

plus remarquables ; j'ai vu il y a quelques années un cas confié aux soins de mon collègue le D<sup>r</sup> Holmes, une perforation de la joue, au voisinage de l'angle de la bouche, passer de la largeur d'un florin à la dimension d'un trou d'épingle, qui se ferma avec le temps, ne laissant après lui qu'une surface ridée à un degré relativement peu marqué, et dans tous les cas, rien de cette difformité effrayante qu'on aurait pu croire inévitable. Il est en outre important, non-seulement que la cautérisation soit puissante, mais de plus qu'elle soit pratiquée de bonne heure. M. Baron parle d'inciser la partie mortifiée et d'appliquer le cautère actuel ; mais je ne connais pas un cas où cette pratique ait été suivie d'un bon résultat. Quand une fois la mortification s'est étendue à toute l'épaisseur de la joue, les chances d'arrêter ses progrès doivent être considérées comme bien minimes. Comme les progrès du mal procèdent du dedans au dehors, c'est à l'intérieur de la bouche que doivent être appliqués nos moyens d'action, et comme la marche de la maladie est trop rapide pour que nous nous adressions aux plus doux, pour recourir ensuite à de plus puissants, nous devons tout de suite employer un agent assez actif pour arrêter les progrès du mal. On a recommandé, dans ce but, différents caustiques ; mais, aucun ne paraît aussi propre à l'atteindre que les acides, chlorhydrique ou nitrique, purs.

J'ai l'habitude d'employer le dernier, que j'applique au moyen d'une éponge, de charpie, ou d'étoupe, attachée à une plume, tâchant, à l'aide d'une cuiller, ou d'une spatule, de préserver la langue, et les autres parties saines, autant qu'il est possible, de l'action du caustique. Dans un des cas que j'ai vu guérir, l'arrêt de la maladie parut dû exclusivement à l'action de cet agent ; et, bien que le rebord alvéolaire de la mâchoire inférieure, depuis la première dent molaire jusqu'à la dernière eût été détruit, on doit pourtant accorder qu'à ce prix la vie du malade a été rachetée à bon marché. Une augmentation du gonflement suit presque invariablement l'application de ce caustique ; circonstance qui peut d'abord faire craindre qu'il n'y ait aggravation du mal. Il ne faut toutefois pas laisser écouler douze heures sans examiner attentivement la bouche pour s'assurer que la maladie a été réellement bien arrêtée, ou qu'il existe, en dehors de l'escharre jaune laissée par la première application d'acide, des traces de mortification. On peut alors répéter la cautérisation,

si elle paraît nécessaire, et même, bien que la maladie ait paru arrêtée ; il ne faut pas se fier à la persistance de l'amélioration, mais examiner la bouche toutes les douze heures, de peur que la gangrène ne gagne sans qu'on s'en aperçoive. Pendant toute la durée de la maladie, on doit faire souvent dans la bouche des injections à l'eau chaude, ou avec une infusion de camomille mêlée de chlorure de chaux liquide, de façon à la nettoyer des matières putrides qui s'y accumulent, et à diminuer autant que possible l'odeur repoussante. Si la maladie allait bien, il ne serait pas nécessaire de répéter l'application d'un acide puissant ; mais il faudrait encore l'appliquer à la surface sous forme de dilution ; ou bien, il serait suffisant de faire des injections avec une solution composée de chlorure de chaux, ou d'acide phénique, ou bien enfin, d'appliquer le chlorure en poudre, une ou deux fois par jour, comme l'ont conseillé MM. Rilliet et Barthez. Dans tous les cas de cette maladie qui se sont offerts à mon observation, dans ces dernières années, j'ai aussi employé à l'intérieur le chlorate de potasse, mais il ne m'a pas paru avoir sur elle une grande action ; et si efficace que soit ce remède dans la stomatite ulcéreuse, je n'oserais pas me fier à lui, à l'exclusion de tout traitement local, dans la vraie gangrène de la bouche. Cependant, deux cas de *cancrum oris* consécutifs à une fièvre, chez des enfants de douze et de treize ans, ont été traités à Saint-Bartholomew's-Hospital par le D<sup>r</sup> Burrows, avec complet succès, sans autre application locale qu'un gargarisme au chlorure de soude, avec une bonne alimentation, et l'administration, toutes les quatre heures, de 0,50 centigrammes de chlorate de potasse. Pendant toute la durée du traitement vous avez une autre indication à remplir, c'est celle de soutenir les forces de votre malade, à l'aide d'une bonne nourriture, de l'usage du vin et d'autres stimulants, de l'administration de la quinine, de l'extrait ou de la teinture de quinquina, ou de tout autre tonique qui vous paraîtra le mieux approprié à ce que le cas peut avoir de spécial.

