout cas, l'alimentation pendant cette période et les symptômes gastro-intestinaux quelque peu intenses qui s'associent à l'évolution dentaire, réclament une attention spéciale. — L'expérience nous dit également qu'il existe une prédisposition plus marquée à la bronchite commune et *capillaire*, à la *pneumonie catarrhale* etc., chez les enfants qui font des dents.

Des troubles du côté du système nerveux, surtout l'apparition subite d'*accès éclamptiques* (convulsions dentaires), sont parfois en rapport avec le processus de la dentition. Quoique le préjugé populaire aille certainement trop loin en mettant tous les désordres nerveux possibles sur le compte des dents, il n'en est pas moins vrai, d'après l'opinion des médecins d'enfants les plus autorisés, que cette corrélation n'est pas à rejeter à priori dans tous les cas. Une partie des convulsions qui se produisent dans ces circonstances peuvent en réalité être considérées comme des *convulsions d'ordre réflexe* (v. le chapitre des convulsions des enfants, t. II).

Le percement des dents canines supérieures (dents œillères) entraîne

parfois une *conjonctivite* purulente unilatérale qui s'explique peut-être par une inflammation propagée à travers l'antre D'HIGHMORE et les cavités nasales.

Enfin des *éruptions cutanées*, notamment l'eczéma, sont souvent mises en concordance avec l'évolution dentaire. Mais on ignore si c'est à juste titre.

Il n'y a pas lieu d'instituer un *traitement* spécial de la dentition difficile comme telle. Le traitement des états consécutifs qui peuvent se produire ne s'écarte pas des règles applicables en d'autres conditions.

DEUXIÈME PARTIE.

MALADIES DU VOILE DU PALAIS, DES AMYGDALES, DU PHARYNX ET DE LA CAVITÉ NASOPHARYNGÉE.

CHAPITRE PREMIER.

ANGINE.

(Amygdalite.)

Étiologie. Les différentes formes d'*inflammation aiguë du voile du palais et des amygdales* désignées sous le nom d'angine, sont des maladies très communes. Presque tout le monde les connaît par expérience personnelle. Les angines attaquent de préférence le *jeune âge*. Elles deviennent plus rares après la trente-cinquième année. La *prédisposition individuelle* à ce genre d'affections est très diverse. Telle personne en est atteinte une ou plusieurs fois par an, et telle autre ne prend la maladie qu'exceptionnellement ou à un faible degré. Dans beaucoup de cas on peut assigner à l'angine des causes occasionnelles précises. Ce sont les *refroidissements* qui jouent à cet égard le principal rôle, comme d'avoir eu les pieds mouillés, d'exercer la voix dans un air froid et humide, etc. La plupart des angines en effet se déclarent pendant la *saison rigoureuse*, bien que quelques cas puissent aussi coïncider avec les journées les plus chaudes de l'été. Citons encore les *influences nocives* qui se portent *directement* sur le pharynx, surtout le séjour et l'action de pérorer et de crier dans l'atmosphère enfumée des cabarets, puis l'inhalation de vapeurs offensives, la cautérisation de la muqueuse avec les acides concentrés, les alcalis et autres substances chimiques, les brûlures, etc.

Les angines naissent souvent par la *propagation d'une inflammation venant d'un organe avoisinant* et font suite à un rhume, à une laryngite ou à une stomatite. Dans nombre de cas encore les deux affections se développent simultanément en vertu de la même influence nuisible.

Enfin l'angine se montre comme *partie constituante de beaucoup de maladies infectieuses aiguës*, comme par ex. la *scarlatine*, puis la rougeole, la variole et l'érysipèle, etc. Il est très probable, sans être démontré par des preuves directes, que les angines primitives peuvent aussi, du moins en partie, être envisagées comme des maladies infectieuses aiguës.

Pratiquement il n'y a pas moyen de tracer de ligne de démarcation entre l'inflammation du voile du palais et celle des amygdales. Le plus souvent ce sont ces dernières qui sont le siège principal de la maladie, l'inflammation isolée du voile du palais sans participation des amygdales est plus rare.

Symptômes et marche de la maladie. Le symptôme subjectif capital de l'angine, auquel la maladie se reconnaît tout d'abord, c'est la *gêne et la douleur* que le malade éprouve en *avalant*. La douleur est parfois nettement accusée quand l'arrière-bouche ne présente encore à la vue aucun changement objectif certain. Elle peut, dans les angines graves, devenir très vive et excessivement fatigante. Quant à son caractère, elle est comparable à un élancement, plus rarement à une brûlure. Elle s'accroît à chaque mouvement de déglutition, et quand l'angine est intense, elle ne s'apaise pas même pendant les intervalles de repos. A part la douleur qu'éveille la déglutition, cet acte en lui-même devient plus difficile. Il s'accomplit avec plus de peine et de lenteur. Les malades, surtout quand les amygdales sont tuméfiées, ont dans la gorge la sensation continue d'un gros bol alimentaire à avaler. Il est de fait que la « déglutition à vide » est parfois plus pénible que l'action d'avalier une bouchée d'aliments solides ou une gorgée de liquide.

En même temps que la déglutition, l'émission de la *parole* devient gênante. Dans les angines les plus graves, chaque mot provoque de la douleur et les malades cherchent à s'exprimer aussi brièvement que possible. Dans l'angine légère, ce n'est qu'après avoir longtemps parlé que le malade ressent une ardeur dans la gorge. Par suite de la parésie du voile du palais, l'arrière-cavité nasale ne se ferme pas complètement pendant que le malade parle. Dès lors sa voix prend par consonnance un timbre nasal manifeste. En outre elle résonne souvent comme si la bouche était remplie (*voix angineuse*).

Les autres désordres locaux sont dus à l'accumulation de mucus et de salive dans la bouche. Parfois, à raison de la stomatite qui coexiste d'or-