

Les accidents de la première et de la seconde dentition sont *locaux* et *généraux*. Les premiers sont ceux qui se développent dans la bouche, tels que la stomatite, les aphthes, les productions membraneuses, etc. Les accidents généraux sont certaines maladies de la peau, de l'intestin et du cerveau. On leur donne aussi le nom d'*accidents sympathiques*.

I. *Accidents locaux de la première dentition*. — Au moment de la dentition, les gencives sont toujours rouges et gonflées, mais chez quelques enfants cette tuméfaction est très-considérable et accompagnée d'une douleur très-vive. L'examen de la muqueuse buccale suffit pour apprécier la rougeur et le gonflement de la muqueuse; la douleur se manifeste par les cris du petit malade, qui pleure à chaque instant, et en quelque sorte par accès. Il n'est pas d'autres altérations que celles de la bouche qui puissent expliquer ces cris. Dans ces circonstances, la salivation est très-active et la salive coule hors de la bouche avec abondance. Quelquefois les enfants restent la bouche béante, les lèvres écartées avec effort, et ils portent sans cesse les mains sur les gencives, comme s'ils voulaient indiquer le siège de leur souffrance. Ils ont la fièvre d'une manière très-irrégulière; elle est continue ou intermittente; leur sommeil est fort agité et souvent interrompu. Rien ne saurait les calmer, pas même le sein de la nourrice, qu'ils refusent quelquefois ou qu'ils abandonnent avec humeur lorsqu'ils l'ont saisi.

Lorsque la stomatite, suite de l'irritation dentaire, est plus considérable, on observe sur la muqueuse buccale des aphthes, et sur les lèvres des ulcérations qui se recouvrent de productions couenneuses. Ces altérations ne diffèrent pas de celles que nous avons décrites à propos des maladies de la bouche. Le même traitement est convenable dans ces diverses circonstances.

Quand les enfants se trouvent dans la position dont nous venons de parler, il faut leur laver la bouche avec un liquide adoucissant et mucilagineux. Il faut souvent toucher la muqueuse avec un pinceau de coton imbibé de décoction de racine de guimauve miellée, ou de décoction de graine de lin. Le pavot et l'opium ne doivent entrer dans aucune de ces préparations. On peut aussi donner le sirop suivant : sirop simple, 300 grammes; bromure de potassium, 8 grammes, à prendre une cuillerée à soupe tous les soirs.

On peut donner à mordre aux enfants un morceau de racine de guimauve ou de racine de réglisse. Il s'en échappe à la fin un liquide adoucissant qui peut calmer l'inflammation des gencives. De plus, la pression de ces parties favorise la sortie de la dent et apaise un peu la douleur que les malades éprouvent.

Il vaut mieux employer des substances qui s'amollissent en s'humectant, comme des figes sèches, une croûte de pain, etc., plutôt que de conseiller l'usage des hochets d'ivoire, de verre ou de corail. Ces corps durs peuvent, au contraire, irriter les gencives, durcir peut-être leur tissu, et retarder plutôt que favoriser l'éruption des dents.

Si la fièvre est très-vive et accompagnée de congestion vers la tête et de somnolence, les pédiluves irritants, avec la moutarde ou l'eau de savon, les sinapismes aux jambes et les sangsues aux oreilles, sont les moyens les plus convenables à employer.

Enfin, il y a des circonstances dans lesquelles la gencive est si rouge et si gonflée à l'endroit où se trouve la dent près de sortir, que l'on a cru devoir remédier à la tension des parties par une petite opération chirurgicale. On a conseillé le débridement des gencives. Cette opération se pratique avec un petit instrument spécial fait comme la flamme des vétérinaires, ou avec le bistouri. Elle consiste dans une incision cruciale, ou dans une incision elliptique qui enlève un petit lambeau de gencive au

lieu de sortie de la dent. Opération pour opération, il vaut mieux employer la dernière, car l'autre est souvent inutile. Les bords de l'incision cruciale se réunissent, et si la cicatrisation s'opère, la sortie de la dent est retardée, résultat tout opposé à celui qu'on voulait obtenir.