Comme conclusion, laissez-moi vous rappeler que, pendant toute la durée de la maladie, votre pronostic doit se régler sur l'état de l'affection locale plutôt que sur l'intensité des symptômes généraux. Tant que le travail de destruction n'est pas arrêté, l'affection tend rapidement à une terminaison fatale, et ceci, bien que le pouls ne soit pas très-faible, que l'appétit soit bon, et que l'enfant ait encore de la gaieté.

Je pourrais vous paraître commettre une omission, si j'abandonnais le sujet de l'inflammation, et de la gangrène de la bouche, sans parler de l'influence qu'on attribue au mercure sur leur production. On ne peut douter que cette préparation, même donnée à petites doses, n'ait dans quelques cas produit un ptyalisme intense, l'inflammation de la bouche, la perte des dents, et la nécrose plus ou moins étendue de la mâchoire inférieure. Dans quelques cas, aussi, l'inflammation s'est terminée par une gangrène de la joue qui a présenté beaucoup des caractères que nous venons de tracer; et en pareilles circonstances, on a quelquefois fait des enquêtes, et blâmé le médecin traitant pour défaut de prudence dans l'emploi d'un remède aussi puissant que le mercure. Maintenant, bien qu'il ne faille jamais donner le mercure sans nécessité, et que l'administration n'en doive pas être continuée sans qu'on en surveille attentivement les effets, je ne puis pourtant regarder la production de la gangrène de la bouche, pendant son emploi, que comme une coïncidence accidentelle, ou comme le résultat de quelque idiosyncrasie particulière au malade, telle qu'on en observe chez l'adulte, et chez l'enfant. J'ai donné des soins à près de 60,000 enfants comme médecin de l'infirmerie, ou de l'hôpital des enfants, et j'ai administré le mercure à tous ceux chez lesquels il paraissait y avoir un motif suffisant de le faire, sans presque jamais voir la salivation suivre son emploi, avant que la première dentition fût complète; et, à quelque âge que ce fût, je n'ai jamais vu le médicament produire une affection de la bouche assez sérieuse pour me donner un instant d'inquiétude, si ce n'est dans un cas. Dans celui-ci la mort du malade, jeune garçon de quatre ans, fut pourtant, je crois, due à l'usage du mercure.

Un inconvénient, je ne pense pas qu'il faille employer une autre expression, inséparable de la méthode que j'ai adoptée, c'est que nous passons tout d'un coup de l'étude des maladies les plus graves à d'autres relativement insignifiantes, et qui sont la source d'un malaise plutôt que de souffrances réelles. Les affections qui nous restent aujourd'hui à examiner en sont un assez bon exemple.

**Hypertrophie des amygdales.** — L'inflammation du voile du palais, des amygdales et de l'arrière-gorge, constituant la *cynanche tonsillaris*, n'est particulière à aucun âge, et n'a aucun symptôme spécial lorsqu'elle survient chez un enfant.

Elle est, pourtant, relativement rare au-dessous de douze ans, et toujours moins sévère que pendant la puberté, ou plus tard. Je me rappelle à peine l'avoir rencontrée au-dessous de cinq ans, particularité qui donne au mal de gorge chez les jeunes enfants une importance spéciale, puisqu'il annonce presque toujours l'apparition d'une fièvre scarlatine ou de la diphthérie, plutôt que l'inflammation simple des amygdales.

