pour éviter l'introduction dans la bouche de matières sucrées fermentescibles, avec une solution 5,0 de borax dans 30,0 de glycérine. Gubler recommande l'usage de l'*eau de Vichy* en collutoire ou à l'intérieur; l'*eau de chaux* remplira le même but. Archambault conseille d'enlever le dépôt parasitaire avec un petit tampon de linge imbibé d'une solution alcaline. Tordeus préconise le *benzoate de soude* en solution à la dose de 3 à 5,0 pour 30,0 d'eau ; il nettoie toute la muqueuse buccale avec le doigt enveloppé d'un linge imbibé de cette solution, et il fait promener toutes les deux heures dans la bouche un pinceau imbibé du même liquide. Cette médication lui a toujours donné de bons résultats, ce qu'il attribue à l'alcalinité du benzoate de soude combinée à son action parasiticide (1). Si la maladie est rebelle à ce traitement et si l'enfant n'a pas encore de dents, on touchera l'intérieur de la bouche avec un pinceau imbibé d'une solution faible de *nitrate d'argent*.

Les accidents concomitants du muguet, tels que la diarrhée, les vomissements, l'érythème des fesses, seront combattus par les moyens appropriés.

CHAPITRE VI

GANGRÈNE DE LA BOUCHE

La gangrène de la bouche n'a été bien étudiée qu'au commencement du XVIIe siècle par Battus, médecin hollandais ; elle a reçu de van der Voorde le nom de *cancer aqueux* (*waterkanker*) sous lequel elle a été décrite par Richter. Elle a été désignée également sous les noms d'*ulcus noma*, de *stomacace* et de *stomatite gangreneuse*. Fréquente autrefois, elle est devenue actuellement rare, grâce aux progrès de l'hygiène hospitalière.

ÉTIOLOGIE. — La gangrène de la bouche s'observe presque toujours dans la seconde enfance ; elle est surtout fréquente entre trois et sept ans, elle est rare après douze ans et avant deux ans. Billard en a rencontré cependant quelques exemples chez les nouveau-nés. Le noma paraît être surtout commun dans les pays à climat froid et humide; on l'observe particulièrement au printemps et en automne.

(1) Si le champignon du muguet se développe aussi bien dans les milieux alcalins que dans les milieux acides, comme l'ont établi Audry ainsi que Linossier et Roux, ces derniers auteurs ne contestent point les avantages établis par la clinique de la médication alcaline ; la salive et le lait sont pour eux presque sans valeur nutritive pour le muguet, mais si la lactose du lait se décompose en glucose et galactose, le développement du parasite est au contraire favorisé, et c'est cette décomposition que préviennent les alcalins.

Sa contagiosité n'est pas encore établie. Il peut récidiver.

La gangrène de la bouche atteint de préférence les enfants chétifs et débiles, ceux qui sont affaiblis par la misère, les privations, un logement insalubre ou un séjour prolongé dans un hôpital ; elle ne survient jamais spontanément, mais est toujours *consécutive* à une autre maladie : on l'a observée à la suite de la pneumonie, de la dysenterie, de la coqueluche, de la fièvre typhoïde, de la fièvre intermittente, de la variole, de la scarlatine, mais surtout de la *rougeole* : sur 98 cas de gangrène buccale recueillis par Tourdes, West, Rilliet et Barthez, 47 étaient consécutifs à la rougeole.

La gangrène de la bouche a été quelquefois provoquée par un traitement mercuriel ; elle peut succéder exceptionnellement à la stomatite ulcéro-membraneuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La plupart des altérations produites par la gangrène buccale étant faciles à constater pendant la vie, elles seront décrites avec les symptômes de la maladie. A l'autopsie des enfants qui ont succombé, on trouve les tissus sous-jacents à la muqueuse malade plus ou moins altérés. Les muscles et le tissu cellulaire sont tantôt infiltrés de sérosité, tantôt transformés en putrilage gangreneux. Les os maxillaires sont quelquefois nécrosés dans une certaine étendue. Les petits vaisseaux sont oblitérés par une thrombose secondaire, mais les grosses artères restent perméables au milieu des tissus sphacélés, comme le prouvent les recherches de Rilliet et Barthez et les injections pratiquées par Quinquaud et Rendu (1). Quant aux nerfs, leur névrilemme est infiltré comme les tissus ambiants, mais les fibres nerveuses ne sont pas altérées. Les ganglions lymphatiques ont été trouvés tuméfiés dans quelques cas.