Cette opération, très-différemment jugée par les médecins, est proscrite par les uns et adoptée par les autres. On la pratique peu en France : elle est au contraire d'un usage très-commun en Angleterre. Elle ne mérite ni le reproche d'inutilité qu'on a jeté sur elle, ni les éloges qu'on a voulu lui accorder. C'est une opération facile et peu dangereuse qui peut rendre quelquefois de grands services. Elle remédie à la tension extrême des gencives, en produisant une petite perte de sang qui est salutaire, et elle amène la sortie de la dent.

En raison de l'innombrable quantité d'incisions de gencives, faites sans accident, dans le but de favoriser le travail de la dentition, on peut regarder cette opération comme très-innocente; cependant le docteur Nicol (1) a rapporté un cas de mort par hémorrhagie observé chez son enfant âgé de six mois et que rien ne pouvait faire prévoir. Il se trouve dans la sixième édition de ce livre.

II. *Accidents généraux ou sympathiques de la première dentition*. — Ces accidents sont l'assoupissement, les convulsions, la pseudo-méningite, l'épilepsie, certaines maladies de peau qu'on appelle dans le monde *feux de dents*, l'inflammation légère des conjonctives, la diarrhée nerveuse, et l'inflammation aiguë ou chronique de l'intestin avec ou sans anémie, enfin quelquefois la bronchite.

Les convulsions sympathiques de la dentition ne diffèrent point des convulsions éclamptiques de l'enfance, et elles ne dépendent point d'une affection organique appréciable du cerveau. Il faut les rapporter à la dentition lorsqu'elles se manifestent chaque fois dans le cours du travail qui précède la sortie d'une des dents. On voit, en effet, des enfants qui n'ont de convulsions que dans cette circonstance. Si les enfants succombent, ce qui a été plus d'une fois observé, on ne trouve aucune altération dans le cerveau; s'il offrait les traces d'une phlegmasie, les convulsions devraient alors être considérées comme des convulsions symptomatiques. Ces convulsions doivent être traitées de la manière indiquée à la fin du chapitre que nous avons consacré aux convulsions essentielles.

III. *Accidents locaux et généraux de la seconde dentition*. — De huit à quinze ans le travail de la seconde dentition engendre parfois des accidents locaux et généraux assez graves. Parmi les premiers, je mentionnerai la stomatite ulcéreuse, et parmi les autres je citerai tous les accidents réflexes névropathiques, tels que la céphalée permanente, l'éclampsie ou épilepsie, le sommeil, la chorée, la toux nerveuse, l'aphonie, le strabisme, l'amaurose, la contracture, la chute de la paupière, etc.; alors les dents sont irrégulières, ne peuvent sortir ou montent les unes sur les autres. Elles sont trop larges pour la mâchoire qui les renferme. Ce sont, comme je l'ai dit cent fois dans mes cours : *des dents d'homme dans une mâchoire d'enfant*.

La chorée est très-fréquemment liée au travail de la seconde dentition et s'observe alors de huit à treize ans. Bien des fois j'ai vu l'épilepsie en rapport avec le travail tardif de la seconde dentition se guérir aux approches de la puberté lorsque toutes les dents étaient à leur place.

Une fois j'ai vu l'éclampsie. C'était chez une fille de sept ans, à laquelle son médecin avait extrait cinq dents de lait en deux fois. Le matin il en avait enlevé trois, et à trois heures l'enfant fut prise subitement d'une attaque d'éclampsie

(1) Nicol, *Association med. Journal*.



extrêmement violente avec dilatation des pupilles, secousse dans tout le corps qui dura plusieurs heures.

Dans quelques cas, ce sont des troubles de la *vision*, du *strabisme* ou de l'*amaurose* et la chute de la *paupière*, qui cessent après, l'extraction de dents mal placées.

OBSERVATION VI. — *Seconde dentition; sommeil invincible.* — Un garçon de neuf ans, bien constitué, a depuis dix-huit mois une invincible tendance au sommeil dans le jour, et on est obligé de le coucher. — Sa langue est embarrassée et il parle mal; pas de céphalagie, de troubles de vision ou de l'ouïe, fort développement, bonne santé d'ailleurs.

Voici maintenant l'exemple d'un enfant qui, un instant, m'a semblé avoir un commencement d'affection cérébrale ou *pseudo-méningite*.

