

LIVRE II

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE SES ANNEXES

Ce livre comprend : 1° les maladies de la bouche ; 2° les maladies du pharynx ; 3° les maladies de l'œsophage ; 4° les maladies de l'estomac ; 5° les maladies de l'intestin et du pancréas ; 6° les maladies du péritoine ; 7° les maladies du foie et des voies biliaires.

CHAPITRE PREMIER

MALADIES DE LA BOUCHE

Nous devons nous borner à l'étude de la pathologie médicale de la bouche ; cette étude comprendra, après des notions générales sur les stomatites : 1° les stomatites dentaires ; 2° la stomatite mercurielle ; 3° la stomatite ulcéro-membraneuse ; 4° les aphtes ; 5° le muguet ; 6° le noma. Les lésions syphilitiques tuberculeuses ou cancéreuses de la cavité buccale ne nous paraissent pas devoir trouver place dans un précis de pathologie interne ; nous ne les mentionnerons qu'incidemment.

ARTICLE PREMIER

STOMATITES EN GÉNÉRAL

La stomatite (de *στομα*, bouche) est l'inflammation de la muqueuse buccale.

1° Étiologie. — On peut diviser, suivant leurs causes, les stomatites en trois grands groupes : stomatites de cause locale, stomatites toxiques, stomatites infectieuses.

a. *Stomatites de cause locale.* — Les stomatites de cause locale sont le résultat d'une irritation quelconque de la cavité buccale : l'éruption des dents, la présence de dents artificielles, la malpropreté de la bouche, la carie et le tartre dentaires, l'ingestion des liquides trop chauds ou corrosifs (acides, sublimé) l'abus des épices ou du tabac sont les principales parmi ces causes locales.

b. *Stomatites toxiques.* — Les stomatites toxiques sont dues à une intoxication d'origine externe (mercure, plomb) ou d'origine interne (diabète, scorbut).

c. *Stomatites infectieuses.* — Les stomatites infectieuses évoluent tantôt comme des infections primitives (stomatite ulcéro-membraneuse, muguet, aphtes, noma), tantôt comme une simple manifestation d'une infection déjà existante (stomatites de la diphtérie, de la rougeole, des entérites, etc.). La syphilis et la tuberculose donnent naissance à des lésions circonscrites de la muqueuse buccale (plaques muqueuses, gommages, ulcérations), dont la description ne peut trouver place ici.

En réalité, le cadre des stomatites infectieuses doit être encore agrandi ; il est fort probable que les causes locales ou les intoxications agissent surtout en favorisant l'infection de la cavité buccale, c'est-à-dire l'action des nombreux germes pathogènes que contient normalement cette cavité ; cela ne fait pas de doute, notamment pour la stomatite diabétique, et pour la stomatite mercurielle qui guérit par les lavages antiseptiques de la bouche.

2° Symptomatologie générale. — Les principaux troubles fonctionnels qui traduisent l'existence de la stomatite sont : la douleur, la gêne de la déglutition, la salivation, une sensation de tension vers l'angle de la mâchoire, le trismus et la fétidité de l'haleine. Mais chacun d'eux se montre avec une intensité fort variable, suivant chaque variété de stomatite ; ainsi le trismus est surtout prononcé dans les stomatites dentaires, la

salivation dans la stomatite mercurielle, etc. Les *signes objectifs* fournis par l'examen de la cavité buccale sont encore plus variés, aussi, après cette énumération, allons-nous étudier les principaux types de stomatites : les stomatites dentaires, la stomatite mercurielle, la stomatite ulcéro-membraneuse, les aphtes, le muguet et le noma.

ARTICLE II

STOMATITES DENTAIRES

Elles ne se montrent guère qu'à l'occasion de la première et de la troisième dentition.

1° Stomatite de la première dentition. — La première dentition commence du sixième au huitième mois ; les incisives apparaissent les premières, puis les molaires inférieures et supérieures se montrent vers le onzième ou douzième mois ; les canines poussent en dernier lieu. La syphilis héréditaire retarde l'apparition des dents.