Presque toujours les viscères sont le siège de quelque lésion appartenant aux complications de la maladie. La plus fréquente est la pneumonie ; quelquefois aussi l'intestin est enflammé ou ramolli. Enfin, on trouve parfois d'autres parties du corps atteintes de gangrène ; d'après les recherches de Tourdes, les organes atteints de gangrène en même temps que la bouche sont, par ordre de fréquence, les poumons, les organes génitaux, le pharynx, les extrémités des membres, l'œsophage et l'estomac.

Schimmelbusch, Babes et Zambilovici, Guizetti ont décrit divers microbes trouvés sur les plaques de noma ou dans leur zone d'accroissement et dont l'inoculation produisait la gangrène chez les animaux, mais la spécificité de ces microorganismes n'est cependant pas encore démontrée.

DESCRIPTION. — La gangrène de la bouche s'annonce par une petite *ulcération* qui siège en général à la face interne de la joue ou

(1) Voir : Sostrat, *Thèse de Paris*, 1872.

sur la lèvre inférieure, beaucoup plus rarement sur la lèvre supérieure ; cette ulcération est indolente et peut passer d'abord inaperçue ; son fond est constitué par une couche grisâtre de derme mortifié qui ne tarde pas à se transformer en un putrilage gangreneux. Bientôt la mortification gagne en surface et s'étend à la muqueuse voisine. On observe en même temps du côté de la peau une *tuméfaction œdémateuse* qui siège au niveau de l'ulcération buccale; quelquefois cette tuméfaction est le premier symptôme de la maladie et précède la modification de la muqueuse. Au bout d'un ou deux jours, on sent au milieu des tissus œdématiés un *engorgement dur et profond* ; la peau devient à ce niveau tendue et luisante et se couvre quelquefois de marbrures violacées, au milieu desquelles on aperçoit une *tache noirâtre* ou violet foncé constituée par la peau mortifiée. C'est en général du troisième au sixième jour que l'*escarre* est visible; quelquefois son apparition est retardée jusqu'au neuvième jour. Elle se montre d'abord sous la forme d'une tache lenticulaire surmontée parfois d'une phlyctène, puis elle s'accroît rapidement. Elle est précédée dans son extension d'une zone de quelques millimètres de largeur, grisâtre, saignant facilement à sa partie interne, rouge et œdémateuse à sa partie externe (Bouley et Caillault).

La bouche est le siège d'une salivation abondante; il s'en écoule un liquide d'abord limpide, puis mêlé de sang et de matières putrilagineuses ; des lambeaux gangrenés et à demi détachés pendent à l'intérieur de la bouche, et l'enfant les arrache avec ses doigts presque sans douleur ; l'haleine est horriblement fétide. Cette fétidité existe quelquefois dès le premier jour de la maladie.

Si la gangrène continue son cours, l'escarre s'étend sur la peau du visage; elle dépasse quelquefois les dimensions d'une pièce de cinq francs; on l'a vue dans quelques cas envahir le nez, les paupières, le menton, la peau du cou, mais elle se limite en général à un seul côté de la face. Elle progresse également dans l'intérieur de la bouche, détruit quelquefois une partie de la langue et des gencives; les dents sont ébranlées et tombent; parfois les maxillaires sont dénudés, s'exfolient partiellement ou même sont frappés de nécrose. Le plus souvent, la mort survient avant que la mortification ait atteint ce degré. Si la vie de l'enfant se prolonge, il se fait un travail d'élimination autour de l'escarre ; les tissus mortifiés se détachent en laissant une large perte de substance qui permet de voir l'intérieur de la cavité buccale.