Mais, si l'inflammation aiguë des tonsils n'est pas habituelle chez les jeunes enfants, une sorte d'inflammation chronique de ces glandes, qui amène une hypertrophie considérable, est loin d'être rare; et cette hypertrophie, qui chez l'adulte n'est qu'un inconvénient, est fréquemment chez l'enfant la cause de maux plus sérieux. On peut rarement la faire remonter à une attaque aiguë, mais elle survient, d'habitude, chez des enfants mal portants, faibles et strumeux, ou se produit lentement pendant les derniers temps de la dentition, dont l'irritation paraît en être, dans quelques cas, la seule cause excitante.

A moins qu'on ne la découvre par hasard, l'hypertrophie des amygdales devient habituellement considérable avant d'attirer l'attention, et c'est pour cela qu'on l'observe rarement chez les enfants au-dessous de trois ans, bien que Robert (1), chirurgien français, qui a fait sur ce sujet une excellente publication, dise l'avoir observée même à six mois.

Un des premiers symptômes qui attirent l'attention est, habituellement, le ronflement de l'enfant pendant le sommeil, dû à ce que les amygdales augmentées de volume repoussent en haut le voile du palais, et diminuent ainsi le passage de l'air par l'orifice postérieur des narines; en même temps, la voix tes nasonnée et les deux symptômes sont notablement augmentés pendant un rhume, même léger, et quelque temps après, un degré d'hypertrophie suffisant pour produire ces symptômes n'est pas rare, et s'il ne dépasse pas ces limites, l'inconvénient qui en résulte disparaît, en général tout à fait, avec le développement de la bouche, et des organes de la voix, à la période de la puberté. Souvent, pourtant, l'hypertrophie est plus considérable, et, alors, les amygdales déterminent un certain degré de surdité par la compression directe de la trompe d'Eustache, et par l'état de congestion habituelle qu'elles entretiennent dans les parties qui les

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, mai et juillet 1843.

avoisinent; de plus, la respiration devient un peu pénible, et l'enfant a une toux constante, pénible, qui s'exaspère par moment et devient paroxystique : symptômes que j'ai vu plus d'une fois donner naissance à la crainte non justifiée de la phthisie, et dans d'autres cas où effectivement il y avait de la tuberculisation, conduire à porter un pronostic plus sombre que ne le comportait l'importance du désordre pulmonaire. Quelquefois, la difficulté de la respiration par simple hypertrophie des amygdales a été assez considérable pour menacer la vie. Mon ami et ancien collègue, M. Shaw, donnait des soins à un petit garçon qui, outre une dyspnée persistante, éprouvait, de temps à autre, des accès de suffocation dus à cette cause, et dont l'un fut si grave que, pour sauver la vie du malade, on fut obligé de pratiquer la laryngotomie.

Dernièrement, aussi, j'ai vu un petit garçon, dont la vie fut mise dans un danger imminent par une hypertrophie des amygdales qu'on parvint heureusement à faire disparaître, sans quoi il eût été indispensable d'ouvrir la trachée.

La longue persistance de l'hypertrophie des amygdales, et l'obstacle au passage de l'air qui en est la conséquence, amènent des modifications particulières dans la forme des parties dont la fonction est ainsi abolie en partie : les narines deviennent extrêmement petites, étroites et comprimées, et le caractère particulier que prend, ainsi, la physionomie est encore augmenté par des modifications dans le développement de la mâchoire supérieure. L'arcade dentaire supérieure demeure très-étroite, de façon à ne pas offrir une place suffisante au développement des dents, qui par conséquent s'entre-croisent à un haut degré pendant que la voûte palatine est habituellement repoussée en haut en forme d'ogive. Et ce ne sont pas là les seules modifications de développement qui se produisent. Mais, il y a déjà bien longtemps que Dupuytren avait remarqué que l'hypertrophie des amygdales, et la poitrine en carène, se trouvaient habituellement réunies chez les mêmes sujets. D'autres ont confirmé ce fait, mais je crois que M. Shaw (1) a été le premier à en donner l'explication. Il a démontré comment l'obstacle au libre

(1) *Medical Gazette*, 23 oct. 1841; voyez aussi ses observations à l'article *Thorax* dans la *Cyclopaedia of anatomy and physiology*, p. 1039, et celles de M. Robert, dans la publication déjà citée.

accès de l'air dans les poumons en empêche le complet développement à chaque effort inspiratoire; de façon à ce qu'il se formerait un vide, entre ces organes, et la paroi de la poitrine, si la pression de l'air extérieur sur les parois flexibles de celle-ci ne les repoussait pas en dedans pour combler l'espace, où tend à se produire le vide.