L'éruption dentaire est annoncée par un léger degré d'érythème buccal, puis par l'aplatissement de la gencive qui devient concave, en même temps qu'elle prend une teinte blanc bleuâtre, opaline. A ce moment surviennent quelques modifications de l'état général ; l'enfant pleure, perd le sommeil et essaie de mordre.

Il est rare que les phénomènes inflammatoires locaux s'étendent vers le pharynx ou le larynx et se compliquent de suffocation, de toux et des symptômes d'une angine. Mais les complications générales sont plus fréquentes. Elles sont de trois ordres : troubles digestifs, phénomènes convulsifs, éruptions cutanées.

a. *Troubles digestifs.* — L'enfant ne veut pas prendre le sein, ou bien il a de la diarrhée. Ces troubles gastro-intestinaux, attribués à une propagation de la lésion buccale ou à l'inanition, peuvent être respectés s'ils sont peu marqués et bien supportés ;

mais si la diarrhée est verte, il faut les traiter par l'administration d'une dose quotidienne de 0,60 à 0,80 d'acide lactique dans une potion gommeuse.

b. *Phénomènes convulsifs*. — Les convulsions apparaissent surtout chez les enfants prédisposés par une tare nerveuse héréditaire (BERGERON). Il importe de les bien connaître pour ne pas les confondre avec celles produites par une méningite tuberculeuse ou n'importe quelle affection cérébrale. L'inhalation de quelques gouttes de chloroforme suffit à les calmer passagèrement; si elles persistent, il est nécessaire de pratiquer l'incision de la gencive qui recouvre la dent en voie d'éruption.

c. *Éruptions cutanées*. — Elles consistent généralement en impétigo, eezéma, érythème des fesses: il suffit de les saupoudrer avec un mélange de talc et d'amidon.

2° *Stomatite de la deuxième dentition*. — La stomatite de la deuxième dentition (six à huit ans) est exceptionnelle.

3° *Stomatite de la troisième dentition*. — La stomatite de la troisième dentition (*dent de sagesse*) s'observe surtout de dix-huit à trente ans, mais elle est, quelquefois beaucoup plus précoce.

a. *Symptômes*. — Les accidents inflammatoires locaux sont ici prépondérants. L'éruption de la dent de sagesse s'annonce quelquefois par une névralgie unilatérale rebelle qui précède de plusieurs mois l'apparition des phénomènes locaux. Ceux-ci consistent dans la rougeur et la tuméfaction de la gencive dont la tête boursoufflée dépasse la deuxième molaire; la douleur qui atteint son maximum vers l'angle de la mâchoire et rend la mastication impossible, s'irradie d'une part vers la face, de l'autre vers le cou et l'épaule. Les mâchoires sont serrées par un violent *trismus*, qui s'oppose à l'examen de la bouche et à l'alimentation; en essayant de les écarter de force, on provoque de vives douleurs. Le malade ne peut ingérer que des liquides entre ses dents crochétées. Considéré par les uns comme un phénomène réflexe (RICHER), ce *trismus* est attribué par d'autres à la myosite du masséter et du ptérygoïdien (GAUJOT).

Plus tard, l'éruption de la dent provoque une ulcération qui

empiète sur la joue et la partie voisine du rebord alvéolaire et se recouvre d'un enduit pultacé. Les ganglions de l'angle de la mâchoire sont engorgés et douloureux; cette adénopathie peut même aboutir à la suppuration. On a vu l'ulcération, gagnant en profondeur, atteindre le périoste alvéolo-dentaire et se compliquer d'ostéite du maxillaire.

b. *Traitement*. — Le traitement de ces accidents consiste dans des applications émoullientes, des onctions avec la pommade belladonnée. Le *trismus* cède souvent à l'application de quelques sangsues. S'il survient des phénomènes inquiétants, il faut inciser la gencive, opération qui nécessite quelquefois l'anesthésie en raison du *trismus*.

