

J'ai pu observer deux ou trois exceptions où l'affection des gencives devint chronique, et persista, sous cette forme, pendant toute la durée de la dentition. Les gencives dans ces cas étaient fongueuses et livides comme celles d'une personne atteinte du scorbut, et tellement gonflées qu'elles recouvraient presque complètement les dents, dont chacune était entourée d'une ulcération de mauvais caractère.

Dans un cas, cet état persista pendant toute le temps que les incisives mirent à sortir, mais les gencives redevinrent saines pendant le repos qui précéda l'apparition des premières molaires; dans un autre cas, on ne constata pas d'amélioration avant l'achèvement complet de la dentition, qui eut lieu à vingt-huit mois. Les enfants, dans ces deux exemples, étaient faibles, et, chez l'un d'eux, une éruption de purpura, qui apparut à l'âge de quinze mois, contribua à donner aux caractères de l'affection une analogie plus grande avec le scorbut, pendant que le traitement qui seul était avantageux consistait en quinine, en substances acides, et en vin donné par petites quantités. Je vous signale ces faits à cause de leur singularité, et leur production était d'autant plus remarquable qu'elle avait lieu chez les enfants de personnes du plus haut rang de la société, et habitant à la campagne sur les points les plus salubres.

Pour conclure, je dois signaler ces *éruptions eczémateuses et impétigineuses* de la face et du cuir chevelu qui surviennent souvent chez les enfants en train de faire leurs dents. Le vieux préjugé qui consiste à regarder les maladies de la peau qui se montrent à cet âge comme ayant en elles-mêmes quelque chose de salutaire, et à dire qu'il n'est pas bon d'en entreprendre la guérison, n'est pas en soi dépourvu de quelque raison. Les exemples où la suppression brusque d'éruptions du cuir chevelu, pendant la période de la dentition, a été suivie d'une altération sérieuse de la santé générale, par des convulsions ou d'autres symptômes d'un désordre cérébral, sont loin d'être rares. C'est pourquoi, il ne faut jamais essayer de les faire disparaître, si ce n'est par les moyens les plus doux, pendant qu'on surveille avec la plus grande attention, et que l'on combat avec la plus grande vigueur toute menace de congestion cérébrale, ou d'une maladie plus sérieuse du cerveau. On verra aussi quelquefois, quand l'affection cutanée a fait quelque progrès vers la guérison, apparaître les signes de quelque autre maladie. En pareils cas, le plus sage est de vous contenter de tenir l'affection locale en échec, plutôt que de vous acharner à la guérir, au risque de compromettre la bonne santé de l'enfant d'une façon plus sérieuse.

TRENTE-TROISIÈME LEÇON

INFLAMMATION DE LA BOUCHE, OU STOMATITE; SES TROIS

VARIÉTÉS.

STOMATITE FOLLICULEUSE. — Souvent une affection secondaire. — Très fréquente avant que la dentition soit complète. — Ses symptômes. — Caractère des aphthes, ou ulcérations de la bouche. — Ce n'est pas une affection sérieuse. — Son traitement.

STOMATITE ULCÉREUSE. — Affecte principalement les gencives. — Sa marche habituellement chronique. — Elle a peu de tendance à dégénérer en gangrène. — Son traitement. — Le chlorate de potasse en est presque le spécifique.

STOMATITE GANGRENEUSE. — Extrêmement rare, mais souvent mortelle. — Différences essentielles entre elle et les autres formes de stomatites. — Elle dépend d'altérations du sang, comme celles qui surviennent dans les fièvres. — Son mode de début, ses symptômes et sa marche. — État des parties gangrenées à la dissection.

Traitement. — Importance de la cautérisation actuelle. — De quels caustiques on doit se servir, et manière de les appliquer. — Cette maladie ne dépend pas de l'administration du mercure.

CYNANCHE TONSILLARIS (*amygdalite*). — Peu ordinaire chez les jeunes enfants. — Ses symptômes n'ont rien de particulier.

HYPERTROPHIE DES AMYGALES. — Sa fréquence et son importance chez les enfants; ses symptômes. — Elle produit quelquefois une dyspnée extrême. — Modifications qu'elle détermine dans la forme de la bouche et du nez. — Déformation de la poitrine à laquelle elle donne lieu, comment celle-ci se produit.

Traitement. — L'incision des amygdales est souvent nécessaire.