Dans les cas les plus graves, les bords de la perte de substance continuent à se mortifier, et la gangrène étend ses ravages; d'autres fois, il se fait un travail de cicatrisation franche qui peut amener une occlusion plus ou moins complète de la plaie, souvent au prix d'une difformité hideuse du visage. Le travail de réparation produit parfois des adhérences vicieuses qui entravent d'une manière permanente

les mouvements de la mâchoire; dans quelques cas, un trajet fistuleux persiste au niveau des points où l'os s'est exfolié.

La gangrène de la bouche survenant presque toujours chez des sujets déjà épuisés par une affection antérieure, l'état général est habituellement fâcheux dès le début, mais le petit malade présente peu de réaction générale pendant l'évolution de la maladie. Le visage est pâle et empreint de tristesse, les paupières sont souvent infiltrées ; néanmoins, l'appétit persiste, et les forces se conservent quelquefois au point que l'enfant peut jouer ou s'asseoir dans son lit pour prendre ses repas; la douleur est presque nulle, le pouls présente rarement une grande accélération ; cependant l'enfant succombe habituellement au bout de huit à quinze jours sous l'influence d'un épuisement général, hâté souvent par une diarrhée colliquative qui paraît causée par l'absorption des matières putrides développées dans la bouche.

La mort survient dans la plupart des cas avant que la perforation de la bouche ait eu le temps de se faire. Quelquefois la terminaison fatale est amenée par une *complication*, le plus souvent par une broncho-pneumonie, une entérite ou par la gangrène d'un autre organe. Il est rare que l'enfant succombe à une hémorragie, ce qui s'explique par l'oblitération des petits vaisseaux qui accompagnent la formation de l'escarre; Hueter a vu cependant une fille de quinze ans emportée par une hémorragie consécutive à la rupture d'une artère de la face. Dans les cas favorables, l'enfant reste défiguré après la guérison ; quelquefois, cependant, on a vu l'escarre se limiter à la muqueuse et s'éliminer avant d'avoir atteint la surface cutanée.

DIAGNOSTIC. — La gangrène de la bouche présente des symptômes trop caractéristiques pour pouvoir être prise pour une autre maladie; son apparition chez des sujets déjà débilités par une maladie antérieure, surtout par la rougeole, ainsi que l'extension de l'escarre de dedans en dehors, rendront toute confusion impossible avec la *pustule maligne*. Le diagnostic avec la *stomatite ulcéro-membraneuse* a été indiqué à propos de cette maladie (Voir p. 581).

PRONOSTIC. — La gangrène de la bouche est toujours une affection très grave; elle se termine par la mort dans les trois quarts des cas environ; elle est surtout redoutable lorsqu'elle sévit dans un hôpital et qu'elle atteint des enfants très jeunes ou déjà débilités. Sur 23 cas observés à l'hôpital Elisabeth par Woronichin (1), 20 eurent une issue fatale; néanmoins, Möller (2) sur 7 cas n'a eu que 2 morts. Lorsqu'elle se complique d'une broncho-pneumonie) le pronostic peut être considéré comme presque absolument fatal.

(1) Woronichin, *Jahrb. für Kinderheilk.*, XXVI, 1887, p. 161.
(2) Möller, *Arch. für Kinderheilk.*, XXI, 1896, p. 300.

TRAITEMENT. — Une bonne alimentation et des soins hygiéniques bien entendus sont les meilleurs moyens prophylactiques contre la gangrène de la bouche ; on devra en général s'abstenir d'employer le calomel ou les autres mercuriaux chez les enfants atteints de rougeole, de crainte de favoriser chez eux l'apparition du noma.

La maladie une fois déclarée, les ressources de la thérapeutique sont très limitées. On a cherché à arrêter la propagation de la gangrène par la *cautérisation*, mais le plus souvent sans succès ; néanmoins, ce moyen, ayant réussi dans quelques cas, ne doit pas être négligé. On emploiera le *thermocautère* chauffé au rouge brun, et on aura soin de détruire toutes les parties malades jusqu'aux tissus sains ; puis on s'assurera, après l'élimination des escarres, que les bords de la cicatrice ne sont pas de nouveau envahis par la gangrène, autrement il faudrait renouveler la cautérisation ; il va sans dire que plus on agira de bonne heure, plus on aura de chances de guérison.