ARTICLE III

STOMATITE MERCURIELLE

L'intoxication mercurielle qui lui donne naissance est d'*origine professionnelle* (ouvriers travaillant dans les mines de mercure, doreurs, chapeliers, argenteurs, étameurs de glaces, etc.) ou *thérapeutique* (application de pommades mercurielles ou d'emplâtre de Vigo, ingestion de calomel, de sublimé, de pilules de Dupuytren ou de protoiodure pour le traitement de la syphilis).

Le mercure pénètre par la peau (frictions), par le tube digestif, par le tissu cellulaire sous-cutané (injections de sels de mercure dans les syphilis graves), par les voies respiratoires à l'état de vapeurs; MERGET a en effet démontré que le mercure dégageait des vapeurs à la température ordinaire. Il s'élimine par le rein, l'intestin (diarrhée) et les diverses glandes, notamment par les *glandes salivaires*.

1° *Symptômes*. — La stomatite mercurielle est aiguë ou chronique.

a. *Stomatite mercurielle aiguë*. — La stomatite mercurielle aiguë est le plus souvent d'origine médicamenteuse; les anciens médecins cherchaient à la provoquer pour le traitement de la

syphilis; aujourd'hui, on la considère comme inutile et nuisible. Plusieurs fois j'ai vu une angine légère ou une fluxion dentaire lui servir de cause occasionnelle. Elle se traduit par les *symp-tômes* suivants : sensation de gêne et de chaleur dans la cavité buccale avec douleur sourde et contuse vers l'angle de la mâchoire et léger trismus; goût métallique avec nausées et anorexie; fétidité de l'haleine; salivation abondante : ce ptyalisme atteint deux, trois et même quatre litres par jour, la salive est claire, séreuse, d'odeur fétide; on y retrouve le mercure.

Les dents mobiles, écartées, sont soulevées dans leurs alvéoles; les malades les sentent *comme allongées* et la mastication est de plus en plus difficile.

La langue est tuméfiée; elle porte, ainsi que la face interne des lèvres et des joues, l'empreinte des arcades dentaires.

Le bord libre des gencives s'ulcère; la pression fait sourdre du pus entre les gencives et le collet des dents; si l'intoxication n'est pas supprimée, la stomatite aboutit à la chute de toutes les dents et même à la nécrose du rebord alvéolaire. On a vu se produire un œdème mortel des glandes salivaires, de la face, du cou et du larynx.

b. *Stomatite mercurielle chronique*. — La stomatite mercurielle chronique est le plus souvent consécutive à la stomatite aiguë; par opposition à la précédente, elle est surtout d'origine professionnelle. La salivation cesse, mais les gencives restent saignantes et fongueuses, les dents se déchaussent et tombent : on voit ainsi, dans les mines, des jeunes gens de vingt-cinq à trente ans complètement édentés; quand toutes les dents sont tombées, la stomatite cesse, malgré la persistance de l'intoxication mercurielle.

2° **Traitement**. — Le traitement prophylactique consiste dans les soins de propreté de la bouche et des dents qu'on doit dépouiller de leur tartre, dans l'aération des ateliers où se dégagent des vapeurs de mercure, dans l'application d'un tamis au-devant des narines des ouvriers qui travaillent dans ces ateliers.

La stomatite une fois déclarée, il faut prescrire des lavages fréquents de la bouche avec une solution antiseptique ou avec

une solution de chlorate de potasse (4 p. 100) et badigeonner les gencives avec de la teinture d'iode pure ou additionnée de glycérine. Le chlorate de potasse administré en potion à la dose quotidienne de 2 ou 3 grammes a l'avantage d'exercer sur les parois buccales une action continue, car il s'élimine par les glandes salivaires; il ne faut jamais négliger de le prescrire toutes les fois qu'on soumet un syphilitique au traitement mercuriel. Les ulcérations buccales seront traitées par des attouchements à l'acide chlorhydrique.