OBSERVATION VII. — *Dentition donnant lieu à des accidents symptomatiques simulant la fièvre cérébrale ou pseudo-méningite* (D<sup>r</sup> Bouchut). — Un jeune enfant de quatorze mois, peu développé pour son âge, légèrement noué au niveau des articulations, porteur de deux dents incisives médianes inférieures, était au moment de voir sortir les deux médianes supérieures.

Cet enfant, assez bien portant de coutume, fut pris de fièvre à type intermittent. Il perdit l'appétit, ne vomit pas, et parut avoir de la constipation. Il toussait fort souvent, mais n'eut pas d'oppression bien caractérisée.

Au bout de deux jours, la fièvre, devenue très-forte, s'accompagna d'agitation excessive. Elle était presque nulle le matin et paraissait le soir ou dans la nuit à des heures indéterminées. L'enfant ne pouvait rester en place et était fort exigeant. Il criait sans cesse comme s'il éprouvait la douleur la plus vive. Ses mains égarées se crispaient en tous sens, et son visage était bouleversé. Il avait ce qu'on appelle des *convulsions internes*, mais il n'avait pas de véritables convulsions. Avec cette agitation musculaire des membres et de la face régnait un trouble mental bien caractérisé. Ce jeune malade avait à chaque instant, dans les bras mêmes de sa mère, des frayeurs subites épouvantables. Était-il dans son berceau, qu'il se dressait sur son séant en criant avec force, les yeux fixes, égarés et les mains en avant, combattant dans l'espace pour repousser un fantôme imaginaire. En quelques secondes ces accidents avaient cessé pour reparaitre à chaque instant dans la nuit ou dans l'exacerbation fébrile : le calme apparaissait le matin à la fin de l'accès.

La tête était brûlante et avait une température plus élevée que celle du corps. La face était pâle, légèrement amaigrie, les yeux cernés, les traits réguliers, sans expression particulière.

La bouche était brûlante, les gencives supérieures très-gonflées. La langue était couverte d'un enduit blanc piqué vers la pointe. Il y avait du muguet sur la face interne des joues.

L'enfant ne vomit pas, il boit beaucoup, et les urines sont pâles. Il ne mange plus. Le ventre est souple, indolent. Les selles sont difficiles, mais il n'y a point de vraie constipation. Il tousse un peu. Sa poitrine renferme en arrière, à la base des deux côtés, quelques bulles de râle sous-crépitant.

La peau est modérément chaude le matin; le pouls inégal, irrégulier, intermittent, 110.

Le premier jour, *deux sangsues, une derrière chaque oreille, potion opiacée, diète.* Le second jour, *une sangsue à l'oreille droite.* Le troisième jour, *une sangsue à l'oreille gauche.*

Les accidents se calmèrent un peu, mais ils reparurent au jour suivant. Le pouls cessa d'être intermittent; la diarrhée s'établit. Le gonflement des gencives fut plus apparent; une incisive se montra et l'on voyait l'autre prête à sortir. Toute la muqueuse buccale était rouge et le phlegmon resta en permanence.

Au bout de quelques jours, la seconde incisive perça les gencives, et bientôt après tout rentra dans l'ordre. L'enfant était guéri.

(1) Voyez PSEUDO-MÉNINGITE.

Ces sortes de cas peuvent sinon se distinguer, du moins être soupçonnés à ce caractère, qu'ils débutent d'une manière soudaine sans avoir été précédés d'aucun des phénomènes qui annoncent ordinairement l'amaurose, ni d'aucun symptôme en rapport avec un état de congestion ou d'inflammation vers l'œil, le nerf optique ou le centre nerveux. Assez fréquemment, d'un autre côté, les désordres dentaires, point de départ des accidents de la vision, ne causent aucune douleur aux malades, et il est difficile alors de convaincre ceux-ci qu'il puisse exister quelque rapport entre les désordres dont ils n'ont pas conscience et les phénomènes morbides dont ils se plaignent. Ils se résignent, par conséquent, difficilement à une opération, sans gravité, il est vrai, mais généralement redoutée.

Voici quelques-uns des faits relatés par Hancock (1); un seul a été observé chez un enfant et les deux autres chez l'adulte.