On combattra en même temps l'extrême fétidité de l'haleine et la putridité des liquides de la bouche par des irrigations désinfectantes fréquemment répétées et on pansera la plaie avec de la gaze iodoformée. On soutiendra les forces de l'enfant par une médication tonique énergique et une alimentation fortifiante (1).

Si la gangrène de la bouche laisse après elle des cicatrices difformes du nez ou une ankylose de la mâchoire, on pourra quelquefois y remédier par des opérations autoplastiques ou par la résection du maxillaire inférieur (opération d'Esmarch).

CHAPITRE VII

DESQUAMATION ÉPITHÉLIALE DE LA LANGUE

Cette affection, déjà signalée pour la première fois par Rayer, puis par Moeller, Betz, Santlus Bergeron et Gubler, est surtout connue depuis le travail de Bridou (1872) et a reçu les noms assez divers de *pityriasis lingual* (Rayer et Betz), *excoriation linguale* (Moeller), *intertrigo de la langue* (Santlus), *état lichénoïde de la langue* (Gubler), *état tigré de la langue* (Bridou), *plaques fugitives et bénignes de la langue* (Caspary), *syphilis desquamative de la langue* (Parrot), *desquamation épithéliale de la langue* (Gautier), *exfoliation en plaques circulaires* (Unna) et *glossite exfoliatrice marginée* (Fournier et Lemonnier) (1). Nous adopterons le terme de desquamation épithéliale de la langue, qui, sans rien préjuger sur la nature encore inconnue de la maladie, en définit exactement le seul symptôme observé.

(1) Freymuth et Petruschky (*Deutsche med. Woch.*, 1898, p. 600) ont constaté la présence du bacille de Löffler sur une plaque de noma buccal bien caractérisé chez un enfant de neuf ans dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, sans qu'il y eut d'autres symptômes de diphtérie. Les progrès de la gangrène, qui avait pris une grande extension, furent arrêtés sous l'influence d'injections répétées de sérum de Behring dont il fut administré 9500 unités en quatorze jours. L'enfant guérit. Les mêmes auteurs (*Ibid.*, p. 202) avaient obtenu auparavant un succès analogue dans un cas de vulvite gangreneuse avec bacilles de Löffler virulents.

ÉTIOLOGIE. — La desquamation linguale peut se rencontrer à tout âge, mais elle a été surtout observée chez les enfants ; sur 65 cas dans lesquels l'époque approximative du début de cette affection a été notée, Gautier en compte 46 relatifs à des sujets âgés de moins de huit ans, dont 22 étaient encore dans la première année et 8 dans la seconde. Sur 44 cas de la forme marginée de la maladie observés par Guinon (2) à l'hospice des Enfants-Assistés de Paris, chez des sujets de un à six ans, 34 appartiennent aux trois premières années de la vie. Il en est de même de 22 cas sur 28 observés par Comby (3). Il est vrai que la maladie a été surtout recherchée dans les hôpitaux d'enfants, mais tous les auteurs qui se sont occupés de la desquamation linguale sont d'accord pour admettre sa plus grande fréquence dans le jeune âge, et nous pouvons ajouter, d'après les chiffres indiqués ci-dessus, que la maladie se montre très souvent dès la première enfance ; nous croyons même que, dans quelques-uns des cas où elle n'a été observée que plus tard, elle remontait aux premières années de la vie, mais n'avait pas été remarquée plus tôt à cause de sa bénignité.

Quant au sexe, les faits signalés jusqu'ici indiquent une plus grande fréquence de la maladie chez les petites filles.

L'*hérédité* paraît jouer un rôle prédisposant ; Gubler et Bridou ont tous deux observé la maladie chez plusieurs membres d'une même famille.

