

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.

CHAPITRE III

ANGINE CATARRHALE ÉRYTHÉMATEUSE

L'angine catarrhale érythémateuse est une inflammation superficielle de la muqueuse de l'arrière-bouche, des amygdales et du pharynx.

Elle s'observe rarement chez le nouveau-né, et est infiniment plus commune chez les enfants à la mamelle et dans la seconde enfance.

Elle accompagne ordinairement le coryza des nouveau-nés, et paraît être sous la dépendance du froid, ou d'une diathèse telle que la scrofule ou la syphilis héréditaire. — Dans quelques cas, elle résulte de la brûlure du pharynx par des boissons trop chaudes; ailleurs, enfin, sa cause reste complètement inconnue.

Caractérisée par une rougeur uniforme assez intense de la muqueuse du pharynx, du voile du palais et de ses piliers, quelquefois par un pointillé rouge de toutes les parties, l'angine catarrhale érythémateuse ne donne pas lieu à un gonflement appréciable ni douloureux, comme dans l'angine maligne. Elle n'occasionne que peu de fièvre, mais des malaises assez prononcés, surtout dans la première enfance; chez les petits enfants, il s'y joint de la gêne de la respiration, par suite des mucosités qui obstruent l'arrière-gorge, ce qui, pendant la nuit, rend le sommeil difficile et agité.

Cette angine reste aussi dans cet état pendant plusieurs jours avant de disparaître. Chez quelques enfants, elle cesse complètement, et chez d'autres passe à l'état chronique. Alors les symptômes s'amendent, mais ils reparaissent avec la plus grande facilité, et à chaque instant ce sont de nouvelles atteintes aiguës de la maladie. Chez quelques-uns, elle se termine par une faible bronchite.

Quand elle passe à l'état chronique, elle amène l'hypertrophie des amygdales et devient ainsi une des causes de l'amygdalite chronique.

L'angine catarrhale n'a pas de gravité. Habituellement de courte durée, elle ne se prolonge ou n'est suivie de bronchite que chez les enfants lymphatiques et scrofuleux. Même dans sa forme chronique, c'est une maladie peu grave.

Traitement. — Le traitement de l'angine catarrhale se compose des moyens les plus simples.

Quelques révulsifs, tels que les bains de pieds à l'eau de savon, à la farine de moutarde ou aux cendres, des bottes de ouate de coton couvert de taffetas gommé, des sinapismes, etc., etc., devront être mis en usage.

Il faut en outre donner de l'ipécacuanha, 25 à 50 centigrammes, ou de l'émétique, 25 milligrammes à 5 centigrammes, à dose en rapport avec l'âge des enfants, si des mucosités encombrent le pharynx, des loochs blancs à titre de remède adoucissant, des pilules de beurre roulé dans de la poudre de sucre, enfin, comme astringents, du sirop de mûres à la cuiller ou dans de l'eau de gomme et des infusions pectorales.

Le cou devra être entouré de coton cardé, de laine ou de cataplasmes chauds de mie de pain délayée dans du lait.

Quand la maladie est chronique, il faut lui opposer des cautérisations avec la teinture d'iode ou avec une solution de nitrate d'argent, faire des frictions à l'huile de croton pour amener sur la poitrine une éruption qu'on laisse sécher, ou mettre un vésicatoire à demeure au bras pendant un mois.

CHAPITRE IV

ANGINE TONSILLAIRE PHLEGMONEUSE, OU AMYGDALITE

On donne le nom d'amygdalite à l'inflammation des amygdales. C'est une maladie rare chez le nouveau-né, plus fréquente chez les enfants d'un à deux ans, très-commune dans la seconde enfance.

Elle a pour cause générale le tempérament lymphatique et la constitution scrofuleuse; elle se développe sous l'influence des boissons trop chaudes, des cravates épaisses qu'on a l'habitude de mettre autour du cou des enfants, et sous l'influence d'un refroidissement à la suite d'une transpiration provoquée par la chaleur et l'exercice.

Elle existe à l'état aigu et à l'état chronique. Alors elle se présente sous la forme d'une simple hypertrophie des amygdales ou d'amygdalite caséuse.

L'arrière-bouche, le voile du palais, le pharynx et les amygdales sont rouges, tuméfiés, pendant tout le temps que dure l'inflammation aiguë; et dans l'inflammation chronique, avec une rougeur moindre, il existe à divers degrés une hypertrophie des amygdales. — Il n'y a jamais de suppuration à cet âge. Je n'en ai pas vu, et je n'en connais pas d'exemple. Cette inflammation détermine souvent le gonflement aigu ou chronique des ganglions lymphatiques du cou.