ABCÈS RÉTROPHARYNGIENS. — Affection très rare qui n'est pas propre à l'enfance. — Quelquefois idiopathique, d'autres fois consécutive aux fièvres. — Ses symptômes. — Exemples. — Difficulté possible du diagnostic. — Traitement.

CYNANCHE PAROTIDE (*parotidite, oreillons*). — Plus commune vers l'époque de la puberté. — Est épidémique et contagieuse. — Ses symptômes. — La métastase de l'inflammation est rare. — Traitement.

Parmi les accidents locaux compliquant la dentition, nous avons noté un état de la membrane muqueuse, qui, bien que n'offrant aucun danger

sérieux, est souvent la source de beaucoup de souffrances pour le malade.

L'inflammation de la bouche, pourtant, n'est en aucune façon limitée à la période de la dentition, mais elle survient chez les enfants de tous les âges, revêt des formes très variées, et conduit dans un cas à des résultats très différents de ceux qui la caractérisent dans un autre. Les follicules muqueux de la bouche sont le siège principal de la maladie chez certains enfants, chez d'autres, ce sont les gencives, dans un troisième cas, les joues. Dans la première condition, la maladie se montre sous forme de petits ulcères qui peuvent se cicatriser d'eux-mêmes; dans la seconde, un travail ulcératif de mauvais caractère détruit les gencives et dénude les dents, mais il progresse lentement, et tend à la guérison spontanée; pendant que, dans la dernière forme, la mortification s'étend à tous les tissus de la joue et s'étend, en général, avec une rapidité que les remèdes ne réussissent habituellement pas à modérer, et qui, le plus souvent, ne s'arrête qu'à la mort du malade.

Chacune de ces variétés de stomatite demande mieux qu'une note en passant.

Stomatite folliculeuse. — Cette affection, la *stomatite folliculeuse* de quelques auteurs, la *stomatite aphtheuse* de quelques autres, se voit comme affection idiopathique, ou comme suite et conséquence de la rougeole. Dans ce dernier cas, elle dépend de l'extension à la bouche d'un travail inflammatoire, semblable à celui qui donne naissance à l'éruption de la peau; dans le premier, elle est souvent associée avec un trouble gastrique ou intestinal manifeste. Dans l'une ou l'autre de ces conditions, elle est rare après l'âge de cinq ans, et, bien qu'elle dépende souvent de causes tout à fait étrangères à la dentition, cependant, l'époque de sa production la plus commune s'étend du moment où commence le travail de la dentition jusqu'à la fin de la troisième année: d'un autre côté, dans la très jeune enfance, les aphthes ne sont pas habituels, mais le muguet tel que je l'ai décrit dans la dernière leçon, est une affection fréquente. Quand la stomatite folliculeuse constitue une affection idiopathique, une fièvre et une agitation plus ou moins marquées, la perte de l'appétit, un mauvais état des évacuations, et fréquemment de la diarrhée, précèdent de quelques jours l'affection locale. L'attention est généralement éveillée sur l'état de la bouche par la manière dont on voit l'enfant téter, ou prendre les aliments, avec une douleur et une difficulté manifestes, pendant qu'en même temps la sécrétion salivaire augmente considérablement et que les glandes salivaires sont gonflées et douloureuses. La bouche est chaude, la muqueuse est, généralement, d'un rouge violet, la surface de la langue est recouverte d'une couche de mucus blanc. Sur celle-ci, particulièrement vers la pointe, à la partie interne des