OBSERVATION VIII. — *Amaurose subite datant d'un mois guérie par l'extraction de six molaires.* — Garçon de onze ans, entré à l'hôpital de Charing-Cross le 11 novembre 1854. Un mois auparavant, à son réveil, il se trouva aveugle, quoiqu'il n'eût eu antérieurement aucune affection des yeux et qu'il eût toujours joui d'une bonne vue jusqu'à l'heure de son coucher, la veille au soir. Après un mois de traitement inutile par les purgatifs, les ventouses, les vésicatoires, etc., il se fit admettre à l'hôpital. A ce moment, les pupilles étaient dilatées, immobiles, non influencées par l'action de la lumière qui n'était pas distinguée de l'obscurité. La soudaineté de l'invasion, l'absence de tout symptôme précurseur, firent penser que l'amaurose était un trouble purement fonctionnel.

En examinant les dents, Hancock les trouva excessivement serrées les unes contre les autres; il soupçonna que la perte de la vue pouvait dépendre de cette disposition vicieuse.

Le 17 novembre, six molaires furent extraites, deux permanentes et quatre de première dentition. Le soir même l'enfant pouvait distinguer la lumière de l'obscurité, et, le lendemain, reconnaître les objets. Depuis ce moment, sa vue s'améliora rapidement, et il sortit le 28 parfaitement guéri, sans avoir été soumis à aucun autre moyen de traitement que l'extraction des dents, à l'exception de deux légers laxatifs.

OBSERVATION IX. — *Amaurose datant de huit mois guérie par l'extraction d'une molaire.* — Un homme de la campagne fut adressé à M. Hancock pour une perte complète de la vue affectant l'œil droit, et remontant à huit mois. Le début avait été subit et n'avait été précédé ni de douleurs, ni de mouches volantes, ni d'étincelles, bref, d'aucun des symptômes avant-coureurs de l'amaurose. Il ne pouvait discerner le jour de la nuit, les pupilles étaient dilatées et immobiles. Les divers traitements en usage contre l'amaurose avaient été employés dans son pays, mais sans succès. La seconde molaire supérieure droite était cariée; cette dent fut extraite, et le malade se retira, annonçant qu'il reviendrait à la consultation le surlendemain. Lorsqu'il revint il pouvait distinguer les objets, quoique assez confusément encore. Au bout de peu de jours, il retourna guéri dans son village, n'ayant subi aucun traitement que l'extraction de la dent gâtée.

OBSERVATION X. — *Strabisme datant de trois ans guéri par l'ablation de deux molaires.* — H. R., âgée de vingt-neuf ans, fut admise à l'hôpital royal ophthalmique de Westminster, dans le service de M. Hancock, le 3 juillet 1858. Cette femme était atteinte de strabisme divergent depuis trois ans, et depuis quinze jours seulement de chute de la paupière supérieure gauche; l'œil de ce côté était complètement fermé. L'affection s'était produite d'une manière soudaine, sans aucune douleur dans la tête ou dans l'œil. La malade fut mise à l'usage des ferrugineux et de quelques médicaments apéritifs. Le 12 juillet, il n'y avait aucun changement. Le chirurgien examina la bouche; il reconnut que deux molaires supérieures gauches étaient gâtées: il en fit l'extraction. Le 14, amélioration de la blépharoptose. Le 16, ce symptôme a pris

(1) Hancock, *Lancet*, janvier 1859, et *Archives générales de médecine*, août 1859.



une sorte de caractère intermittent. Le matin, l'œil est parfaitement ouvert, vers midi la paupière s'abaisse et ne peut se relever jusqu'au soir (5 grains de bisulfate de quinine, deux fois le jour). Le 20, le ptosis est guéri; strabisme très-amélioré, pas assez prononcé désormais pour faire penser à l'opération. La malade resta encore trois ou quatre semaines dans la maison et fut renvoyée guérie.

La seconde dentition peut-elle produire des *paralysies réflexes progressives* avec atrophie? Cela est possible, je n'ose l'affirmer, mais j'ai vu plusieurs cas dans lesquels cette cause pouvait être invoquée. En voici un :

OBSERVATION XI. — *Atrophie musculaire, progressive, réflexe, par seconde dentition.* — Deux frères que j'ai vus, l'un de treize ans, l'autre de onze ans, placés à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Labric, furent pris au même âge, à neuf ans et demi, d'atrophie musculaire progressive, occupant le tronc et les quatre membres. La lésion était énorme chez l'aîné, car elle remontait à cinq ans. Elle était moindre chez le plus jeune. Elle était venue sans cause appréciable, et coïncidait avec une seconde dentition très-irrégulière, avec des dents placées les unes sur les autres, et donnant lieu à une malformation dentaire très-prononcée.