Quant aux *causes pathologiques*, la desquamation linguale a été surtout observée chez les enfants débilités par la scrofule, la tuberculose, etc., ou par une affection antérieure, particulièrement des voies digestives (embarras gastrique, entérite aiguë ou chronique). Unna l'a vue coïncider avec le travail de la dentition chez un de ses enfants ; dans quelques cas, elle a paru liée à la présence des vers dans l'intestin. On l'a rarement rencontrée en même temps qu'une maladie de la peau.

La *syphilis héréditaire* a été indiquée par Parrot comme jouant un rôle capital dans l'étiologie de la desquamation linguale ; cet auteur a proposé même pour cette affection le nom de « syphilis desquamative de la langue » ; il a trouvé des antécédents syphilitiques chez presque

(1) Voir les indications bibliographiques sur ce sujet dans les travaux de Gautier *Rev. méd. de la Suisse rom.*, octobre et novembre 1881, et de Lemonnier, *Thèse de Paris*, 1883.

(2) Guinon, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1887, p. 385.

(3) Comby, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1888, p. 390.

tous les sujets qu'il en a trouvés atteints à l'hospice des Enfants-Assistés, mais les faits observés par d'autres auteurs n'ont point confirmé cette opinion. Il n'y avait d'antécédents syphilitiques chez aucun des malades de Vanlair, de Gautier et de Comby ; Unna, ainsi que Fournier, Vidal et Spillmann, cités par Lemonnier, ont également noté l'absence de syphilis dans plusieurs cas de desquamation linguale; 18 des 44 enfants observés par Guinon étaient certainement exempts de toute tare spécifique, et 13 seulement étaient manifestement syphilitiques; en outre, le traitement antisyphilitique a paru être sans action sur la maladie. On peut donc conclure que la syphilis prédispose à la desquamation linguale au même titre que d'autres affections débilitantes, mais qu'elle ne peut en être considérée comme la cause véritable.

Quant à la cause déterminante de la desquamation linguale et à sa nature intime, nous sommes encore réduits aux hypothèses. Unna regarde la maladie comme le résultat d'une trophonévrose analogue à celle qu'il a vue déterminer une exfoliation en plaques circulaires sur la paume de la main ; pour Parrot, Fournier et Lemonnier, il s'agit d'une glossite, et pour Mibelli (1) d'un simple trouble dans le développement de l'épithélium lingual, qui présente une prolifération exagérée. Jusqu'ici, les recherches des micrographes n'ont permis de constater la présence d'aucun parasite spécial à cette affection.

DESCRIPTION. — La desquamation linguale présente dans son apparence et son évolution plusieurs variétés nettement définies par Gautier. Nous décrirons d'abord celle qui a été rencontrée le plus souvent dans les premières années de la vie, et qui a été surtout étudiée dans les hôpitaux d'enfants par Parrot, par Bridou et par Guinon ; Gautier la désigne sous le nom de *desquamation à contours festonnés*, et Guinon sous celui de glossite *exfoliatrice marginée*.

Le plus souvent, son début échappe à l'observation, car il ne se révèle par aucun symptôme fonctionnel, et c'est par hasard, en examinant la langue de l'enfant, qu'on la trouve atteinte de desquamation. On constate sur la surface de la muqueuse la présence d'une ou de plusieurs taches de forme circulaire ou ovalaire, ou figurant de simples arcs de cercle. Ces taches sont de dimensions très variables; elles présentent à leur centre une surface rouge constituée par les papilles linguales dépouillées de leur épithélium et à leur périphérie un liséré festonné, parfois légèrement surélevé, à contours sinueux et large de quelques millimètres. Ce liséré est généralement blanc; parfois il est grisâtre, bleuâtre (Unna) ou jaunâtre (Caspary). Il est constitué par l'épithélium lingual; le microscope y a démontré la présence de cellules embryonnaires; on y trouve aussi des spores

(1) Mibelli, *Giorn. ital. del mal. ven.*, 1888, n° 4.

analogues à celles qu'on a constatées dans la bouche des individus sains, telles que celles du *Leptothrix buccalis*.