ARTICLE IV

STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE

Très anciennement connue, cette affection qui tend à disparaître et ne s'observe plus qu'exceptionnellement a été longtemps confondue avec la gangrène de la bouche, le scorbut et la diphtérie. Elle fut étudiée sous le nom de diphtérie buccale par BRETONNEAU qui l'observa à Tours, en 1818, sur les soldats de la légion de Vendée. C'est BERGERON qui l'a décrite en 1859 comme une maladie spécifique. Elle a été étudiée surtout par des médecins d'enfants et des médecins militaires. C'est une maladie spécifique et *contagieuse*; on a vu des détachements qui en étaient atteints disséminer la maladie à toutes leurs étapes.

Il semble que la stomatite ulcéro-membraneuse soit causée, au moins dans certains cas, par les mêmes agents pathogènes que l'angine de Vincent (voy. p. 412), c'est-à-dire par l'association du bacille fusiforme et d'un spirille (NICLOT et MAROTTE).

1° **Symptomatologie**. — La maladie débute soit par des symptômes généraux : inappétence, anorexie, soif, courbature, douleurs articulaires vagues, frissons et légère élévation de la température; soit d'emblée par des symptômes purement locaux : sensation de chaleur dans la bouche, douleur unilatérale, rougeur et tuméfaction de la muqueuse.

Bientôt après apparaissent les *ulcérations*. Plus fréquentes à gauche qu'à droite, elles sont superficielles, recouvertes d'un

détritus jaunâtre, et limitées à leur périphérie par un piqueté hémorragique. Le microscope montre que cette bouillie grisâtre est formée par un amas d'hématies, de globules de pus et de cellules épithéliales altérées; il ne montre aucune trace de réseau fibrineux, contrairement à ce qu'on observe dans la diphtérie.

Ces ulcérations siègent d'abord au niveau des dernières molaires, puis s'étendent sur les gencives, la face interne des lèvres et des joues, la voûte palatine; elles n'intéressent la langue qu'exceptionnellement. Peu à peu leur surface se déterge, laissant apercevoir des granulations d'un rouge vif, et elles commencent à se cicatrifier dans le cours de la deuxième semaine; cette cicatrisation s'effectue très lentement et laisse une trace longtemps persistante.

Un engorgement ganglionnaire volumineux accompagne les ulcérations; cet engorgement, ordinairement unilatéral, ne s'efface que lentement, mais il ne suppure jamais.

La salivation est augmentée, mais elle est loin d'atteindre les mêmes proportions que dans la stomatite mercurielle. L'haleine exhale une fétidité extrême; les malades éprouvent une douleur vive, irradiée vers l'angle de la mâchoire; elle peut troubler le sommeil et gêner l'alimentation, mais ne s'accompagne pas de trismus.

L'état général est assez grave; les malades sont pâles, adynamiques; cette prostration rappelle quelquefois celle de la fièvre typhoïde. La température oscille entre 38° et 39°. La stomatite ulcéro-membraneuse guérit spontanément en deux ou trois mois; sa durée est considérablement abrégée par le traitement.

2° Diagnostic. — La stomatite ulcéro-membraneuse est caractérisée par une ou plusieurs ulcérations superficielles, recouvertes d'un enduit pultacé, laissant aux tissus sous-jacents leur souplesse, accompagnées d'engorgement ganglionnaire.

Elle ne doit pas être confondue :

a. Avec le noma ou gangrène de la bouche, qui est constitué par une eschare unique s'étendant plus fréquemment à la joue, accompagnée d'induration profonde des tissus et amenant une hémorragie par sa chute;

b. Avec la diphtérie buccale, qui s'accompagne ordinairement de diphtérie pharyngée, et dont les ulcérations sont recouvertes de fausses membranes et non d'un enduit pultacé. L'examen bactériologique y met en évidence le bacille de Löffler; l'affection s'accompagne de phénomènes généraux très graves et évolue rapidement;

c. Avec le scorbut : l'aspect des gencives est caractéristique; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire; il y a des hémorragies multiples;

d. Avec la stomatite mercurielle remarquable par la salivation et par son étiologie toute spéciale;

e. Avec les stomatites dentaires (trismus, intensité des phénomènes douloureux, influence de la dentition).