On observe souvent, sur le corps des jeunes enfants qui sont en travail de dentition, des éruptions eczémateuses ou impétigineuses et de simples érythèmes. Ces éruptions existent sur le corps ou sur les membres et dans la tête; on les a qualifiées de *feux de dents*. Il n'est pas démontré qu'il y ait entre cette manifestation morbide et la dentition autre chose qu'une coïncidence, et nullement un rapport de causalité. En effet, ces éruptions ne paraissent pas toujours au moment de la fluxion des gencives et ne disparaissent pas avec elle; elles ne se reproduisent pas au moment de la sortie de chacune des dents. Il est donc difficile d'établir entre elles et l'évolution dentaire une corrélation positive.

Cependant j'ai vu des cas où la chose était évidente. J'ai observé des enfants qui avaient un érythème prononcé du visage avec grande chaleur de la peau sur le côté de la face correspondant à l'évolution dentaire. J'ai même vu chez une jeune fille de dix-huit ans un fait qui mettrait la réalité du phénomène hors de doute. A table, au moment où la personne souffrait d'une horrible douleur de dent, tout le côté du visage devint pourpre et resta ainsi rouge et chaud pendant une heure, sans causer d'autre souffrance. Les parents s'effrayèrent beaucoup, mais au bout d'une heure tout avait disparu.

Les *muqueuses* sont surtout le siège des accidents sympathiques de la dentition. La conjonctive s'enflamme assez souvent, lors de la sortie des canines et des molaires; mais la phlegmasie se dissipe assez vite sous l'influence des remèdes émollients. Lorsqu'elle prend un caractère plus sérieux, il faut la combattre par les antiphlogistiques et les topiques astringents.

Le docteur Metras (1) cite même des cas de kératite, d'abcès de la cornée et de kérato-conjonctivite phlycténulaire dans le cours de la première dentition qu'il attribue à la sortie des dents et qu'il guérissait par l'incision des gencives. Ce sont des faits qu'il ne faut pas admettre à la légère et qui sont peut-être le résultat d'une simple coïncidence. En allant trop loin dans cette voie, il n'est pas de maladies aiguës de la première enfance qui ne puissent être considérées comme trouble réflexe produit par l'évolution dentaire.

L'influence de l'évolution dentaire sur *les maladies du tube digestif* est parfaitement bien établie; elle est démontrée par de nombreuses observations. Il y a des enfants qui éprouvent constamment de la diarrhée à l'époque de la sortie de cha-

(1) Metras, Thèse, 1873.

cune de leurs dents. Le rapport entre ces deux phénomènes repose donc sur une base inébranlable (1).

L'irritation d'entrailles qui est le résultat du travail de la dentition est souvent fort légère; elle dure à peine quelques jours, et cesse pour se reproduire plus tard en pareille occasion. Elle ne paraît pas être liée à une altération de l'intestin, car elle n'est point en général accompagnée par la fièvre; sa terminaison est presque toujours favorable. Dans quelques circonstances, cependant, elle présente tous les caractères de l'entéro-colite aiguë et dépend de la phlegmasie de la muqueuse. Alors elle peut revêtir les apparences de la cholérine et entraîner rapidement la mort des sujets, soit par la faiblesse occasionnée par de nombreuses évacuations, soit à la suite d'accidents cérébraux convulsifs.

Toutefois la diarrhée de la dentition est le plus souvent idiopathique; elle est peut-être le résultat d'une simple accélération du mouvement péristaltique des intestins, occasionnée par l'état nerveux général des enfants. C'est probablement une diarrhée nerveuse. En effet, si la peur, le froid, si une émotion morale quelconque très-vive, peuvent provoquer la diarrhée, et cela est incontestable, il n'est pas impossible que les douleurs de la dentition et l'agitation nerveuse qui en est la conséquence puissent déterminer le même résultat.