Cette dépression se faisant plus facilement là où la résistance est la moindre, c'est-à-dire vers les cartilages costaux, produit l'aplatissement latéral bien connu du thorax, et la proéminence du sternum. Le petit garçon dont le cas nécessita, comme je l'ai dit, l'opération de la trachéotomie, fournissait un exemple frappant de l'explication que je viens de donner. « A son entrée à l'hôpital, dit M. Shaw, et pendant plusieurs semaines après, on remarqua qu'il avait la poitrine de pigeon (*pigeon-breast*); mais après que les amygdales eurent été excisées et que, pendant quelque temps, sa respiration eut été bien libre, le sternum revint à son niveau normal, et le thorax reprit sa forme naturelle. »

Donc, bien qu'à première vue, l'hypertrophie des amygdales puisse paraître une affection sans importance, elle mérite pourtant que vous ne la négligiez en aucune façon. Un enfant faible, dont les amygdales sont un peu grosses, verra cette indisposition disparaître en prenant de la force et de la santé; ou bien la puberté la fera complètement cesser. Cependant, tout refroidissement peut être suivi de l'augmentation, ou de la reproduction de cette hypertrophie; et, bien que celle-ci puisse être enragée par l'application sur les amygdales de poudre d'alun, une ou deux fois par jour, ou en les touchant tous les jours, ou tous les deux jours, avec le crayon de nitrate d'argent, il y a pourtant plus de chance de voir le mal augmenter que diminuer. Jamais, quand l'hypertrophie des amygdales était considérable, ou de longue date, je n'ai vu ces moyens, non plus que l'application de la teinture d'iode sur la gorge, au-dessous de l'angle de la mâchoire, être d'une grande utilité, et dans tous ces cas, l'excision a été le seul remède. Depuis qu'on peut administrer le chloroforme pour cette opération, aussi bien que pour toute autre, à la condition de tenir la bouche ouverte par un bâillon comme celui inventé par M. F. Smith, pour les opérations contre les divisions du palais, il n'est plus nécessaire d'attendre que l'enfant soit assez grand pour se prêter à l'opération. Il y a une circonstance qui, indépendamment de toute autre raison, me por-

terait toujours à conseiller l'excision immédiate des amygdales hypertrophiées, c'est l'existence d'une toux constante, ou fréquente, ou la présence de tout autre symptôme portant à soupçonner la tuberculose pulmonaire. Non-seulement les amygdales hypertrophiées s'opposent à la libre entrée de l'air dans les poumons, mais elles entretiennent une irritation constante des voies aériennes, état très-peu propre à arrêter le développement d'une maladie tuberculeuse de la poitrine. J'ai vu des symptômes très-menaçants disparaître rapidement après leur ablation. Si, après que les amygdales ont été enlevées, la poitrine est longtemps à reprendre sa forme naturelle, l'emploi des cloches gymnastiques et la pratique des exercices gymnastiques faits avec soin sont souvent très-utiles. Dupuytren recommandait de faire tenir l'enfant droit contre un mur, et alors, en plaçant la main sur la partie la plus proéminente du sternum, de presser dessus avec force à chaque effort expiratoire, suspendant la pression pendant l'inspiration, de façon à ce que l'enfant puisse remplir sa poitrine aussi complètement que possible. J'ai trouvé que cette pratique, malgré sa rudesse apparente, était extrêmement utile, comme moyen adjuvant, pour faire disparaître la difformité de la poitrine (dite poitrine de poulet ou de pigeon).