lèvres, surtout de l'inférieure, à la surface intérieure des joues, vers les angles de la bouche, et dans d'autres points, mais moins souvent, on peut voir plusieurs petites vésicules transparentes, ou bien les ulcères qu'elles laissent après elles lorsqu'elles se sont rompues. Les ulcérations sont petites, de forme arrondie ou ovale, peu profondes, mais à bords coupés à pic, leur surface est recouverte d'une pulpe blanc jaunâtre très adhérente. Lorsque l'attention se porte vers la bouche, il existe, en général, déjà plusieurs de ces petites ulcérations, car la période vésiculeuse de la maladie paraît en général être très courte, tandis que les ulcérations sont indolentes, et persistent quelquefois pendant plusieurs jours sans montrer aucune tendance à se cicatriser ou à s'agrandir. L'éruption d'une poussée de vésicules, et la transformation de celles-ci en petites ulcérations qui disparaissent avec le temps, ne complètent pas l'histoire de la maladie; car, pendant que la muqueuse, à la place occupée par quelques-unes de ces ulcérations, reprend ses caractères normaux, il apparaît d'autres vésicules qui se transforment aussi en petits ulcères et entretiennent ainsi la maladie pendant des semaines entières. Dans quelques cas, il n'existe pas plus de cinq ou six de ces ulcérations, et même, le nombre peut en être moindre, pendant qu'il est rare d'en voir plus de quinze ou vingt en même temps. Par leurs productions successives et leur réunion, il se forme quelquefois une ulcération très étendue, particulièrement au bout de la langue et sur la lèvre inférieure. Quand vient la cicatrisation, on n'observe aucun changement dans les surfaces ulcérées, qui continuent, jusqu'à la fin, à rester couvertes de la même couche jaunâtre, et se rétrécissent seulement graduellement; rarement, et même jamais on ne voit de cicatrice à la place qu'elles occupaient. Dans quelques cas, l'affection se complique d'une éruption herpétique du bord des lèvres, dont les vésicules dégénèrent en ulcérations analogues à celles qu'on observe dans l'intérieur de la bouche, et qui ajoutent beaucoup par leur sensibilité douloureuse aux souffrances du malade.

Quand même on n'emploierait aucun remède, cette affection ne montre pas de tendance à une aggravation rapide; il est très rare qu'un cryptogame, comme celui qui caractérise le muguet, vienne à se développer à la surface des ulcérations, ou qu'il y ait tendance à la formation de fausses membranes dans l'intérieur de la bouche; même grave, cette stomatite ne montre aucune disposition à la gangrène. Elle est quelquefois la source d'un vrai supplice pour l'enfant, mais ne peut, en aucun cas, provoquer d'inquiétude sérieuse, si ce n'est quand elle est une conséquence de la rougeole. Dans ce cas, cependant, comme je l'ai fait observer dans ma leçon précédente (1), elle est habituellement unie

(1) Leçon XXV.

au dépôt de fausses membranes dans la gorge, et à une inflammation ulcéreuse du larynx, de sorte que les craintes proviennent moins de l'affection en elle-même que des conditions qui l'accompagnent.

Dans le traitement, nos efforts doivent tendre principalement à corriger les troubles gastriques et intestinaux, qui accompagnent cette affection, et, quand ce but est atteint, en général la maladie locale disparaît rapidement. La lotion boratée que j'ai mentionnée dans la précédente leçon est une des meilleures applications locales que l'on puisse employer ; mais si les ulcérations ne montrent pas de tendance à disparaître, il peut être bon de les toucher, une fois par jour, avec une solution de 0^{gr},25 de nitrate d'argent dans 30 grammes d'eau.

Stomatite ulcéreuse (STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE DES FRANÇAIS). — Entre l'affection bénigne précédente et la *seconde forme de stomatite*, à l'examen de laquelle nous allons maintenant passer, il y a relativement peu de points de ressemblance. Cette variété de la maladie attaque les gencives, et quelquefois les détruit dans une très grande étendue ; bien différente de la première affection, qui, même lorsqu'elle continue longtemps, occasionne rarement une perte de substance.

Pourtant, le processus qui préside à la destruction des gencives est un travail d'ulcération, et non de mortification, fait qu'il importe d'avoir présent à l'esprit si nous ne voulons tomber dans l'erreur de quelques observateurs, qui ont confondu, sous le nom de *cancerum oris*, cette affection avec la maladie beaucoup plus redoutable qui constitue la vraie gangrène de la bouche. On ne peut douter, il est vrai, que dans un petit nombre de cas la gangrène ne se soit ajoutée à une ulcération de longue durée, bien que je croie, avec Trousseau, que ceci arrive, seulement alors que l'affection s'est déjà étendue à la surface adjacente de la joue. Les affinités de cette maladie sont, sans aucun doute, plutôt avec la diphthérie qu'avec la gangrène, sans que je sois certain que cette affinité aille jusqu'à une véritable identité (1). Elle est caractérisée par des ulcérations, et par la production de fausses membranes à leur surface ; jamais elle ne s'accompagne d'aucun de ces signes qui sont si manifestes dans la diphthérie pharyngienne, et, autant que je puis le savoir, on n'a jamais vu l'augmentation de fréquence de cette affection coïncider avec celle de la diphthérie. Mais que les deux affections soient identiques, ou seulement similaires, il serait peut-être bon d'exprimer leur ressemblance par l'expression de *stomatite diphthérique* ou *diphthéroïde*, bien que je ne sois pas disposé, pour le moment, à rejeter la vieille expression de *noma* (2) et de *stomatite ulcéreuse* par laquelle

(1) Voyez sur cette question la *Clinique médicale* de Trousseau, 2^e édit., vol. I, p. 38.