3° Traitement. — L'isolement immédiat des malades porteurs de stomatite ulcéro-membraneuse constitue la meilleure prophylaxie : il importe pour cela que le diagnostic soit aussi précoce que possible; en temps d'épidémie l'examen de la bouche doit être systématiquement pratiqué chez tous les sujets, même sains, d'une école ou d'un bataillon. Le traitement consiste dans des lavages de la bouche au chlorate de potasse et dans l'administration de ce médicament à l'intérieur. Les ulcérations atones devront être douchées au nitrate d'argent ou à l'acide chlorhydrique.

ARTICLE V

STOMATITE APHTEUSE

On donne le nom d'aphtes (*ἄφθου*) à de petites saillies vésiculeuses, remplies d'un liquide lactescent, qui se montrent sur la muqueuse buccale. La plupart du temps elles sont peu nombreuses et ne s'accompagnent ni de stomatite, ni d'altérations de l'état général. Mais dans certains cas, chez les nourrissons, cette éruption peut être presque confluyente et produit une vive

inflammation de la muqueuse buccale : c'est à ces cas qu'on réserve le nom de *stomatite aptheuse* ou de *fièvre aptheuse*.

Cette affection s'observe chez les bovidés et il est fort probable qu'elle se transmet aux nourrissons par le lait. Après une incubation d'une semaine environ, elle s'annonce par de l'agitation, de la fièvre, un malaise général, par des troubles digestifs tels que la diarrhée et l'anorexie; l'enfant refuse le sein. Au bout de deux ou trois jours la muqueuse buccale devient sèche, rouge et douloureuse, en même temps qu'apparaissent de petites vésicules arrondies ou ovalaires, à contenu opalin ou lactescent. Elles crèvent et laissent à leur place de petites érosions à fond grisâtre qui disparaissent en quelques jours sans avoir produit d'autres phénomènes que la douleur et la salivation. En somme, la durée totale de la maladie ne dépasse guère une semaine.

La fièvre et les symptômes gastro-intestinaux peuvent aboutir à une terminaison fatale, bien que le pronostic de la maladie soit ordinairement favorable. Des lavages de la bouche au borax ou au salicylate de soude résument son traitement, avec l'emploi du lait stérilisé qui constitue en même temps le meilleur traitement préventif.

ARTICLE VI

MUGUET

Le muguet est un dépôt blanchâtre constitué par le développement d'un champignon sur la muqueuse buccale et accessoirement sur d'autres muqueuses de l'économie dépourvues de cils vibratiles.

1° Étiologie. — Le muguet se développe de préférence sur les organismes affaiblis. Il est surtout fréquent dans la *première enfance* : l'entérite, l'athrepsie (PARROT), la mauvaise qualité du lait, la malpropreté des biberons sont ses causes habituelles. Chez l'adulte et le vieillard, il vient compliquer les *affections*

prolongées ou chroniques, les *cachexies*; on le rencontre dans la fièvre typhoïde, chez les tuberculeux, les cancéreux, les vieux urinaires. Le pronostic est alors grave, car il indique un profond affaiblissement de l'organisme.

Le mauvais état de la bouche, les fongosités des gencives, sont des causes locales favorables à son développement.

Le muguet est contagieux comme la plupart des affections parasitaires; mais il est douteux qu'il puisse se développer ainsi chez un sujet absolument sain; il faut qu'il rencontre un terrain favorable, c'est-à-dire l'une ou l'autre des causes qui viennent d'être énumérées. Les inoculations tentées sur des agneaux n'ont donné de résultat positif qu'après un traumatisme de la muqueuse buccale, ou lorsque l'animal avait été préalablement soumis à l'inanition.

