CHAPITRE V

HERPÈS TONSURANS DE LA LANGUE

Chez l'enfant plus encore que chez l'adulte, on voit des plaques rouges annulaires de la langue entourées d'un anneau épithélial blanchâtre. — Il y en a une seule ou plusieurs qui se confondent. — Ces plaques durent une ou plusieurs années. Elles ne font pas souffrir les enfants. Elles existent chez des enfants bien portants, sont compatibles avec une santé parfaite. Quelquefois elles se rattachent à un état dyspeptique ou de gastro-entérite chronique sans importance. — Par suite d'une idée préconçue aussi bizarre qu'erronée, M. Parrot professe que ces plaques sont l'indice de syphilis constitutionnelle chez les enfants. — Ce sont des affirmations semblables à celles des malformations dentaires et du rachitisme, que ce confrère rattache à la syphilis. — Avec un peu plus d'expérience et d'observation, tout cela n'aurait jamais pu être dit.

CHAPITRE VI

DIVISION CONGÉNITALE DU VOILE DU PALAIS ET DE LA VOUTE DU PALAIS.

La voûte palatine et le voile du palais offrent différents vices de conformation que la chirurgie peut faire disparaître.

On observe: 1° la division de la luette seule; 2° la division du voile du palais tout entier; 3° la division du voile du palais et de la voûte.

§ I. — Division de la luette et du voile du palais.

La division de la luette seule est chose fort rare; la division du voile est, au contraire, une lésion assez fréquente. Elle est toujours médiane et complète; ses bords s'écartent à chaque mouvement du pharynx; ils se terminent en bas par la moitié correspondante de la luette.

§ II. — Division du voile et de la voûte du palais.

La division existe enfin sur ce voile et sur la voûte du palais. Elle est plus ou moins large, unique ou double, n'intéressant que la voûte et s'arrêtant à l'arcade dentaire, ou comprenant l'arcade dentaire elle-même. Elle est souvent, enfin, liée à la division congénitale des lèvres, en deux mots, au bec-de-lièvre.

L'allaitement est considérablement gêné par cette lésion; la succion, l'aspiration des liquides, la déglutition, le cri, la phonation, etc., sont choses fort difficiles. Quelquefois les nouveau-nés ne peuvent teter, et il faut les tenir verticalement en leur pressant le sein dans la bouche. Si le moyen ne réussit pas, il faut employer le biberon ou le lait à la cuiller. Des enfants qui n'avaient encore rien pu avaler et qui étaient mourants ont pu être rappelés à la vie de cette façon.

Cette difformité n'a donc rien de grave pour les enfants, si l'on emploie les précautions nécessaires pour leur faire prendre la nourriture. Néanmoins, comme elle entraîne des inconvénients considérables, la chirurgie a songé aux moyens de la guérir. Elle a trouvé les moyens *prothétiques* ou appareils destinés à être mis dans la bouche pour fermer des ouvertures que nul autre

moyen ne saurait clore, la *staphylorrhaphie*, que Ph.-J. Roux a le premier fait connaître (1).

Cette opération difficile, délicate, ne peut être pratiquée chez le nouveau-né, ni même dans la seconde enfance. Elle ne doit être entreprise que dans l'âge adulte, vers dix-huit ou vingt ans, afin que la docilité des sujets puisse aider le chirurgien dans ses manœuvres et dans les soins consécutifs à l'opération.

LIVRE X

MALADIES DE LA BOUCHE

CHAPITRE PREMIER

DENTITION. — FORMATION DES DENTS. — PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES DE LA DENTITION ET ACCIDENTS QUI ACCOMPAGNENT L'ÉVOLUTION DENTAIRE. — MALADIES DES DENTS.

On a jadis considéré le travail de la dentition comme l'origine presque exclusive de la plupart des maladies des enfants, puis on a contesté toute

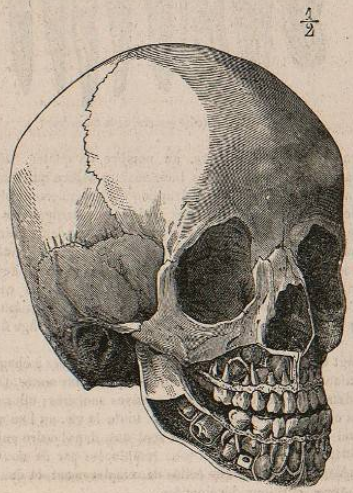

FIG. 53. — Crâne d'enfant d'environ sept ans. Etat des deux dentitions.

(1) Roux, *Quarante années de pratique chirurgicale*. Paris, 1854, t. I, p. 228 et suiv.

influence à ce travail physiologique. Ces deux opinions, si elles sont exclusives, sont évidemment fausses. L'observation montre que dans beaucoup de cas l'évolution dentaire, trop rapide ou trop tardive, régulière ou irrégulière, devient le point de départ des plus graves maladies. Dans quel cas la dentition est-elle la cause du dérangement de la santé, et quels sont les désordres qui en dépendent? Voilà ce qu'il faut établir. Comme on le verra, il est un petit nombre de maladies qui sont vraiment le résultat de ce travail; mais il importe que les choses soient précisées de façon à ne laisser aucun doute dans l'esprit du médecin.

§ I. — Évolution et sortie des dents.

C'est vers la fin du sixième ou septième mois environ, que les dents incisives (fig. 54) moyennes *inférieures* percent le tissu des gencives. Peu de temps après, les incisives correspondantes de la mâchoire supérieure paraissent, puis les incisives latérales *supérieures*, et enfin celles de la mâchoire inférieure. Cet ordre d'évolution est un peu différent de l'ordre indiqué par plusieurs physiologistes, qui admettent la sortie des incisives latérales inférieures, avant la sortie des latérales supérieures. Cet ordre est celui de la nature. J'ai maintes fois eu l'occasion de l'observer.