Quelle que soit la nature de cette diarrhée, il faut la combattre par les moyens appropriés. D'abord elle affaiblit beaucoup les enfants et engendre l'anémie; ensuite elle peut persister d'une manière définitive, et alors il est évident qu'elle est symptomatique d'une altération intestinale chronique. On trouvera plus loin, dans le chapitre consacré à l'étude de la diarrhée, la série des moyens à l'aide desquels on peut remédier à cet accident.

#### Aphorismes.

214. Les premières dents doivent sortir de la mâchoire inférieure entre le sixième et le huitième mois.
215. Les premières dents se montrent fort tard et très-lentement chez les enfants rachitiques (2).
216. Les incisives médianes inférieures, puis les médianes supérieures, ensuite les supérieures latérales, et après les latérales inférieures, sortent successivement et par groupes de leurs alvéoles respectifs.
217. Après les dents incisives commence l'évolution des premières petites molaires.
218. Les dents canines sortent toujours après les premières dents molaires.
219. Après la sortie des dents canines commence le travail qui doit préparer l'évolution des quatre nouvelles molaires et compléter le râtelier de la première enfance.
220. Un court moment d'arrêt, véritable temps de repos, existe toujours entre la sortie de chaque groupe des dents de la première enfance.
221. Les dents de la première enfance sont au nombre de vingt, et s'appellent *caduques*, à cause de leur chute prématurée entre la septième et la huitième année.
222. Les dents caduques sont remplacées à leur chute par de nouvelles dents permanentes.
223. On voit de temps à autre une troisième dentition, mais c'est un phénomène bien rare.

(1) Voyez un peu plus loin le tableau statistique qui démontre l'influence de la dentition sur le développement de la diarrhée, chapitre DE LA DIARRHÉE.

(2) Voyez RACHITISME.



224. Les bonnes et les mauvaises dents sont chose héréditaire dans les familles.

225. Les dents courtes, d'un blanc jaunâtre, sont les plus dures, les plus vivaces et annoncent une bonne constitution.

226. Les dents blanches et longues sont molles et s'altèrent aisément.

227. Les dents à reflet bleuâtre annoncent une faible constitution et se rencontrent chez beaucoup de phthisiques.

228. L'évolution des dents engendre très-souvent des accidents locaux de stomatite simple, ulcéreuse ou aphtheuse, et des phénomènes généraux, sympathiques, vers la peau, les muqueuses et le système nerveux.

229. La stomatite ulcéreuse, causée par la dentition, doit être soigneusement combattue, pour éviter la formation des engorgements ganglionnaires du cou.

230. La diarrhée de la dentition doit être arrêtée dès qu'elle devient très-abondante.

231. Il est souverainement déraisonnable d'obéir à cet adage populaire qui, partout et toujours, accorde l'immunité aux accidents de la première dentition.

232. La seconde dentition détermine très-souvent des névroses graves telles que la céphalagie permanente, la chorée et l'épilepsie.

233. Dans la seconde dentition, il y a des dents d'homme qui sortent dans une mâchoire d'enfant où elles sont trop serrées, et de cette compression résultent des accidents réflexes qui se traduisent par différentes névroses.

## CHAPITRE II

### ANGINES

Les angines sont des maladies aiguës ou chroniques de la gorge, donnant lieu à une plus ou moins grande difficulté d'avaler ou de respirer.

Elles sont très-rares chez le nouveau-né ; on ne commence à les observer qu'à la fin de la première année. Elles sont très-fréquentes dans la seconde enfance, jusqu'à la puberté et dans l'âge adulte.

Quoique très-anciennement connues, il règne la plus grande confusion dans leur histoire en raison de leur nature, et les dénominations d'*ulcère syriaque* (Arétée), de *mal de gorge gangréneux*, d'*angine simple*, d'*angine tonsillaire*, d'*angine maligne*, d'*angine gangréneuse*, de *cynanche*, d'*esquinancie*, d'*angine couenneuse*, etc., etc., sous lesquelles on en a parlé, prouvent le dissentiment d'opinion qui a régné parmi les médecins à cet égard.

Au commencement de ce siècle, cependant, on crut pouvoir mettre un peu d'ordre dans ce chaos. En prenant pour point de départ le siège et la nature de la lésion produite par l'angine, ainsi que ses caractères anatomiques, on avait admis des angines tonsillaires et pharyngées simples, des angines gangréneuses, des angines ulcéreuses et une angine couenneuse formée par le dépôt de fausses membranes dans la gorge, pouvant gagner le larynx et former le croup. C'était un commencement de classification naturelle.