(2) De νομξι, employé par Hipocrate pour désigner les ulcères putrides ou rongeants. Voyez Fœsius, *Oeconomia Hippocratica*, sub voce.

on avait autrefois l'habitude de la désigner. Dans tous les cas, il sera bon de réserver l'expression de *cancerum oris* à la *stomatite gangréneuse*, ou gangrène de la bouche.

Il n'est nullement de règle de voir un dérangement spécial de la santé générale précéder une attaque de *stomatite ulcéreuse*, bien que les enfants qu'elle atteint soient rarement robustes et, dans bien des cas, aient souffert par manque d'une alimentation suffisante, par le froid, une habitation insalubre, ou par toutes ces causes réunies.

Chez les enfants qui ne sont pas bien surveillés, l'ulcération a quelquefois fait des progrès considérables avant qu'on n'en soupçonne l'existence : le flux excessif de la salive, ou l'odeur fétide de l'haleine, sont des symptômes qui finissent par attirer l'attention. En même temps, il existe souvent aussi un gonflement considérable de la lèvre supérieure, et souvent les glandes sous-maxillaires sont gonflées et douloureuses. Quand l'enfant ouvre la bouche, on voit que les gencives sont rouges, gonflées, spongieuses, recouvertes sur leurs bords d'un dépôt pultacé, couleur blanc sale ou grisâtre, au-dessous duquel on trouve leur surface à vif et saignante. D'abord, la partie antérieure seule des gencives est ainsi affectée, mais à mesure que la maladie fait des progrès, elle se glisse entre les dents jusqu'à la face postérieure, et alors, détruisant les gencives des deux côtés à la fois, laisse les dents dénudées, et branlant dans leurs alvéoles ; mais il est rare qu'on les voie tomber. Les gencives des dents incisives sont, en général, les premières affectées ; celles de la mâchoire inférieure, plus souvent, et dans une plus grande étendue que les supérieures ; mais, si la maladie est grave, les gencives des parties latérales se prennent également, rarement au même degré des deux côtés, et souvent même d'un seul côté, l'ulcération s'arrêtant juste au niveau de l'espace qui sépare les deux incisives médianes.

Quelquefois, en même temps que cet état des gencives, on voit des ulcères aphteux analogues à ceux de la stomatite folliculeuse ; mais souvent l'affection existe seule. Sur les parties des lèvres et des joues placées en face des gencives ulcérées, et par conséquent en contact avec elles, il se forme des ulcérations irrégulières, recouvertes d'un dépôt pultacé pseudo-membraneux, semblable à celui qui existe sur les gencives elles-mêmes. Quelquefois aussi, il se dépose sur la muqueuse de la bouche, dans d'autres points, des fausses membranes au-dessous desquelles le tissu est rouge, spongieux, saignant, bien qu'il ne soit pas manifestement ulcéré. Si la maladie est grave et de longue durée, la langue paraît ramollie, et porte l'empreinte des dents ; la joue, d'un côté ou de l'autre, est un peu gonflée, pendant que la salive, plutôt un peu moins abondamment sécrétée qu'au commencement de la maladie, persiste à être horriblement fétide, et peut être teinte de sang. Les gencives saignent au moindre attouchement. Même abandonnée à elle-même, cette affection disparaît avec le temps, bien

qu'elle puisse rester stationnaire pendant des jours et des semaines, malgré une santé générale assez bonne. La terminaison de cette ulcération par gangrène est si rare, que malgré le nombre considérable des cas de stomatite qui se sont offerts à mon observation, je n'ai vu qu'un exemple où il soit survenu une véritable gangrène de la bouche. Quand la guérison est commencée, la maladie cesse de s'étendre; l'écoulement de salive puante diminue; le dépôt blanc pultacé des gencives et des joues devient moins abondant, et, finalement, les gencives deviennent fermes; leurs bords prennent une coloration d'un rouge vif, bien qu'ils se montrent pendant longtemps disposés à devenir de nouveau le siège d'un travail d'ulcération, et pendant plus longtemps encore continuent à ne recouvrir les dents que très imparfaitement.