FIG. 54. — Dents (côté gauche de la mâchoire) (*).

Les premières petites molaires, au nombre de quatre, succèdent aux incisives, laissant entre elles et les incisives un espace que rempliront plus tard les canines ou lanières, dont l'éruption est généralement plus tardive et plus laborieuse; les secondes petites molaires ne tardent pas à suivre les canines: ces petites molaires sont plus grosses que les dents correspondantes de la seconde dentition. Quand, vers la fin de la seconde année, ces vingt dents sont sorties, la première dentition est achevée; la vie des enfants est assurée: elle était auparavant bien incertaine, puisque les calculs sur la probabilité de la vie humaine prouvent que le tiers des enfants qui naissent à une époque donnée meurt avant d'avoir atteint l'âge de vingt-trois mois.

A ces vingt dents s'ajoutent deux nouvelles molaires à chaque mâchoire lorsque l'enfant est parvenu à la fin de sa quatrième année. Ces dernières formeront dans la suite les premières grosses molaires; elles diffèrent des précédentes en ce qu'elles doivent rester toute la vie, au lieu que les dents primitives ou dents de lait tombent à sept ans, dans l'ordre suivant lequel elles sont sorties des mâchoires et sont remplacées par de nouvelles dents mieux formées, plus grosses que celles de remplacement, et dont les racines sont plus longues et mieux développées.

(*) A, première incisive; B, seconde incisive; C, canine; D et E, petites molaires; F, G et H, grosses molaires.

Vers la neuvième année, deux nouvelles grosses molaires naissent au delà des premières; l'enfant a dès lors vingt-huit dents. La dentition est complète quelquefois de dix-huit à trente ans, et quelquefois beaucoup plus tard; les dents tardives ou de sagesse, au nombre de deux à chaque mâchoire, se montrent à la partie la plus reculée des bords alvéolaires.

L'éruption des dents permanentes diffère selon la constitution et l'individualité; cependant on peut, jusqu'à un certain point, établir les périodes suivantes:

TABLEAU SYNOPTIQUE DE LA DENTITION HUMAINE.

ORDRE DE SUCCESSION.	ÉPOQUE D'APPARITION DU FOLLICULE.	ÉPOQUE D'ÉRUPTION.	ÉPOQUE de chute spontanée.	DIVISION du système de la dentition humaine en 5 périodes.
A. Tableau de l'évolution de la 1re phase 1re dentition (Dents temporaires)				
Incisives centrales inférieures	65e jour après la conception	7e mois	7e année	1re période 20 dents
Incisives centrales supérieures	70e jour	10e mois	7 ans 1/2	
Incisives latérales inférieures	80e jour	16e mois	8e année	
Incisives latérales supérieures	85e jour	24e mois	10e année	
Premières molaires inférieures	Du 95e au 100e jour	26e mois	10 ans 1/2	
Premières molaires supérieures		28e mois	11e année	
Canines inférieures		30e mois	11 ans 1/2	
Canines supérieures		Du 30e au 35e mois	12e année	
Total..... 20 dents.				
B. Tableau de l'évolution de la seconde phase (deuxième dentition). — Dents permanentes —				
Premières molaires inférieures	Vers le 90e j. après la conception	De 5 à 6 ans	.....	2e période 4 dents
Premières molaires supérieures	Vers le 100e j. après la conception		.....	
Incisives centrales inférieures		7e année	.....	3e période 20 dents
Incisives centrales supérieures			.....	
Incisives latérales inférieures		8 ans 1/2	.....	
Incisives latérales supérieures	Du 110e au 130e jour		.....	
Premières prémolaires inférieures		De 9 à 12 ans	.....	
Premières prémolaires supér.			.....	
Deuxièmes prémolaires infér.		11e année	.....	
Deuxièmes prémolaires supér.			.....	
Canines inférieures		De 11 à 12 ans	.....	4e période 4 dents
Canines supérieures			.....	
Deuxièmes molaires inférieures	Vers le 3e mois	De 12 à 13 ans	.....	
Deuxièmes molaires supérieures			.....	
Troisièmes molaires inférieures	A la 3e année	De 18 à 25 ans	.....	5e période 4 dents
Troisièmes molaires supérieures			.....	
Total..... 32 dents.			Total.....	32 dents.

L'éruption des secondes dents se fait plus facilement que celle des premières. L'organisme, fortifié déjà à cette époque, résiste mieux à l'irritation

que provoque l'éruption des dents; en outre, lorsque les dents caduques tombent, les dents de remplacement sont tellement développées qu'elles apparaissent pour ainsi dire immédiatement après celles qui viennent de tomber.

L'ordre que l'on observe dans l'éruption successive des dents n'est point tellement invariable qu'il ne soit fréquemment interverti. On voit encore assez souvent les incisives supérieures sortir avant les incisives inférieures, toutes les petites molaires se montrer avant les canines, etc. Il en est, à l'égard de la dentition, comme de tous les actes de l'économie vivante, l'instabilité en forme le principal caractère. Un examen actif fait bientôt apercevoir avec quelle irrégularité procèdent les phénomènes, soit physiologiques, soit pathologiques, qui paraissent le plus s'assujettir à certaines périodes calculables et déterminées.