2° Parasitologie. — Lorsqu'on examine sous le microscope le produit du raclage de la muqueuse buccale, on voit qu'il est constitué par des cellules épithéliales desquamées et par le parasite. Le parasite (*oïdium albicans*) se montre sous la forme d'un lacis de filaments tenant dans leurs mailles de petits corps ovoïdes de 6 à 8 μ de diamètre; d'après ROUX, ce filament représente le mycélium du parasite et les corps ovoïdes en constituent les spores qui par leur développement produiront à leur tour le mycélium. ROUX et LIROSSIER considèrent au contraire mycélium et corps ovoïdes comme *deux éléments adultes*.

Ce parasite ne se développe bien qu'en milieu acide; c'est là seulement qu'il trouve les matériaux nécessaires à sa nutrition. Aussi la sécheresse et l'acidité de la bouche, la déglutition défectueuse et la stagnation des parcelles alimentaires qui en résulte, favorisent-elles sa prolifération.

Le parasite ne végète pas seulement à la surface de la muqueuse, mais il s'enfonce dans sa profondeur. Tantôt il envahit seulement l'épithélium (*muguet épithélial*), tantôt il pénètre dans la profondeur du derme (*muguet intradermique*); il peut même envahir les vaisseaux : ZENKER, RIBBERT ont pu observer son transport à distance, donnant naissance à des mycoses du rein et de la rate très rares en clinique, mais reproduites par ROUX

et LINOSSIER en injectant des cultures du parasite dans la veine auriculaire du lapin.

3° Symptômes et pronostic. — Le muguet s'annonce par un état spécial de la muqueuse buccale; la langue est rouge, vernissée, puis apparaissent des grains blanchâtres ou des plaques analogues à du lait caillé, qui tapissent d'abord le dos de la langue, où ils restent ordinairement localisés, ensuite ses bords et en dernier lieu sa face inférieure: dans quelques cas elle en est enveloppée comme d'un étui. Le muguet est rare sur les gencives, plus abondant sur la face interne des lèvres et des joues, d'où les frottements le chassent facilement; il peut tapisser aussi le voile du palais et la voûte palatine. D'abord blanc et crémeux ce dépôt finit par prendre une coloration verdâtre.

Chez les enfants, le muguet s'accompagne de troubles fonctionnels et de symptômes généraux: difficulté de la succion et de la déglutition, inquiétude, agitation, état fébrile allant de 38°,5 à 39°, inappétence, entérite avec vomissements et diarrhée comme dans les autres stomatites de l'enfance, éruptions cutanées, érythème des fesses, etc. Chez l'adulte, il n'y a qu'une gêne douloureuse de la déglutition.

Le pronostic du muguet est intimement subordonné à la nature de l'affection causale qui a préparé le terrain: d'où sa gravité toute spéciale chez les cachectiques et chez les enfants athrepsiés. Quant au muguet lui-même, en général il cède facilement au traitement dirigé contre lui.

4° Autres localisations. — Le muguet du pharynx, quelquefois primitif (DAMASCHINO), occupe les gouttières et replis de cette cavité où l'absence de frottements favorise son développement; il ne s'étend jamais sur la muqueuse du pharynx nasal, recouverte de cils vibratiles. — Le muguet de l'œsophage épargne le cardia; sa prolifération est parfois tellement abondante qu'il produit une véritable obstruction de ce conduit. — Le muguet de l'estomac atteint avec prédilection la petite courbure près de l'orifice pylorique. — Le muguet intestinal siège surtout

au niveau du cœcum. — Le muguet glottique, se limite aux cordes vocales; c'est en effet le seul point des voies respiratoires qui soit privé de cils vibratiles. — Le muguet du sein résulte de la contamination du mamelon par le nourrisson: celui des organes génitaux (vulve, prépuce) s'observe chez les diabétiques.

5° Traitement. — Dans les cas légers, il suffit de faire des lavages de la bouche à l'eau de Vichy et des badigeonnages avec un collutoire au borax (1/5) après avoir détaché les plaques sans violence. Il faut également veiller à la propreté des biberons. Dans les cas plus graves, on est obligé de recourir à l'eau oxygénée, au permanganate de potasse ou au sublimé à 1/1000. Les badigeonnages au nitrate d'argent à 1 ou 3/100 sont très efficaces.