A différentes époques, on a recommandé des remèdes différents, internes ou externes, pour guérir cette affection. Les toniques ont été d'un emploi commun, et l'analogie supposée entre cet état des gencives et le scorbut a conduit les praticiens à donner la préférence à des médicaments ayant la réputation d'avoir des propriétés antiscorbutiques. Des lotions d'alun, ou l'alun calciné en substance, le chlorure de chaux en poudre, ont été tous employés localement, avec plus ou moins d'avantages. J'avais aussi coutume de prescrire ces remèdes dans les cas de stomatite ulcéreuse, mais depuis que je me suis convaincu des vertus du chlorate de potasse, je me fie à lui presque exclusivement. Il paraît, en effet, mériter presque le nom de spécifique, car rarement on manque d'observer une amélioration marquée dans l'état du malade après qu'on l'a administré pendant deux ou trois jours, et généralement, en une semaine, ou dix jours, la guérison est complète. 0^{gr},15, toutes les quatre heures, dissous dans de l'eau sucrée, constituent une dose suffisante pour un enfant de trois ans, et 0^{gr},25, toutes les quatre heures, paraissent réussir aussi bien que des doses plus fortes chez un enfant de huit ou neuf ans. S'il y a de la constipation, on devra d'abord administrer un purgatif; mais, il ne paraît y avoir aucune forme, ni aucune période de la maladie, où le chlorate de potasse ne soit utile. La diète doit être légère mais nutritive, et quelquefois, si l'enfant continue à être faible, après la disparition de la maladie locale, le quinine ou d'autres toniques sont utiles.

La stomatite ulcéreuse est une affection si fréquente que, chaque année, j'en observe de nombreux exemples, surtout pendant les mois humides de l'automne, et elle est si peu dangereuse, que le seul cas suivi de mort que j'aie vu, devint mortel par la production d'une gangrène de la bouche.

Gangrène de la bouche. — La *stomatite gangréneuse* est une maladie si rare, que dix fois seulement j'ai eu l'occasion de la voir; mais tellement

grave, que huit de ces dix malades moururent. Les observations faites par d'autres observateurs, sur une plus large échelle, eurent un résultat presque aussi défavorable, puisque, sur 21 cas observés par MM. Rilliet et Barthez, 20 eurent une terminaison fatale, et dernièrement un écrivain français (1) qui a réuni 239 cas, lesquels n'étaient pas tous propres aux enfants, établit que 175, ou 73 0/0, se terminèrent par la mort.

La nature redoutable de la maladie nous fait un devoir de l'étudier plus attentivement que sans cela nous ne le ferions, vu sa rareté; et il est d'autant plus utile d'en agir ainsi, que c'est le moyen de ne pas commettre l'erreur, assez commune, qui consiste à confondre cette dangereuse affection avec la stomatite ulcéreuse, comparativement insignifiante.

Le trouble général qui précède souvent les deux autres affections de la bouche, étudiées il n'y a qu'un instant, s'est montré en général sans importance, et, dans tous les cas, jamais assez sérieux pour donner de l'inquiétude. D'un autre côté, la gangrène de la bouche ne survient guère que chez des enfants dont la santé a été profondément altérée par des maladies antérieures, et particulièrement par celles dans lesquelles le sang a subi des modifications importantes. Strictement parlant, je ne sais si nous ne devrions pas retrancher cette affection et d'autres semblables, dans lesquelles la peau ou les organes génitaux sont atteints de gangrène, de la catégorie des maladies locales pour les ranger dans la classe des maladies du sang (*blood diseases*). Sur 29 cas de gangrène de la bouche observés par MM. Rilliet et Barthez, ou empruntés par eux à d'autres observateurs, 1 seulement a paru être un exemple de la maladie sous la forme idiopathique; tandis que dans 12 cas elle survint à la suite de la rougeole. Des 10 cas que j'ai observés moi-même, dont 5 avec autopsie, 2 succédèrent à la fièvre typhoïde, 4 à la rougeole; 1 cas, où la maladie guérit par l'application d'un acide puissant et avec l'aide de la bonne hygiène de l'hôpital, parut dépendre de la misère et de l'insalubrité de l'habitation; un autre cas survint chez un enfant dont la santé avait été complètement détériorée par de longues fièvres intermittentes; un autre se produisit chez un enfant tuberculeux qui pendant plusieurs semaines avait été atteint d'une stomatite ulcéreuse intense; et dans le 10^e cas, l'emploi du mercure contre une encéphalite aiguë produisit une salivation profuse qui fut suivie de gangrène.