Cette double rangée de dents qui se succèdent existait dans les mâchoires des fœtus. Chaque alvéole, à cet âge de la vie, renferme deux follicules membraneux superposés. Celui qui doit former la dent primitive se gonfle le premier; une matière calcaire encroûte sa surface et forme le corps de la dent, qui envahit ainsi le follicule par lequel est sécrétée la partie osseuse, de manière que le développement du petit os étant achevé, la vésicule membraneuse dans laquelle se ramifient les vaisseaux et les nerfs dentaires se trouve au centre de son corps, et adhère aux parois de sa cavité intérieure. La dent est donc une substance calcaire sécrétée, ou plutôt excrétée par la vésicule dentaire; les vaisseaux ramifiés dans les parois de cette vésicule se prolongent dans la substance osseuse: c'est au moins ce qu'on doit présumer de l'adhérence intime de la membrane avec l'os. Les germes dentaires primitifs sont liés à ceux desquels doit naître la seconde dentition; un prolongement membraneux les unit, et, pour se porter des uns aux autres, sort par de petits trous dont le bord alvéolaire est percé. C'est par ces petites ouvertures, dont Sabatier, Bichat et Boyer ne font aucune mention, que sortent les dents secondaires, dont les germes sont en arrière des dents primitives. Fallope connaissait cette communication des germes dentaires et les petits trous (*foramina*, Sœmmerring) qui laissent passer les dents de la seconde dentition. C'est donc à tort que, dans ces derniers temps, on a voulu s'attribuer leur découverte.

Il n'est pas difficile de dire pourquoi l'évolution des germes dentaires est successive; pourquoi, dans la septième année, les dents primitives se détachent et sont remplacées par d'autres qui sont restées si longtemps ensevelies dans l'épaisseur des bords alvéolaires. Les mâchoires croissent en tous sens, et par conséquent les arcades alvéolaires augmentent de dimension avec l'âge; l'arc s'agrandit, en sorte que les dents primitives ne suffiraient plus à le garnir, si la nature ne les remplaçait par d'autres dents plus grosses et plus nombreuses. Le cochon d'Inde, ou cabiais, présente cette singularité, que les dents ne sont pas renouvelées, mais poussent et sortent plus grosses de l'alvéole, à mesure que le frottement les détruit, de manière qu'elles suffisent à garnir le bord alvéolaire. La même chose s'observe sur les lapins (1).

Apparition prématurée des dents. — Il en est de la dentition comme de tous les autres phénomènes de l'économie animale; elle présente une foule de variétés relatives à son époque, à sa durée, etc. On cite quelques exemples, fort rares, de dentition précoce, soit que les enfants naissent avec des dents, soit que leur sortie de la gencive se fasse très promptement, Eustachi (2), Colombo, Rauchin, Haller en ont publié un certain nombre. J. Frank rappelle les noms fournis par l'histoire de Richard III, roi d'Angleterre, de Louis XIV, de Mazarin, venus au monde avec plusieurs dents. Il en rapporte un exemple qu'il a observé lui-même, et l'on pourrait allonger la liste des faits de ce genre. J'en ai vu deux cas. Dans l'un d'eux, l'enfant est venu au monde avec sept dents, et au bout d'un mois il n'en restait que trois. C'était un sujet cachectique et dans le marasme. Dastal (de Mons) (1) a vu un garçon naître avec deux incisives inférieures médianes. Sappey a observé une fille de trois mois ayant déjà deux incisives moyennes et une incisive latérale droite à la mâchoire inférieure. Thore (2) en a vu cinq exemples, quatre à l'hospice des Enfants-Trouvés et un dans sa pratique.

(1) Richerand, *Nouveaux éléments de physiologie*, 10e édit. Paris, 1833. — C.-F. Burdach, *Traité de physiologie*. Paris, 1838, t. III, p. 498.
(2) Eustachi, *Opuscula anatomica*.

OBSERVATION I. — Un garçon de six semaines atteint de muguet eut une incisive médiane qui tomba le lendemain, laissant une ulcération grisâtre de la gencive. A la mort, le bulbe dentaire était vide et les autres alvéoles remplis.

OBSERVATION II. — Une fille d'un mois ayant une ulcération du bord de la mâchoire inférieure, présenta, sur ce point, deux dents incisives; et à la mort les deux dents en cornet recouvrent le follicule dentaire rouge et gonflé.

OBSERVATION III. — Un garçon de six semaines meurt ayant une incisive médiane inférieure droite au milieu d'une ulcération, se détachant avec facilité et montrant un petit cornet osseux reposant sur le follicule rouge très gonflé. L'incisive médiane gauche reposait sur un champignon noir, comme gangrené, et l'os maxillaire était en ce point atteint de carie.

OBSERVATION IV. — Une fille d'un mois, atteinte de muguet, avait sur la partie moyenne du maxillaire inférieur deux incisives médianes au milieu d'une ulcération. Peu après, les dents tombent et apparaît le follicule gris, noirâtre, saillant, étranglé à sa base, restant ainsi jusqu'à la mort de l'enfant. L'os maxillaire était sain.

OBSERVATION V. — Un garçon de douze jours ayant eu un abcès sous la lèvre supérieure, par lequel sortirent les deux incisives médianes supérieures, avait aussi l'os maxillaire nécrosé. Il guérit, et le reste de la dentition se fit peu à peu, à l'exception de ces deux dents supérieures médianes; cependant à huit ans, au moment de la seconde dentition, l'une de ces dents permanentes se montra, mais l'autre ne sortit pas.

Dumas (de Cette) en a cité un exemple chez un enfant de six jours, qui souffrit beaucoup pour la sortie d'une incisive; mais à peine dehors, la dent tomba et l'enfant fut guéri.

Il y a un cas de Besnier dans lequel la dent de naissance avait ulcéré la langue, et un cas de Lardier (3) dans lequel il y avait deux incisives, dont l'une avait produit l'ulcération gencivale.