Chez les jeunes enfants, l'amygdalite a des symptômes tout différents de ceux de l'amygdalite chez l'adulte. — Les enfants ont de la fièvre, de la douleur sous les angles de la mâchoire, et l'on y sent quelquefois l'amygdale ou des ganglions lymphatiques un peu tuméfiés. La mâchoire est d'ailleurs facile à ouvrir et les mouvements du cou ne sont pas empêchés. — Il n'y a pas de gêne de déglutition comme chez l'adulte, ce qui rend le diagnostic très-difficile, et la physionomie n'est pas déformée. Dans quelques circonstances, l'amygdalite aiguë est le point de départ d'une otite aiguë ou chronique et d'une otorrhée plus ou moins longue.

Les symptômes généraux sympathiques sont les plus graves. Avec une fièvre intense, il y a, ordinairement, congestion du visage et de la tête, agitation des membres, loquacité, exaltation cérébrale, qui font craindre une maladie du cerveau. Tout cela n'a rien de grave et disparaît en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

La soif est fréquente et l'appétit a disparu. Il n'y a pas de vomissements ni de diarrhée.

En quelques jours les accidents aigus disparaissent; la fièvre, qui seule persistait, disparaît à son tour, et les enfants guérissent totalement, à moins que la phlegmasie ne passe à l'état chronique, laissant après elle un commencement d'hypertrophie des amygdales.

Dans l'état chronique, les amygdales sont habituellement gonflées, et de temps à autre le siège d'une nouvelle inflammation aiguë qui rend les enfants malades. Alors la maladie offre les mêmes caractères, seulement la gêne de la respiration n'est plus si marquée que dans l'amygdalite aiguë sans l'hypertrophie des amygdales.

L'amygdalite chronique avec hypertrophie des amygdales est grave, non pas en elle-même, mais par les conséquences qu'elle peut avoir. Ainsi elle est à chaque instant le point de départ d'une amygdalite aiguë; elle force les enfants à respirer la bouche ouverte, ce qui leur donne une expression de niaiserie désagréable; elle les fait ronfler pendant leur sommeil; elle diminue la prise d'air de chaque inspi-

ration, nuit à l'hématose et amène le rétrécissement de la cage thoracique, comme l'a très-bien établi Dupuytren.

L'amygdalite aiguë doit être combattue par les pédiluves à l'eau de savon, à l'eau de cendres, à l'eau de moutarde, avec les cataplasmes sinapisés et les sinapismes, avec l'eau d'orge et le sirop de mûres, les fumigations de vapeur d'eau de guimauve, le sirop d'ipécacuanha ou mieux l'émétique, par la diète et le repos au lit.

L'amygdalite chronique doit être traitée avec l'eau d'orge et le sirop de mûres, et s'il y a hypertrophie des amygdales, il faut le plus tôt possible faire l'ablation de ces glandes devenues nuisibles.

Dans quelques cas l'amygdalite chronique donne lieu à des exsudats caséux des amygdales que forme l'*amygdalite caséuse*.

De l'amygdalite caséuse. — Il y a quelques années, je fus appelé pour voir l'enfant d'un avoué de Paris, qui avait dans la gorge sur une amygdale une plaque blanche énorme et persistante, qui était fixée là depuis quinze jours et qui ne produisait pas autre chose qu'un peu de toux, sans fièvre et sans râles bronchiques.

On ne savait pas au juste depuis combien de temps existait cette lésion, qui n'avait été découverte que par hasard.

L'enfant avait eu fréquemment des angines fébriles, folliculeuses, pultacées, de la nature de celles que Bretonneau appelait des angines couenneuses communes. Cette fois-ci elle n'avait rien de semblable.

Je prescrivis des collutoires au borax, puis des insufflations d'alun; je fis quelques cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent. Aucun de ces moyens ne réussit. Alors avec une spatule je voulus enlever ce produit que je trouvai très-adhérent, mais, après plusieurs tentatives, j'enlevai un fragment énorme profondément enchâssé dans l'amygdale. Cette exsudation avait le volume d'une petite noisette allongée, plate du côté du pharynx; en arrière, elle était couverte d'aspérités assez fortes implantées dans un trou de l'amygdale. Elle était formée de matière blanche, crémeuse, compacte, sans odeur, dure sur un point et ramollie, caséuse sur d'autres. C'était de la matière grasse condensée. L'enfant ne souffrit aucunement de cette extraction, puis l'exsudat se reproduisit au bout de quelques jours, fut enlevé et ne reparut plus.

Aucun fait de ce genre n'a été signalé, et il me semble qu'il y a là une forme d'amygdalite chronique utile à signaler.

Cette année, j'en ai vu quatre nouveaux exemples. L'un d'eux appartient à une vieille dame de soixante-dix ans, et les trois autres ont été observés chez des enfants.