Bien qu'elle ne soit spéciale à aucune période de l'enfance, la gangrène de la bouche est plus fréquente de deux à cinq ans qu'à aucune autre époque. Sur les 10 cas observés par moi, 2 eurent lieu chez des enfants entre deux et trois ans, 2 à trois ans, 4 de quatre à cinq ans, 1 à six ans et trois mois, et le dernier à huit ans. Sur les 29 exemples mentionnés par MM. Rilliet et Barthez, 19 survinrent de deux à cinq ans,

(1) Tourdes. *Du Noma*, etc., in-8°. Thèse de Strasbourg, 1848.

10 de six à douze; et M. Tourdes, sur 102 cas qui se produisirent entre un an et demi et douze ans, trouva également que le plus grand nombre avait eu lieu de trois à quatre ans.

S'il est vrai que tous les tissus de la joue se trouvent envahis par le mal, les opinions ont différé quand il s'est agi de dire par quelle partie il commence; quelques observateurs pensent qu'il commence habituellement dans la substance de la joue, tandis que d'autres regardent la membrane muqueuse comme la partie invariablement atteinte la première. Autant que mon observation personnelle me permet d'en juger, je regarde cette manière de voir, qui est celle de MM. Rilliet et Barthez et de M. Baron, comme exacte en général: elle se trouve, en outre, confirmée par les recherches minutieuses du professeur Albers, de Bonn. Je dois reconnaître, en même temps, que j'ai eu peu d'occasions d'étudier personnellement ce sujet, tandis qu'un observateur très compétent, le D^r Löschner, médecin de l'hôpital de Prague, tout en admettant l'un et l'autre mode de début, regarde le premier comme le plus commun.

D'après les observations de cet auteur, l'apparition d'un gonflement avec un point central ou nucléus dur, environné d'un tissu tendu, élastique, mais moins dur, qui se fond insensiblement avec les tissus environnants, est la première manifestation du processus morbide. L'ulcération de la muqueuse est secondaire à cette infiltration spéciale du tissu cellulaire de la joue. Il est, en réalité, très probable que la gangrène commence, tantôt d'une façon, tantôt de l'autre. Toute discussion à ce sujet manque d'importance pratique, si nous regardons cette forme de gangrène et les autres, comme étant simplement le résultat de la manière dont se manifeste l'altération plus importante du liquide circulaire. Dans les premiers temps, la maladie ne s'accompagne presque d'aucune souffrance, ce qui, joint à cette circonstance que les enfants chez lesquels elle survient sont presque toujours atteints ou convalescents d'une autre affection, fait qu'on ne la constate, souvent, que quand elle a déjà fait des progrès considérables. Il peut y avoir eu, pendant un jour ou deux, une fétidité marquée de l'haleine et d'une salivation abondante, mais l'apparition du gonflement de la joue est fréquemment le premier symptôme qui porte à faire un examen attentif de la bouche. Les caractères de ce gonflement sont presque caractéristiques de la gangrène de la bouche. Ce n'est pas une simple bouffissure du tégument, sans changement de sa coloration, telle qu'on l'observe quelquefois dans la stomatite ulcéreuse, mais la joue est tendue, rouge et brillante; il semblerait que la joue ait été enduite d'huile, et généralement, au centre du gonflement, il y a un point plus brillant que ce qui l'entoure. Le toucher trouve la joue dure, et elle est souvent si peu flexible que la bouche ne peut s'ouvrir assez pour qu'on fasse un examen complet de son intérieur. La maladie est presque toujours limitée à un seul côté, et

