

du Limousin. La *perlèche*, tel est le nom sous lequel les paysans la désignent, à cause de la sensation de cuisson, qui porte les enfants à se poulêcher les lèvres, se nomme encore *bridou*, parce que les commissures labiales sont comme bridées. Au début, l'épithélium, au niveau des deux commissures, blanchit, se macère et desquame. Ultérieurement peuvent se faire de petites fissures linéaires rayonnantes, un peu douloureuses et saignantes, lorsque l'enfant ouvre largement la bouche. Il existe alors une certaine ressemblance entre la perlèche et certaines rhagades commissurales syphilitiques. La maladie, qui dure en général de 15 jours à un mois, peut se prolonger plusieurs mois par réinoculation ou récidives. Aucun trouble général de la santé n'en découle, et c'est surtout par son étiologie que cette petite affection est intéressante.

M. Lemaistre a démontré que la perlèche est contagieuse et se développe lorsque les enfants ont bu dans des vases malpropres, seaux de bois, de zinc ou cruches de grès, dont se servent à tour de rôle, et sans prendre aucune précaution, les écoliers de la province pour se rafraîchir. Dans les débris épithéliaux des commissures labiales des enfants qui ont la perlèche, M. Lemaistre a trouvé un microbe qu'il convient de placer dans la classe des schizomycètes et dans le groupe des sphéro-bactéries ou cocci. Ce microbe se développe dans les bouillons de culture avec une très grande rapidité, et y forme d'innombrables chaînettes enchevêtrées, d'où le nom de streptococcus plicatilis, dont l'a baptisé M. Lemaistre, qui a retrouvé dans certaines eaux potables, puisées dans un quartier de Limoges où la perlèche est fréquente, les mêmes micro-organismes. Dans les écoles primaires de cette ville un enfant sur 17 est atteint de perlèche, surtout dans la saison chaude.

(1) M. Comby a donné dans le *Progrès médical* (1886) une analyse du mémoire de M. Lemaistre.

Pour amener rapidement la guérison, il suffit de faire des attouchements sur les commissures buccales avec le sulfate de cuivre ou l'alun. L'acide borique ne réussit pas.

D'ailleurs la maladie guérit le plus souvent toute seule et par les soins de propreté.

Cette benignité n'empêche pas que sa prophylaxie ne doive préoccuper légitimement les médecins inspecteurs des écoles, qui ont le devoir de s'opposer à la promiscuité des vases à boire, agents propagateurs de la perlèche.

Stomatites.

De toutes les maladies de la bouche, le *muguet* ou *stomatite crêmeuse* est celle dont la nature parasitaire est le mieux établie. Nous n'avons pas à en rappeler la description clinique ni pathologique ; sur une muqueuse buccale rouge en voie de desquamation épithéliale, décapée, comme disait Parrot, et en outre acide, préparée d'une certaine façon par l'état morbide antérieur du tube digestif et la débilité générale, le champignon parasite amené par l'air probablement, ou par contact avec le sein de la nourrice ou par le biberon ou par le lait, se cultive et prolifère. L'oidium albicans (*syringospora Robinii*, Quinquaud) ne serait pas un oïdium, d'après les recherches les plus récentes. Un travail publié par M. Audry nous fournit sur le *saccharomyces albicans* des renseignements qui ne sont pas seulement d'un intérêt botanique. (1)

Le *saccharomyces albicans*, semé à la surface de milieux solides *neutres* ou *alcalins*, y a végété parfaitement, aussi bien que sur les milieux acidifiés. Cela tendrait à diminuer l'importance qu'on attribue, depuis Gubler, etc., à l'acidité de la bouche, dans sa production.

Cette acidité est pourtant réelle, nous l'avons constatée

(1) *Revue de Médecine*, juillet 1887.

comme le plus grand nombre des cliniciens. Est-elle cause ou effet? M. Audry n'a fait aucune recherche concluante à cet égard, mais il a remarqué que ses bouillons de culture, qui sont neutres à l'état de pureté, deviennent légèrement acides, quand le parasite a commencé à s'y cultiver. Le muguet se développe très bien sur des milieux glycérisés, mais non sur la glycérine pure. Enfin, les bouillonsensemencés, auxquels on ajoute du borax restent limpides; d'où il suit que l'emploi du borax dans le traitement du muguet est parfaitement justifié.