Il faut donc distinguer deux cas dans l'apparition précoce des dents: ou bien les enfants bien conformés viennent au monde avec des dents, ce qui est le cas le plus rare, ou bien c'est un travail pathologique de la gencive qui occasionne l'ulcération du follicule dentaire et l'apparition de la dent. Baudelocque, avec raison, observe que l'éruption de quelques dents avant la naissance n'est pas toujours la suite du développement extraordinaire de l'enfant, ni le présage d'une constitution meilleure, et il le prouve par plusieurs exemples. Enfin, les dents surnuméraires achèvent d'établir que les phénomènes de la dentition sont soumis aux mêmes irrégularités que la plupart des autres phénomènes de la vie, soit physiologiques, soit pathologiques.

(1) Dastal, *Gazette des hôpitaux*, 1876.
(2) Thore, *Gazette médicale*, 1859, p. 617.
(3) Lardier, *Gaz. obst.* 1875.

Apparition tardive des dents. — Quelques enfants ont leurs premières dents très tard. J'en ai vu de bien portants qui n'en avaient pas encore à deux ans ; — mais ces faits se voient plus souvent chez des enfants malades d'entérite chronique, de rachitisme ou d'hydrocéphalie.

Pour les secondes dents, le fait est plus commun, et on voit des enfants qui, à douze, treize et quatorze ans, n'ont pas encore remplacé leurs dents de lait. J'ai vu une jeune fille de dix-huit ans qui n'avait encore que vingt dents, comme un enfant de deux ans, mais ces dents étaient les dents temporaires. — Hoffmann, Bonthalier, Legendre, Casse, ont cité des faits de ce genre. Quant aux faits de dents repoussant pour la troisième fois, ils sont plus rares. Magitot en a publié d'autres relatifs à des sujets de soixante-trois et de soixante treize ans qui, à cet âge, perçaient encore des dents molaires qui n'étaient jamais sorties. — Ces irrégularités sont importantes, parce que, ainsi que je le dirai plus loin, elles entraînent souvent des accidents nerveux plus ou moins graves.

L'évolution dentaire est toujours retardée par le rachitisme. Quand cette altération de nutrition apparaît avant le sixième ou le septième mois, époque de l'apparition des premières dents, leur sortie est considérablement retardée ; quand, au contraire, ce rachitisme apparaît dans le cours de la dentition, ce travail s'arrête et ne reprend que lorsque le rachitisme a été guéri. Il n'y a rien de mieux établi que ce fait, dont on se sert journellement pour diagnostiquer la présence du rachitisme avant la présence de tout autre symptôme.

§ II. — Accidents de l'évolution dentaire.

Il n'est pas toujours facile de déterminer l'influence exercée par le travail de la dentition sur le développement des maladies des enfants à la mamelle. Il est évident qu'il ne suffit pas de constater l'apparition d'une maladie dans le cours de l'évolution dentaire, pour en conclure qu'elle est la conséquence de ce travail physiologique ; il faut encore savoir si leur existence est le résultat d'une coïncidence, ou si, au contraire, on doit établir entre eux un rapport de causalité.

Ainsi, toutes les maladies des enfants à la mamelle se développent au moment de la première dentition. Est-ce à dire pour cela que ces maladies soient la conséquence de l'évolution dentaire ? Assurément non, mais il en est un certain nombre qui ne paraissent qu'au moment de l'éruption d'une dent, et qui se reproduisent chaque fois qu'une occasion semblable se renouvelle. Ce sont ces dernières qui peuvent être regardées comme de véritables accidents de dentition, et des faits nombreux viennent établir la réalité de cette coïncidence.

La pneumonie qui se développe chez un jeune enfant qui va percer une dent n'a aucun rapport avec l'évolution dentaire, puisqu'elle ne se produit pas chaque fois qu'une dent nouvelle est près de sortir. — La rougeur du visage, la diarrhée, les convulsions, les inflammations de la bouche, au contraire, qui chez quelques enfants s'établissent toutes les fois que la fluxion des gencives annonce le travail dentaire, sont intimement liées à ce travail physiologique. J'ai vu des diarrhées fort graves, qui avaient compromis l'existence des enfants et que rien ne pouvait modérer, disparaître rapidement aussitôt après la sortie des premières dents.

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 et parasitaires, telles que l'*oïdium albicans* et le *leptothrix*. Ces altérations ne diffèrent pas de celles que j'ai décrites à propos des maladies de la bouche. Le même traitement est convenable dans ces diverses circonstances.

Traitement. — Quand les enfants se trouvent dans la position dont je viens de parler, il faut leur laver la bouche avec un liquide adoucissant et mucilagineux et toucher la muqueuse avec un pinceau de coton imbibé de décoction de racine de guimauve miellée, ou de décoction de graine de lin additionnée de borax. Le pavot et l'opium ne doivent entrer dans ces préparations qu'à très petite dose. 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 figues 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, endurcir 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. Opé-

ration 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 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 innocente; cependant le docteur Nicol (1) a rapporté un cas de mort par hémorrhagie que rien ne pouvait faire prévoir observé chez son enfant âgé de six mois (2).

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 *feux de dents*, l'inflammation légère des conjonctives, la diarrhée *ulcéreuse*, et l'inflammation aiguë ou chronique de l'intestin avec ou sans anémie, enfin quelquefois la bronchite.

Les convulsions sympathiques de la dentition 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*, les *engorgements ganglionnaires*, et parmi les autres je citerai tous les accidents réflexes névropathiques, tels que la *céphalée permanente*, qui empêche tout travail chez les enfants, l'*éclampsie* ou l'*épilepsie*, 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 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

(1) Nicol, *Association med. Journal.*
(2) Voy. sixième édition de ce livre.