à la joue. Quelquefois, pourtant, elle s'étend à la lèvre inférieure, et, par exception, elle peut commencer en ce point. Il arrive que le mal gagne la lèvre supérieure, mais jamais il n'y débute, quelle que soit la place occupée par le gonflement extérieur; on trouvera généralement dans la bouche, correspondant au point central brillant et rouge, une ulcération profonde, à bords irréguliers, et dont la surface est recouverte par un putrilage déchiqueté, d'un brun noirâtre. Les gencives en contact avec l'ulcération sont noires, recouvertes de putrilage à leur surface et en partie détruites, laissant les dents ébranlées et les alvéoles dénudés. Quelquefois, surtout si la maladie est très avancée, on ne peut distinguer un point d'ulcération, mais tout l'intérieur de la joue est transformé en un putrilage sale du milieu duquel pendent de larges lambeaux de membrane muqueuse. A mesure que la maladie marche, un semblable travail de destruction atteint les gencives; les dents, déchaussées, tombent une à une, et le tissu alvéolaire de la mâchoire se mortifie dans une étendue plus ou moins considérable; pendant que, quelquefois, une portion de la branche de la mâchoire elle-même est frappée de nécrose. La sécrétion salivaire continue à se faire en excès, et par ses caractères trahit les progrès du mal. D'abord ce liquide, bien que remarquable par sa fétidité, n'est pas autrement altéré; mais plus tard, il perd de sa transparence et reçoit des tissus mortifiés sur lesquels il passe une couleur verdâtre, ou brunâtre sale, et en même temps acquiert une odeur encore plus repoussante.

Pendant que la gangrène marche ainsi à l'intérieur de la bouche, des altérations non moins remarquables se produisent à la face. La rougeur et le gonflement font des progrès, et le point central d'un rouge foncé devient plus large. Un point noir apparaît à son centre; ce n'est d'abord qu'une tache, mais il s'accroît rapidement, conservant encore la forme arrondie, et devient un peu plus large qu'une pièce de dix, de vingt, de quarante sous, ou même encore plus étendu. Un anneau d'une rougeur intense l'entoure; alors la gangrène cesse de s'étendre et le sphacèle commence à se séparer. La mort survient fréquemment avant que la séparation de l'eschare soit complète, et c'est heureux quand il en est ainsi, car, autrement, la destruction se produit habituellement dans les parties jusque-là respectées. On voit à jour l'intérieur de la bouche; sa muqueuse et la substance de la joue pendent en lambeaux, du centre d'une masse noirâtre, et forment un des plus hideux spectacles qui se puissent concevoir; en même temps, l'odeur horrible que les parties mortifiées répandent autour de l'enfant rend aussi repoussante que triste la tâche de soigner ce pauvre petit être. Heureusement il est rare que des souffrances aiguës viennent augmenter l'horreur de cette triste scène. Habituellement, le malade souffre peu, à partir du début même, mais est en général plus assoupi qu'il ne faut,

bien que quelquefois il passe la nuit sans sommeil. Dans les cas où la gangrène suit une fièvre typhoïde, le délire qui existait auparavant continue sans se modifier. Le pouls devient plus faible, à mesure que la maladie fait des progrès; mais souvent la gaieté n'est point altérée, et l'enfant restera assis dans son lit, s'amusant avec ses jouets, comme s'il n'était pas malade; longtemps même après que la formation d'une eschare à la joue a démontré que le cas ne laissait plus d'espoir, ou même après que celle-ci s'est détachée, et que l'intérieur de la bouche est mis à jour. L'appétit, aussi, persiste quelquefois sans diminution jusqu'aux dernières heures qui précèdent la mort, laquelle se produit en général d'une manière calme, mais est quelquefois précédée de convulsions.