Dans le but de simplifier encore la description, Bretonneau reprit les idées de Ghisi, de Vieusseux (1), de Caron (2), etc., sur le croup, que ces médecins considéraient alors comme une affection membraneuse du larynx, et il publia, en 1826, un

(1) Vieusseux, *Mémoire sur le croup ou angine trachéale*. Paris, 1812, in-8.

(2) Caron, *Recherches sur l'inflammation spéciale du tissu muqueux*. Paris, 1826.

livre (1) pour établir que l'angine ulcéreuse ou ulcère syriaque d'Arétée, l'angine dite maligne et l'angine gangréneuse n'existaient pas. Pensant que toutes ces maladies n'en formaient qu'une seule produisant toujours des fausses membranes sur la muqueuse de la gorge, il soutint que ce qu'on prenait pour des eschares, c'est-à-dire des fragments de gangrène, n'était que des fausses membranes noircies par le sang ; que les ulcères des amygdales n'étaient qu'une conséquence de l'affection couenneuse, et enfin, que la production de fausses membranes caractérisait la nature de ces angines. Il vit, de plus, que des productions semblables se produisaient simultanément sur la peau garnie d'épiderme, qu'une sorte d'empoisonnement pouvait en être la conséquence, enfin qu'elles avaient une forme épidémique, et il en conclut que c'était là une maladie générale, presque virulente. De là le nom de *diphthérite* (de *διφθέρω*, membrane), donné aux maladies caractérisées par la présence de fausses membranes, et substitué à celui d'*angine maligne, gangréneuse*.

Cette généralisation faite d'après le seul caractère anatomique de l'existence d'une fausse membrane n'est pas exacte, et la simplification de l'histoire des angines qui repose sur ce caractère est fort contestable.

En effet, malgré l'étymologie grecque, toutes les maladies couenneuses ne sont pas de la diphthérite. Toute phlegmasie de la peau et des muqueuses peut donner lieu à une apparition de fausses membranes. Dans la stomatite ulcéro-membraneuse, dans les aphthes, dans l'angine scarlatineuse, dans la pneumonie fibrineuse, à la surface des ulcères, des vésicatoires et des cautères, à la surface des brûlures, il existe très-souvent des fausses membranes, sans qu'il y ait d'état général diphthéritique, ni d'empoisonnement à craindre. Chez un individu sain, et devant rester sain, j'ai très-souvent produit à ma volonté, par la vésication, des fausses membranes qui n'ont rien eu de dangereux. Il est donc impossible de dire que toutes les inflammations pelliculaires ou couenneuses sont la conséquence d'une maladie générale. Ce point de départ anatomique est essentiellement faux, car il conduit à admettre des maladies couenneuses sans diphthérite, c'est-à-dire, en parlant grec, de la *diphthérite sans diphthérite*, déplorable confusion qu'il faudrait pouvoir éviter.

D'autre part, en niant l'existence des angines ulcéreuses malignes ou infectantes et des angines gangréneuses admises jusque-là, pour les faire rentrer dans une seule espèce d'angine dite couenneuse constituant la *diphthérite*, Bretonneau a méconnu un grand nombre de faits d'angines gangréneuses et malignes qu'il faut aujourd'hui réintégrer, et l'unité morbide faite aux dépens de ce qui existait par le rapprochement forcé des angines ulcéreuses et gangréneuses ne saurait être reconnue. C'est une simplification inacceptable.

Reprenant donc dans l'histoire des angines ce qu'on a eu tort de vouloir faire oublier, et convaincu par de nombreuses observations personnelles que l'ulcère syriaque ou angine ulcéreuse et que l'angine gangréneuse et maligne existent encore aujourd'hui sans production de fausses membranes dans la gorge, j'admettrai parmi les angines de l'enfance :

- 1° L'angine tonsillaire catarrhale ;
- 2° L'angine tonsillaire phlegmoneuse ;
- 3° L'angine couenneuse simple ;
- 4° L'angine gangréneuse ;
- 5° L'angine couenneuse maligne ou diphthérite.

(1) Bretonneau, *Recherches sur l'inflammation spéciale du tissu muqueux, et en particulier sur la diphthérite*. Paris, 1826.