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 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 incoercible.* — Un garçon de neuf ans, bien constitué, a depuis dix-huit mois un invincible tendance au sommeil dans le jour, et on est obligé de le coucher. — Sa langue est embarrassée et il parle mal ; pas de céphalalgie, 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* (1).

OBSERVATION VII. — *Dentition donnant lieu à des accidents symptomatiques simulant la fièvre cérébrale ou pseudo-méningite* (Dr Bouchut). — Un enfant de quatorze mois, peu développé pour son âge, légèrement noué au niveau des articulations, porteur de deux dents incisives médianes inférieures, allait percer 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 reparaître 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 pius. 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.

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

(1) Voyez PSEUDO-MÉNINGITE.

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. 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 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 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.

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

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 puisse être considérée comme trouble réflexe produit par l'évolution dentaire.

L'influence de l'évolution dentaire sur *les maladies du tube digestif* est 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 chacune de leurs dents. Le rapport entre ces deux phénomènes repose donc sur une base inébranlable.

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 altéra-

(1) Metras, thèse, 1873.

tion 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 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.

§ III. — Maladies des dents.

Les dents présentent des maladies *locales* et *générales*, les unes *accidentelles*, produites par les aliments et les maladies de la bouche; les autres *diathésiques* et produites par la dyspepsie, le rachitisme et la syphilis.

Fig. 55.

Fig. 56.

Les *maladies locales* sont la carie et ses conséquences, dont je ne veux pas parler ici ; mais les *maladies générales* sont la malformation des dents.

Lorsque dans la première enfance l'organisme a souffert d'une dénutrition cachectique causée par la dyspepsie prolongée, l'entérite chronique, le rachitisme, la syphilis, les germes dentaires ne se développent pas régulièrement et les dents incisives qui paraissent sont moins grosses, moins régulières, moins bien garnies d'émail et déformées par des points noirâtres, par des sillons variés, par des dentelures ou des échancrures irrégulières.

Les dents incisives offrent deux dispositions principales : une formant des sillons superposés en escalier, avec des points noirâtres et des dentelures à leur bord : c'est le caractère des dents de la diathèse rachitique et de l'ostéomalacie dyspeptique ; — l'autre dont les dents incisives sont courtes, parfois coniques et incomplètes, et leur bord tranchant est échancré, concave. — C'est, d'après Hutchinson, le signe de la diathèse syphilitique. Mais cela est fort contestable.

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

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 (1).

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.

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. Les malformations et les érosions dentaires résultent d'un état cachectique, intestinal, scrofuleux ou syphilitique.

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

232. La seconde dentition détermine très souvent des névroses graves, telles que la céphalalgie 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 du pharynx, donnant lieu à une plus ou moins grande difficulté d'avaler ou de respirer.

(1) Voyez RACHITISME.

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 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 gangreneux*, d'*angine tonsillaire*, d'*angine maligne*, d'*angine gangreneuse*, de *cynanche*, d'*esquinancie*, d'*angine couenneuse diphthéritique*, etc., sous lesquelles on en a parlé, prouvent le dissentiment d'opinion qui a régné 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 gangreneuses, 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 en 1826 (3), il établit que l'angine ulcéreuse ou ulcère syriaque d'Arétée, l'angine dite maligne et l'angine gangreneuse 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 διφθέρα, membrane), donné aux maladies caractérisées par la présence de fausses membranes, et substitué à celui d'*angine maligne, gangreneuse*.

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 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

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

des maladies couenneuses sans diphthérite, c'est-à-dire, en parlant grec, de la *diphthérite sans diphthérite*, déplorable confusion qu'il faudrait éviter.

D'autre part, en niant l'existence des angines ulcéreuses malignes ou infectantes et des angines gangreneuses 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 gangreneuses et infectieuses 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 gangreneuses 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 gangreneuse 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, ou amygdalite;
3° L'angine scrofuleuse;
4° L'angine couenneuse simple; — angine couenneuse commune; — angine pultacée;
5° L'amygdalite caséeuse;
6° L'angine gangreneuse;
7° L'angine couenneuse maligne ou diphthérite.

ARTICLE PREMIER

ANGINE CATARRHALE

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 les nouveau-nés, et est 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 inconnue.

Symptômes. — 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.

Pronostic. — 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 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., 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 à 1 pour 100, 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.

ARTICLE II

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.

Causes. — 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'une *amygdalite caséeuse*.

1° *Amygdalite aiguë.* — 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.

2° *Amygdalite chronique* et *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 inspiration, nuit à l'hématose et amène le rétrécissement de la cage thoracique, comme l'a établi Dupuytren.

Traitement. — 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 caséeux des amygdales qui forme l'*amygdalite caséeuse*.

ARTICLE III

AMYGDALITE CASÉEUSE

Observation I. — 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, caséeuse 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.

Depuis, 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.

Observation II. — 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 malade.

Observation III. — Une petite fille, la seconde de cinq enfants de la famille, et qui eut, comme ses frères et sœurs, une angine couenneuse commune, garda, 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 caséeuse 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.

Traitement. — 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 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.

ARTICLE IV

ANGINE SCROFULEUSE

Il se développe quelquefois dans le pharynx et sur le voile du palais des inflammations qui restent granuleuses, parfois tuberculeuses, et qui sont le point de départ d'ulcérations chroniques qu'on a la plus grande peine à guérir.

Ces ulcérations occupent soit le pharynx seulement, soit le pharynx et les piliers du voile du palais ou le voile lui-même. Elles durent des mois et des années. Elles peuvent détruire le voile du palais, en partie ou en totalité, détruire le timbre de la voix et amener le retour des boissons par le nez.

Ces ulcérations sont grisâtres, indolentes, à fond granuleux et à bords rouges, un peu saignants. Leur marche est très lente et à peu près insensible.