Lésions anatomiques. — La gangrène de la bouche se produisant dans le cours de maladies très différentes, les seules manifestations morbides qui soient pathognomoniques de son existence sont celles qui résultent du désordre local. Dans trois circonstances, j'ai disséqué avec soin les parties gangrenées, et les altérations que j'ai constatées sont précisément celles qu'ont décrites MM. Rilliet et Barthez. Les glandes absorbantes, superficielles et profondes, du côté malade, sont hypertrophiées, et le tissu cellulaire de la joue est infiltré d'une sérosité plus abondante au voisinage de l'eschare. Il cesse d'être facile de reconnaître les parties comprises dans l'intérieur de l'eschare, mais, avec de l'attention, on peut suivre les vaisseaux et les nerfs. La raison qui fait que l'hémorragie vient si rarement abréger les souffrances du malade est tout de suite fournie par l'existence d'un caillot qui bouche les vaisseaux, à une certaine distance, de chaque côté de la masse gangrenée. Dans un cas j'ai vu la base de la langue, les amygdales, le pharynx, les deux faces de l'épiglotte et l'œsophage, dans la longueur de deux centimètres, complètement tapissés par une fausse membrane assez résistante, jaunâtre, d'une ligne d'épaisseur environ, qui se détachait et laissait la membrane muqueuse sous-jacente seulement un peu plus rouge qu'à l'état normal. Quelques plaques d'un dépôt semblable, qui se continuaient avec celui du pharynx, existaient dans le larynx. Il y avait eu, pendant trois jours avant la mort, une grande difficulté de la déglutition. L'association de la diphtérie avec la gangrène de la bouche est certainement une complication tout accidentelle et rare; mais la pneumonie se rencontre dans un si grand nombre de cas, qu'on doit la regarder comme quelque chose de plus que fortuite, et comme étant probablement le résultat de l'altération du liquide circulatoire à laquelle est due la gangrène elle-même, plutôt que comme la dépendance d'une cause quelconque agissant sur le poumon d'une manière spéciale. Elle existait 19 fois sur les 24 cas qui font la base des réflexions de MM. Rilliet et Barthez, et 4 fois

sur les 5 où j'ai pratiqué l'autopsie. Dans le 5^e cas, celui d'une fille de trois ans qui mourut le 10^e jour d'une gangrène de la bouche, et le 23^e après l'apparition d'une éruption rubéolique, s'il n'y avait pas une pneumonie, on trouvait pourtant des traces très remarquables de la relation de la maladie avec la classe des maladies du sang. La gangrène s'était limitée au côté droit de la face; mais, outre une thrombose dans la partie supérieure de la veine jugulaire interne droite, il y avait un volumineux caillot noir à sa partie inférieure; une thrombose occupait la veine jugulaire gauche à son entrée dans la veine sous-clavière. Les deux poumons étaient crépitants, mais parsemés d'un grand nombre de petits nodules résistants, la plupart du volume d'un petit pois, quelques-uns isolés, d'autres réunis, surtout nombreux dans la partie déclive du lobe inférieur et dans son bord antérieur libre. A la section, on voyait que ces nodules étaient formés d'une matière puriforme, contenue dans le parenchyme des poumons, dont le tissu, autour d'eux, n'était ni enflammé, ni condensé.

Traitement. — Arrêter la mortification des tissus est le seul point sur lequel se soit portée l'attention de tous les praticiens dans le *traitement* de cette affection. Le peu de succès qu'ont obtenu leurs efforts est attribuable, en partie, à ce fait, qu'on a souvent méconnu la maladie jusqu'à ce qu'elle eût déjà fait des progrès considérables; en partie, aussi, à cette autre circonstance, qu'après l'avoir reconnue on a opposé à la gangrène des moyens trop doux, ou bien appliqués d'une main trop timide. Malheureusement, il est très difficile d'appliquer à l'intérieur de la bouche, un caustique actif; car le gonflement, la tension de la joue, rendent très malaisé l'accès jusqu'aux parties gangrenées. L'usage du chloroforme fait disparaître cette autre difficulté qui naissait de la douleur intense causée par une cautérisation puissante. Une cautérisation superficielle est inutile, ou pis qu'inutile; et bien qu'on doive faire le possible pour éviter une destruction superflue des parties saines, pourtant des deux maux, celui de faire trop est sans aucun doute moins grave que celui de faire trop peu. Nous devons avoir d'autant moins peur, que la puissance de réparation, après que la gangrène est arrêtée, est des plus remarquables; j'ai vu, il y a quelques années, un cas confié aux soins de mon collègue le D^r Holmes, une perforation de la joue au voisinage de l'angle de la bouche, passer de la largeur d'un florin à la dimension d'un trou d'épingle, qui se ferma avec le temps, ne laissant après lui qu'une surface ridée à un degré relativement peu marqué, et dans tous les cas, rien de cette difformité effrayante qu'on aurait pu croire inévitable. Il est en outre important, non seulement que la cautérisation soit puissante, mais de plus qu'elle soit pratiquée de bonne heure. M. Baron parle d'inciser la partie mortifiée et d'appliquer le cautère actuel; mais je ne connais pas un cas où cette pratique ait été suivie d'un