Si l'on suit pendant quelques jours la marche de ces taches, on les voit se modifier assez rapidement. Elles s'étendent à la surface de la langue; quelquefois leurs bords se confondent, ce qui produit les dessins les plus variés ; chaque tache se promène, pour ainsi dire, de la pointe à la base de la langue et disparaît peu à peu après huit ou dix jours, tandis que de nouvelles taches se sont formées sur la muqueuse; on voit alors chacune de celles-ci débuter par l'apparition d'une petite plaque blanchâtre qui, dès le lendemain, est transformée en un anneau rouge, desquamé à sa partie centrale et présentant à sa partie périphérique un liséré festonné; cette tache suit la même marche que les précédentes. La guérison paraît se faire par le ralentissement de la migration du liséré, dont la hauteur diminue jusqu'au nivellement complet; la plaque s'efface alors, puis disparaît par reproduction épithéliale.

La desquamation, dans cette variété, siège le plus souvent sur la face supérieure de la langue, mais on l'a aussi observée sur la face inférieure.

Dans une seconde variété, que Gautier désigne sous le nom de *desquamation à découpures nettes ou géographiques*, et qui a été aussi observée chez les enfants, mais moins souvent que la précédente, la langue présente sur la face supérieure, sur ses bords ou sur sa pointe, des dessins à contours sinueux nettement découpés et constitués, comme dans la forme précédente, par une portion de la muqueuse desquamée entourée d'un bord épithélial saillant et blanchâtre; ces contours ont été souvent comparés aux dessins qui figurent les côtes dans les cartes géographiques. Ce qui distingue surtout cette forme de la précédente, c'est son évolution. Le travail de desquamation ne suit guère une marche progressivement envahissante, ne va pas des bords au centre, mais se fait sur place. Dans l'espace de trois à quatre semaines à partir du jour où la ligne de démarcation de la surface dénudée a paru le plus tranchée, on observe un nivellement lent et progressif du rebord épithélial, qui s'aplatit, tandis que la portion dépouillée reprend sa coloration normale et se met à niveau avec ses bords; le sillon qui sépare les deux parties de la langue devient de moins en moins apparent, mais ne change pas de place. Le plus souvent, le même phénomène se reproduit régulièrement au bout de quelques semaines, et on ne peut jamais examiner la langue du malade sans y trouver des découpures épithéliales à un degré plus ou moins avancé de leur évolution.

Il existe une troisième variété de desquamation linguale décrite par Gubler et Vanlair sous le nom de *lichénoïde lingual*. On trouve dans cette forme, comme dans la première, des plaques à bords festonnés et à marche serpigineuse, mais le début de la maladie est

marqué par une prolifération épithéliale exagérée et générale de la muqueuse linguale ; une couche uniforme, pseudo-membraneuse, précède l'exfoliation, qui se fait par petits filaments ou par lambeaux. Cette forme n'a guère été rencontrée que chez l'adulte ; cependant on peut y rapporter un cas de Santlus relatif à un enfant de deux ans, chez lequel la maladie paraissait avoir débuté deux semaines après la naissance.

Quelle que soit la forme que présente la desquamation linguale, cette affection est toujours des plus bénignes, et mérite à peine le nom de maladie ; jamais elle ne s'accompagne de réaction générale, ni de tuméfaction ganglionnaire, ni de fétidité de l'haleine ; elle ne provoque aucune douleur locale. Les modifications que présente la surface de la langue constituent son unique symptôme.

La desquamation linguale affecte toujours chez les enfants une marche chronique ; les alternatives de desquamation et de réparation de l'épithélium se reproduisent successivement pendant un temps très long ; on a pu les suivre chez quelques sujets pendant plusieurs années. Il est difficile de fixer l'époque de la guérison définitive ; cependant, comme le fait remarquer Gautier, le fait que la maladie est plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte indique qu'elle peut cesser complètement avec les progrès de l'âge. Guinon a vu plusieurs fois la desquamation marginée disparaître à la suite d'une affection fébrile intercurrente.