Comme traitement, les douches d'*eau iodée*, d'*eau camphrée*, de *coaltar saponiné* de Lebeuf, les applications d'iode avec un pinceau ou de nitrate d'argent constituent le traitement local.

L'huile de morue, l'arséniate de soude, 10 à 20 milligrammes par jour, et l'iodure de potassium, 1 à 2 grammes, sont les meilleurs remèdes à employer.

CHAPITRE III

PHARYNGITE ET ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIENS

L'inflammation aiguë phlegmoneuse du pharynx est très rare chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle. C'est à peine s'il y en a quelques exemples. J'en ai vu un certain nombre, le premier chez une petite fille de deux ans, qui eut, dans la convalescence d'une rougeole hémorrhagique, des parotides suivies d'abcès rétro-pharyngiens, avec résorption purulente et abcès pulmonaires suivis de la mort ; l'autre sur un garçon, qui eut un abcès rétro-pharyngien ouvert dans le pharynx et suivi de guérison; le troisième sur une petite fille de l'hôpital des Enfants, qu'on amenait pour un abcès de suffocation attribué au croup, et que je guéris instantanément par l'incision du pharynx.

Voici le quatrième :

OBSERVATION I. — Léon Rouvier, trois ans, vu le 5 avril 1871. Cet enfant est malade depuis deux mois, il tousse, avale difficilement, étouffe la nuit et fait entendre un bruit respiratoire sifflant très considérable. Il offre au-dessous de l'amygdale et sur le plongeon une petite tumeur grosse comme un œuf de pigeon, élastique et molle. Au bout de quinze jours, les étouffements augmentent avec gêne et dysphagie, l'enfant paraît près d'étouffer. Une ponction faite sur la tumeur en fait jaillir à 4 mètres de distance un flot de pus sans odeur. Quinze jours après on ramène l'enfant, qui ne présente plus de tumeur, qui boit, mange bien et semble guéri.

Le docteur Séguin en a vu trois cas terminés par suppuration, et Besserer (1) en cite un autre exemple fort curieux.

OBSERVATION II. — *Abcès de la paroi postérieure du pharynx chez un enfants de quatre mois.* — Un enfant de quatre mois, appartenant à une famille scrofuleuse, présenta, le 24 novembre 1840, les symptômes suivants : fièvre médiocre ; peau chaude, sèche ; toux facile, grasse, peu fréquente ; râles muqueux, abondants dans le larynx et dans la trachée. La cavité buccale et l'arrière-gorge étaient remplies de mucosités filamenteuses et visqueuses. La paroi postérieure de la gorge paraissait être recouverte d'une fausse membrane. La base de la langue était épaissie et revêtue d'une couche blanche. La respiration était accélérée, la déglutition manifestement difficile, l'enfant ne prenait le sein que rarement. On crut à l'existence d'une diphthérite avec catarrhe laryngien et trachéal, et l'on prescrivit un émétique. Le 23, les symptômes, surtout ceux du côté des voies respiratoires, étaient plus graves. La respiration était très difficile, quelquefois avec d'assez longues intermittences, surtout dans le décubitus dorsal ; la toux était rauque et fréquente. Les râles étaient très forts ; il y avait beaucoup de mucosités dans l'arrière-gorge. Le doigt, porté dans la bouche, trouva la paroi postérieure du pharynx saillante et tuméfiée. L'enfant était très agité et dans un état d'anxiété très grand ; il ne voulut pas prendre le sein, et il laissa couler de sa bouche le peu de lait qu'on lui avait fait boire. On donna de nouveau un émétique et l'on mit trois sangsues au cou. A la suite de vomissement, il y eut un peu d'amélioration : on donna alors le calomel à la dose d'un demi-grain toutes les deux heures, et l'on prescrivit l'application d'un vésicatoire. Les symptômes restèrent stationnaires jusqu'au 1er décembre, seulement l'enfant s'affaiblissait ; ils revinrent brusquement et avec violence dans la nuit du 1er au 2. Il y eut surtout d'appréciable un certain bruit qui semblait être celui d'une pellicule qui se rompait sous l'effort, après avoir longtemps empêché la respiration. Toute tentative pour examiner le pharynx déterminait des accès de suffocation. M. Besserer, croyant avoir affaire à un croup, prescrivit le sulfate de cuivre. Le soir, il trouva l'enfant la tête fortement portée en arrière, la face pâle, couverte d'une sueur froide, et dans un état d'angoisse extrême. Le doigt, porté dans l'arrière-gorge, y trouva une tumeur tendue qui ne paraissait pas la rétrécir manifestement. Cette manœuvre rendit la respiration plus facile, de même qu'une pression sur les côtés du larynx fit porter cet organe en avant. Des saignées, des émétiques, etc., amenèrent un peu d'amélioration ; mais le lendemain, les accidents revinrent plus violents ; l'enfant mourut dans la nuit.

Autopsie. — Le larynx, l'épiglotte et la trachée étaient blancs, exsangues et revêtus d'un mucus visqueux. La paroi postérieure du pharynx, qui n'était nullement enduit d'une fausse membrane, comme on l'avait cru voir pendant la vie, était blanche, tuméfiée et très épaisse ; elle formait la paroi antérieure d'un abcès du volume d'un œuf de poule. Cet abcès, formé exclusivement par le tissu cellulaire, appuyait sur le corps des première, deuxième, troisième et quatrième vertèbres cervicales, et contenait une demi-tasse de pus épais, d'un jaune verdâtre floconneux. Les vertèbres n'offraient aucune trace de maladie.