Dans un de ces cas, la petite fille avait douze ans et elle fut prise comme son frère, son père et sa mère, d'une angine couenneuse commune avec des exsudations blanchâtres, pointillées, folliculaires. Tout le monde guérit, si ce n'est elle qui, après la période aiguë, conserva pendant plusieurs mois la même exsudation qu'il fallut arracher fragment par fragment. Pendant toute cette période, l'enfant mangeait et sortait, comme de coutume, sans être aucunement malade. Elle fut assez bien pour aller à la retraite de son catéchisme et faire sa première communion.

Chez une autre petite fille, la seconde de cinq enfants de la famille, et qui eut, comme ses frères et sœurs, une angine couenneuse commune, il resta après guérison de l'état aigu une production blanche de l'amygdale droite que j'enlevai une ou deux fois par semaine pendant trois mois.

Chez les enfants et chez les adultes, il y a donc une angine tonsillaire chronique caractérisée par la persistance d'un exsudat blanchâtre, plus ou moins volumineux, formant une petite masse enchâssée dans les lacunes de l'amygdale.

Cette angine chronique est toujours la terminaison de ce que l'on appelle, depuis Bretonneau, l'angine couenneuse commune.

Elle produit des symptômes à peine appréciables de gêne dans la gorge, de chatouillement qui provoque un peu la toux, mais elle ne fait aucun obstacle à la déglutition. Elle n'est jamais accompagnée de fièvre, de courbature, ni de perte d'appétit. En un mot il n'y a pas de phénomènes généraux, et je n'ai constaté chez les malades qu'un peu d'état saburral de la langue.

Comme phénomène local il y a donc, soit un, soit plusieurs points blancs situés sur les amygdales au niveau des follicules. Ces points blancs sont quelquefois assez petits, larges comme une petite lentille, et, quand ils sont plus gros, ils ont le volume d'un gros pois. On ne les observe souvent que d'un seul côté. Quand ils sont gros, ils offrent un certain relief, mais, lorsqu'ils ont un petit volume, ils forment une plaque peu saillante. C'est en profondeur qu'ils s'étendent le plus. Ils pénètrent dans les lacunes ou follicules de l'amygdale par un prolongement plus ou moins considérable, et c'est là ce qui produit leur grande adhérence. Ceux qui séjournent longtemps et qui grossissent sur place dilatent alors le follicule de l'amygdale en tous sens et peuvent acquérir le volume d'une petite mûre, avec des aspérités qui représentent le moule de la cavité tonsillaire.

J'en ai ainsi retiré sans les briser qui avaient cette forme presque épineuse, et qui étaient durs comme des aspérités cartilagineuses.

Cette matière est molle ou dure, selon son ancienneté. Récente, elle est caséuse comme du tubercule ramolli que l'on écrase sous le doigt, et elle a quelquefois une odeur infecte. J'en ai vu un exemple. Plus ancienne, elle acquiert une dureté presque cartilagineuse. Enfin, après son ablation, elle se reproduit avec la plus grande facilité. Elle est formée de matière grasse sous l'apparence de fines gouttelettes huileuses, mêlées à des cellules épithéliales et parfois à des cristaux de cholestérine solubles dans l'éther. C'est une sorte de matière sébacée.

Tous les topiques alcalins et acides, toutes les applications de nitrate d'argent, sont inefficaces contre cette forme d'amygdalite pour faire disparaître l'exsudation folliculaire persistante dont je viens de vous parler. Rien n'y fait, et il n'y a que l'extraction de la matière sébacée qui puisse guérir les malades.

Malheureusement, comme après l'enlèvement le produit se reforme assez vite, il faut recommencer, et c'est en insistant sur ce procédé que l'on arrive à un bon résultat. Il m'est arrivé de faire cette petite opération une ou deux fois la semaine jusqu'à guérison. Pour cela, avec l'extrémité recourbée d'une sonde cannelée mousse ou avec une petite curette courbe, on enlève l'exsudat, qui se brise s'il est trop mou, mais que l'on a tout entier s'il est un peu résistant.

Chaque fois que le follicule se remplit, on le vide de la même manière, et ensuite avec un pinceau chargé d'une solution de nitrate d'argent (50 centigrammes pour 30 grammes) on lave la cavité sécrétante.

Si ce moyen ne suffit pas pour empêcher la reproduction de l'exsudat, il faut alors faire l'excision de l'amygdale malade.

CHAPITRE V

ANGINES GANGRÉNEUSES ET COUENNEUSES

J'ai dit, au début de ce chapitre, qu'on avait voulu simplifier l'histoire des angines en réunissant par force, et contre tous les témoignages de l'observation clinique, sous le nom d'angine couenneuse et de diphthérie, ce qu'on appelait jadis l'ulcère