**Abcès rétro-pharyngiens.** — En 1840, le Dr Fleming, de Dublin (1), appela l'attention sur la production possible d'*abcès derrière le pharynx* (rétro-pharyngiens), qui, comprimant en avant la trachée, produisent une dyspnée intense, et quelquefois la suffocation. Des cas isolés de cette affection s'étaient, il est vrai, offerts à l'observation d'autres praticiens, mais aucun, à l'exception du Dr Abercrombie (2), n'en avait fait l'objet d'une étude spéciale; tandis qu'au Dr Fleming appartient incontestablement le mérite d'avoir tracé les règles de son diagnostic, et les indications précises de son traitement. Depuis la publication de Fleming, on a rapporté beaucoup d'autres exemples de cette affection, particulièrement M. Mondière (3) et M. Duparcque (4) qui a indiqué certaines différences entre les cas où le pus s'accumule derrière le pharynx, et d'autres où sa collection se fait plus bas, derrière l'œsophage; et

(1) *Dublin journal of medical science*, vol. XVII, p. 41.

(2) *Edinburg medical and surgical journal*, vol. XV, 18 9, p. 260.

(3) *L'Expérience*, 20 et 27 janvier et 4 février 1842.

(4) *Annales d'obstétrique*, déc. 1842, p. 242.

par le Dr Allin (1), médecin américain, qui, dans une publication très-remarquable, a réuni 58 cas de cette affection. Aucune forme de cette maladie n'est exclusivement propre aux premiers temps de la vie; mais elle est assez fréquente dans l'enfance pour mériter d'être signalée dans des leçons sur les maladies de cet âge (2).

On a rapporté très-peu d'observations de la formation d'abcès rétro-pharyngiens due à une lésion traumatique, ou de leur production consécutive à une maladie des vertèbres cervicales, comme j'en ai observé un exemple. Laissant donc ces cas exceptionnels de côté, on peut considérer l'affection comme se produisant à la suite d'une fièvre, ou comme maladie idiopathique, dernière condition bien plus fréquente que la première. Dans l'un et l'autre cas, les symptômes caractéristiques de son existence sont: la difficulté pour avaler, et pour respirer; il se produit aussi fréquemment, pendant la respiration, un bruit particulier

(1) *New York journal of medicine*, vol. VII, nov. 1851, p. 307.

(2) M. Mondière rapporte que 11 malades sur les 18 dont il a réuni l'histoire, n'étaient pas arrivés à l'âge adulte, et que 7 avaient de 11 semaines à 4 ans 1/2; M. Duparcque dit que, dans 10 des cas qu'il cite, l'âge du malade était inférieur à 4 1/2; malheureusement les citations de M. Mondière sont très-incomplètes, et M. Duparcque n'en donne pas du tout. Sous ce rapport, le travail du Dr Allin ne laisse rien à désirer. Dans tous les cas où l'âge n'est pas mentionné expressément dans ses tables, il résulte du texte, que le malade avait atteint l'âge adulte, ou au moins avait passé la période de la puberté. Si aux 58 cas qu'il cite on en ajoute 11 provenant d'autres sources, on obtient les résultats suivants:

Au-dessous de six mois . . . . .	5
Entre six mois et un an . . . . .	8
D'un an à deux . . . . .	3
De deux à trois . . . . .	2
De trois à cinq . . . . .	7
De cinq à dix . . . . .	1
De dix à quinze . . . . .	2
Au-dessus de quinze ans . . . . .	41
	<hr/> 69

Sur les 11 cas ajoutés, 4, chez l'adulte, sont rapportés par M. Mondière dans *L'Expérience*; 2, chez l'enfant, par le Dr Abercrombie dans le *Edinburg medical journal*; 1 chez un petit enfant, par le Dr Nolt, dans le *Deutsche Klinik*; les quatre autres sont ceux que j'ai observés personnellement. A tous ces travaux, il faut ajouter la laborieuse compilation de M. Gautier (*Des abcès rétro-pharyngiens*, in-8°, Genève et Bâle), fondée sur 97 observations empruntées à différentes sources, et deux originales. Je ne sache pas, toutefois, que cet ouvrage contienne aucune modification importante, théorique ou pratique.