OBSERVATION III. — *Abcès rétro-pharyngien.* (M. Bouchut.) — Un jeune garçon fut pris d'un torticolis douloureux fébrile avec une si forte douleur cervicale, que je crus

(1) Besserer, *Medizinische Rhein und Westphälische Correspondenzbl.*, 1844, n° 22.

d'abord à un commencement de carie vertébrale. Ce n'est qu'au bout de quinze jours qu'en voyant une saillie au fond du pharynx, j'y constatai de la fluctuation, et j'appuyai intentionnellement avec une telle force que je fis crever un abcès au moment où j'allais recourir au bistouri.

En 1882, MM. Geffrier et R. Lacaze ont publié un cas d'abcès rétro-pharyngien ayant fusé sur la partie latérale gauche de la trachée, en avant de laquelle il faisait saillie. Il a été ouvert sur la ligne médiane antérieure du cou, et l'enfant est mort.

Depuis lors, d'autres faits ont été publiés en 1873 par Abelin (1) de Stockholm, par Schmitz (2), mais ils ne renferment rien de nouveau.

En 1876, Bockai a publié d'autres observations faites à l'hôpital de Pesth. Cet auteur dit que dans une période de douze ans, 1864 à 1876, il a observé 144 abcès rétro-pharyngiens : 129 idiopathiques ; 3 consécutifs à des inflammations suppurées du cou ; 4 à la suite de spondilites ; 7 après la scarlatine ; 1 autour d'un corps étranger ; 102 ont été ouverts par le bistouri, 5 par la pression du doigt, 19 se sont ouverts spontanément et 11 ne se sont point ouverts. Dans ce nombre, il y a eu 11 morts, 122 guérisons et 13 malades sortis pendant le cours du traitement.

Quelle fréquence en Hongrie pour une maladie si rare à Paris ! Faut-il admettre une prédisposition de climat ? C'est bien invraisemblable. Quoi qu'il en soit, en trente ans, à l'hôpital des Enfants, j'ai vu 6 cas de ce genre, et à Pesth, en douze ans, une seule personne en a observé 144.

Causes. — Les abcès du pharynx, ou *rétro-pharyngiens*, existent chez les enfants comme chez l'adulte. Ils dépendent de causes très variées : soit d'une carie vertébrale, et alors ils sont symptomatiques, — soit d'une phlegmasie aiguë du pharynx, à la suite d'un aphthe isolé ou d'une inflammation de la muqueuse. — Dans ce dernier cas, ce sont des *abcès phlegmoneux*. — Chez quelques sujets, ils se développent à la fin d'une maladie aiguë, principalement d'une fièvre grave ou d'une adénite cervicale, comme l'a observé Hambursion en Belgique. Dans ce cas relatif à un enfant de trois ans, l'on avait cru à un œdème de la glotte, et c'est en voulant scarifier les replis arythéno-épiglottiques que l'on tomba sur un abcès latéro-pharyngien, et l'évacuation du pus sauva l'enfant d'une asphyxie imminente.

Symptômes. — Chez les enfants, l'abcès phlegmoneux du pharynx débute par de la fièvre, des malaises, mal à la gorge et difficulté d'avaler ; les amygdales, le pharynx, sont rouges, tuméfiés, puis il se montre de la gêne respiratoire, du sifflement, de la dyspnée, de l'enrouement et une difficulté plus grande d'avaler.

Vers le quatrième jour, le pharynx fait saillie en avant, et, au sixième jour, il arrive jusque sur la base de la langue, comme je l'ai observé sur deux de mes petits malades. En le touchant, il offre une élasticité et une fluctuation qui révèlent la présence du pus.

A mesure que le foyer se forme, la fièvre augmente, et avec elle la gêne des mouvements du cou, la dyspnée, la dysphagie ; il y a quelquefois du sifflement laryngé avec expiration facile, de la cyanose du visage, des accès de suffocation et danger de mort.

Chez quelques sujets, le pus descend derrière l'œsophage dans le médiastin (Louis) ; il reste sur les côtés du pharynx (Priou) ; il presse sur l'ouverture du larynx et ferme la glotte (Ballot, Carmichael) ; il vient faire saillie à l'angle

(1) Abelin, *Nordisk med. arkiv*, n° 24, 1873.
(2) Schmitz, *Jahrbuch für Kinderheilk.*, H. 3, 1873.

de la mâchoire (Abelin) ou il détermine la suffocation et la mort (Besserer, Peacock). — Des trois enfants que j'ai traités, l'un a eu son abcès restant à la partie supérieure du pharynx, tandis que chez les deux autres, il était venu fermer à demi l'ouverture laryngée; ce qui amena des accès de suffocation fort graves et probablement mortels, si je n'eusse incisé l'abcès.

Les abcès rétro-pharyngiens amenant la suffocation de l'enfant peuvent être pris pour un croup, ainsi que cela s'est vu (Belot) sur un enfant de quatre mois qui a été trachéotomisé sans succès, et sur un enfant de sept mois qui est mort de suffocation; mais si l'on fait attention qu'il n'y a pas ici de sifflement laryngo-trachéal, on évitera cette erreur.

Traitement. — Contre la pharyngite aiguë, il faut appliquer une ou deux sangsues sur les côtés du cou et les arrêter avec le perchlorure de fer au bout d'une heure. — Une fois l'abcès formé, il faut l'ouvrir soit au dehors s'il fait saillie sous la mâchoire, soit dans le pharynx, avec un bistouri pointu enveloppé de linge jusqu'à 1 centimètre de sa pointe, et percer la partie la plus saillante. Comme les enfants ne se prêtent pas du tout à l'opération et même résistent au médecin, il faut maintenir la bouche ouverte de force avec un coin de bois ou mieux avec mon doigtier de métal placé sur l'index gauche et enfoncé sous les molaires, de façon que le bout du doigt puisse abaisser la base de la langue. — Cela fait, le bistouri porté par la main droite ouvrira l'abcès.