ARTICLE VII

NOMA

Le noma est une stomatite gangréneuse, survenant surtout chez l'enfant et presque toujours secondaire à une maladie infectieuse, à la rougeole dans la plupart des cas. L'inanition, la malpropreté de la bouche, l'encombrement y prédisposent singulièrement: ainsi on a vu le noma succéder à une stomatite mercurielle ou ulcéro-membraneuse.

On est mal fixé sur sa bactériologie: l'examen microscopique montre des spirilles, des vibrions, des bacilles. Il s'agit d'hôtes normaux de la cavité buccale qui acquièrent sous l'influence de conditions spéciales, par exemple du fait de l'inanition ou d'une infection antérieure, une virulence inaccoutumée.

Il débute au niveau du collet d'une dent, sur la gencive, ou bien sur la muqueuse de la joue, par une petite ulcération grisâtre, à fond putrilagineux qui s'étend assez rapidement. Cette ulcération déchausse les dents ou provoque l'infiltration œdémateuse du tissu cellulaire de la joue; la peau de celle-ci finit

par devenir rouge, puis violacée et noirâtre, bref elle présente une eschare qui s'étend de plus en plus. Lorsque l'eschare se limite et se détache elle laisse souvent après elle une perforation de la joue, une vaste perte de substance ou des adhérences vicieuses. Parfois, elle provoque une hémorragie importante.

L'ulcération exhale une odeur fétide, mais les troubles fonctionnels sont peu marqués : généralement il n'y a ni douleur ni trismus, et l'état général n'est pas très mauvais.

Le noma est une affection le plus souvent mortelle en quelques jours ; l'ulcération s'étend en même temps qu'elle se complique de gangrène du pharynx, du poumon ou de la vulve. D'autres fois la mort survient par septicémie. Une intervention précoce peut seule essayer de la conjurer.

Cette intervention doit être aussi large que possible car à une lésion cutanée ou muqueuse en apparence limitée correspond en réalité une infiltration putrilagineuse très étendue du tissu cellulaire sous-jacent (WEILL) ; il faut inciser largement, profondément, et terminer par une application prolongée du thermo-cautère.

Le traitement prophylactique consiste évidemment dans des lavages antiseptiques de la cavité buccale au cours des maladies infectieuses (chlorate de potasse à 1/30 et en potion ; acide salicylique à 3 p. 1000, phénosalyl à 3 ou 5 p. 1000).

CHAPITRE II

MALADIES DU PHARYNX

J'étudierai d'abord la diphtérie et les angines aiguës. Les angines ou pharyngites chroniques reconnaissent pour causes, tantôt des irritations locales (alcool, tabac, poussières, etc.), tantôt des diathèses (goutte, diabète, mal de Bright), tantôt la simple extension d'une affection nasale : elles ne m'arrêteront pas. Par contre je consacrerai un article à *Hypertrophie* du tissu lymphoïde du pharynx, surtout du pharynx nasal, cause des végétations adénoïdes. L'étude de la syphilis, de la tuberculose et de la gangrène du pharynx, terminera le chapitre.

ARTICLE PREMIER

DIPHTE'RIE

On appelle diphtérie ($\delta\iota\varphi\theta\epsilon\rho\alpha$, *membrane*) une maladie due au bacille de LÖFFLER, caractérisée par le développement de fausses membranes dans le pharynx et par une intoxication générale de l'organisme. La diphtérie n'est ni une infection générale à localisation pharyngée, ni une infection locale pouvant se généraliser ; c'est une infection spécifique qui reste toujours locale, exclusivement pharyngée. Les phénomènes généraux qui la compliquent ne relèvent pas de l'infection par le bacille de LÖFFLER, mais de l'intoxication de l'organisme par ses *produits solubles* ou encore de l'arrivée d'un autre microbe (streptocoque, staphylocoque, etc.) constituant une infection secondaire.