DIAGNOSTIC. — L'absence absolue de douleur, d'ulcération, de sécrétion morbide à la surface de la langue, la marche chronique de l'affection, suffisent pour faire distinguer la desquamation de la langue des autres affections de la bouche, telles que les *aphtes*, le *muguet*, la *stomatite ulcéro-membraneuse*.

Les *plaques muqueuses* de la langue s'accompagnent généralement d'autres manifestations syphilitiques dans la bouche et sur la peau ; en outre, elles ont une apparence uniforme, d'un blanc mat, et ne présentent pas, comme la desquamation linguale, deux surfaces, l'une rouge, l'autre blanchâtre, séparées par une ligne de démarcation bien tranchée.

PRONOSTIC et TRAITEMENT. — La desquamation linguale est une affection absolument bénigne et qui n'occasionne aucun inconvénient pour les enfants qui en sont atteints ; aussi ne nécessite-t-elle aucun traitement. D'ailleurs, la plupart des médications tentées contre elle ont échoué ; Unna dit cependant s'être bien trouvé de l'emploi de l'alun et des préparations sulfureuses. La thérapeutique devra être uniquement dirigée contre la débilité générale ou les troubles digestifs, qui sont souvent la cause de la desquamation linguale.

CHAPITRE VIII

PHARYNGITE ET AMYGDALITE AIGUËS

ÉTIOLOGIE. — L'inflammation aiguë des organes de la déglutition peut s'observer à toutes les périodes de l'enfance ; elle est plus fréquente après cinq ans qu'avant cet âge ; elle est exceptionnelle chez les enfants à la mamelle. Elle peut être primitive ou secondaire.

L'*angine primitive* est le plus souvent causée par un refroidissement. Certaines formes d'angine simple paraissent se produire aussi sous une influence épidémique ou même par contagion. Il n'est pas rare de voir plusieurs cas d'amygdalite se succéder dans une même maison sans qu'aucun revête la forme diphtérique ; nous en avons constaté plusieurs exemples. Il s'agit parfois alors de l'amygdalite infectieuse décrite par Bouchard et Kannenberg. On devra être toujours sévère dans l'appréciation de ces faits et ne les admettre que quand l'examen bactériologique des produits de la gorge aura permis d'exclure une diphtérie ayant débuté sans exsudation. On devra aussi songer à la possibilité d'une scarlatine fruste, mais il est bien rare d'observer en même temps plusieurs cas de scarlatine sans éruption, et la constatation d'un cas bien caractérisé de cette affection fera faire le diagnostic.

La plupart des microbes susceptibles de devenir pathogènes ont été trouvés dans la gorge de sujets parfaitement sains ; il faut une cause occasionnelle pour qu'ils deviennent assez virulents ou que l'enfant devienne assez peu résistant pour qu'ils puissent déterminer une angine. Ceux qui ont été rencontrés le plus souvent dans les cas d'angine non diphtérique appartiennent à la classe des streptocoques. Parmi ces derniers, on trouve tantôt le streptocoque long (*streptococcus pyogenes*), qui se rencontre particulièrement dans les cas où l'on observe une fièvre vive, de la tuméfaction ganglionnaire et des symptômes nerveux, tantôt un streptocoque court, se présentant habituellement sous la forme de diplocoques isolés ou en chaînettes et facile à distinguer dans les cultures sur pomme de terre où il forme des colonies d'un blanc mat faisant une saillie notable. Signalé par D'Espine et de Marignac (1) dans un cas d'angine diphtéroïde, ce streptocoque a été retrouvé dans un grand nombre de cas d'angine simple par F. Marot (2) ; il est moins pathogène que le streptocoque long. Il a été constaté aussi, comme ce dernier, dans la salive d'individus sains.

Le staphylocoque pyogène a été aussi rencontré souvent, par-

(1) D'Espine et Marignac, *Arch. de méd. expér.*, 1892, p. 480, souche IV.
(2) F. Marot, *Thèse de Paris*, 1893.