Cette incision suffit pour guérir les abcès rétro-pharyngiens aigus et empêcher une suffocation mortelle. — Si l'on ne peut la faire, il faudra recourir à la trachéotomie. Une fois ouvert, l'abcès se vide peu à peu, son contenu est rejeté par l'expectoration; mais dans quelques cas l'ouverture se referme, et il faut presser avec le doigt sur le pharynx pour amener la rupture du foyer.

Sur 15 cas cités par Schmitz, 13 ont guéri, 2 ont été suivis de mort. — Dans 7 cas, l'incision a été faite par le pharynx, dans 3 cas par la région cervicale, et dans les 5 autres par le pharynx et par la surface cutanée cervicale.

Quant aux abcès rétro-pharyngiens symptomatiques d'une carie des vertèbres cervicales, le traitement local est le même, mais il faut y joindre l'emploi des moyens orthopédiques et d'un traitement général antiscrofuleux (1).

CHAPITRE IV

CORPS ÉTRANGERS DU PHARYNX

Voici un curieux exemple de corps étranger du pharynx, observé par le docteur Adam chez un enfant de huit mois. Il s'agit d'une portion d'étui arrêtée dans l'arrière-bouche et d'aiguilles éparpillées dans le pharynx.

Observation. — Je fus appelé, dit M. le docteur Adam (de Chaumont en Vexin), auprès d'un enfant âgé de huit mois. Sa mère, ayant à s'absenter, l'avait couché et lui avait laissé son étui plein d'aiguilles comme un jouet pour l'amuser. Quand la mère rentra, elle trouva son enfant sans mouvement et pouvant à peine pousser quelques soupirs; voyant d'un autre côté des aiguilles éparses çà et là sur le lit avec un des bouts de l'étui, elle devina le malheur qui était arrivé; elle n'eut que la force de crier et s'évanouit.

Quand j'arrivai, je trouvai l'enfant presque asphyxié, la face bleuâtre et la bouche pleine d'écume sanguinolente; lui ayant ouvert la bouche, je portai le doigt indicateur dans l'arrière-bouche et touchai distinctement plusieurs aiguilles. Comme il n'y avait pas

(1) Voyez Scrofule.

à attendre, je procédai immédiatement à leur extraction. Avec les deux doigts index et médius de la main gauche, j'abaissai fortement la mâchoire inférieure et la langue dans toute son étendue, puis saisissant des pinces à anneaux de la main droite, j'allai à la recherche des aiguilles, qui se trouvaient fichées sous la voûte palatine, sur la base de la langue et sur les différentes parois du pharynx; malgré le peu de lumière que donnait une mauvaise chandelle, malgré l'écoulement de sang, je parvins à extraire cinq aiguilles l'une après l'autre; il en restait une sixième horizontalement située et fixée une extrémité dans la base de la langue et l'autre extrémité dans la paroi postérieure du pharynx; faisant alors une forte pesée sur l'extrémité fichée dans la base de la langue, je pus dégager l'autre et retirer l'aiguille sans la briser.

Il ne restait plus d'aiguilles, et cependant l'enfant ne revenait pas. Comme d'ailleurs on n'avait pu retrouver la partie manquante de l'étui, je pensai que ce corps étranger pouvait bien s'être arrêté au fond de l'arrière-gorge, ou même dans l'œsophage. En face d'une mort imminente, je songeai d'abord à la trachéotomie; mais, avant de recourir à cette ressource extrême, je portai encore une fois la pince le plus loin possible; je sentis un corps résistant, et saisis le rebord de l'étui, qui fut immédiatement extrait. Des insufflations et les différentes pratiques usitées contre l'asphyxie furent mises immédiatement en usage. L'enfant revint peu à peu, et quand la respiration se fut rétablie, il vomit à plusieurs reprises du sang caillé mêlé à des mucosités.

Trois jours après, l'enfant se livrait à ses jeux comme par le passé; il était guéri.

CHAPITRE V

TUBERCULES DU PHARYNX

Bucquoy, Féréol, Martineau, Isambert ont publié plusieurs cas de tuberculose du pharynx. Ce dernier en a vu un cas, le seul peut-être qui ait été signalé chez les enfants.

La petite fille avait quatre ans et demi. Les lésions couvraient toute l'arcade du gosier, piliers, luette, etc. Elles étaient caractérisées par la présence de granulations grises tuberculeuses semblables à des grains de semoule et entourées d'une zone inflammatoire d'un rouge vif, mais très restreinte. L'épiglotte est également infiltrée et très volumineuse, et il est probable que le larynx est atteint très profondément, bien que l'examen laryngoscopique n'ait pu être complet. L'auscultation révèle des râles sonores très abondants, mêlés à des bruits transmis du larynx. Habituellement cette lésion se termine par la tuberculose miliaire des poumons.

Je n'ai jamais vu de cas semblables et je me borne à enregistrer celui-ci.

CHAPITRE VI

STOMATITE

Les maladies de la bouche sont nombreuses chez les enfants. Leur fréquence s'explique, d'une part, par la fluxion continuelle de la muqueuse buccale, provoquée par le travail profond, précurseur de l'évolution dentaire, et de l'autre, par la sympathie qui unit cette membrane à la muqueuse intestinale, si souvent en souffrance chez les jeunes sujets.

Je décrirai successivement : 1° la stomatite simple; 2° la stomatite ulcéreuse ou ulcéro-membraneuse; 3° la stomatite mercurielle. Quant à la stomatite parasitaire ou *muguet*, je la décrirai plus loin.