En somme les recherches de M. Audry ne contredisent pas ce que l'expérience a depuis longtemps enseigné; le meilleur traitement du muguet consiste à modifier la réaction chimique des sécrétions buccales, à les alcaliniser par le bicarbonate de soude, mais on peut faire mieux en joignant l'action antiseptique directe par le borate de soude.

L'acide borique, qui est utile dans toutes les stomatites, ayant ce grand avantage d'une toxicité presque nulle, serait aussi efficace dans le muguet (Mac-Gregor). On peut l'additionner de chlorate de potasse, le combiner au borate de soude.

Voici un collutoire recommandé dans les *stomatites qui accompagnent les fièvres graves*, la fièvre typhoïde par exemple et qui modifie rapidement l'état fuligineux des lèvres et des dents, la sécheresse des gencives et de la langue (1).

Acide borique.....	1 gr.
Chlorate de potasse.....	0,75 cent.
Jus de citron.....	15 gr.
Glycérine.....	40 gr.

Parmi les *glossites épithéliales desquamatives* qui sous différents noms ont été décrites par Bergeron, Bridou, Parrot et plus récemment Guinon (2), il est naturel de se deman-

(1) *Brit. med. Journ. et Paris médical.*

(2) *Revue des maladies de l'enfance*, 1887.

der si une des variétés ne reconnaît pas pour cause un parasite, dont le développement serait préparé par des troubles digestifs; l'évolution des plaques desquamatives, qui s'étendent en aires multiples et fauchent l'épithélium excentriquement, a bien l'allure d'une affection parasitaire. Les recherches dirigées dans ce sens n'ont, il est vrai, jusqu'ici amené la découverte d'aucun parasite spécial, et la bénignité de l'affection fait qu'on s'est peu inquiété jusqu'ici de lui opposer un traitement antiseptique.

Il y a des affections parasitaires de la langue, telles que la *langue noire* décrite par Dessois ou celle que W. Roth, de Vienne, décrivait récemment (1) (productions pseudo-pileuses développées sur la langue et formées par des amas de champignons), dans lesquelles le meilleur traitement est l'atouchement avec une solution de sublimé.

La *stomatite aphteuse* est-elle une affection microbienne? Les auteurs les plus récents tendent à l'admettre. M. le Dr. Th. David publiait récemment des faits qui paraissent établir nettement que cette affection est d'origine bovine; dès 1764, Sagar avait émis l'opinion que le lait est l'agent de transmission. On a noté la coïncidence d'épidémies de stomatite aphteuse avec les épizooties de fièvre aphteuse (ou cocotte). En 1834, trois vétérinaires allemands, ayant bu volontairement du lait tout fraîchement trait de vaches atteintes depuis six à huit jours de fièvre aphteuse grave, furent pris les jours suivants de fièvre et d'une éruption aphteuse sur la surface interne des joues et des lèvres. En faisant bouillir le lait, on se préserverait de la contagion; mais la crème et les fromages resteraient dangereux et il serait peut-être nécessaire qu'on interdît la vente du lait des vaches atteintes de cocotte. Car la fièvre aphteuse, généralement bénigne, peut cependant devenir très grave. M. David a noté

(1) *Annales des maladies de l'oreille et Journal de médecine et chirurgie pratiques*, 1887.

sur 27 observations un cas de mort par gangrène de la bouche, deux cas où des aphthes se sont développés dans l'estomac et l'intestin ; enfin, il dit que chaque année un certain nombre d'enfants succombent à cette maladie. M. Hirtz, dans une clinique publiée en novembre 1887 (1), déclare que la maladie n'est contagieuse à aucun titre. Nous avons vu pourtant plusieurs fois deux ou trois enfants de la même famille atteints simultanément ou successivement de fièvre aphtheuse, et presque toujours dans ces cas il s'agissait d'enfants couchant ensemble. M. Hirtz, tout en paraissant rejeter l'étiologie microbienne, déclare qu'un seul médicament lui a donné « des résultats surprenants et rapides ; c'est le salicylate de soude (médicament antiseptique cependant). Il amende, dit-il, en quelques heures et fait disparaître la cuisson si douloureuse de la stomatite, véritable torture pour quelques malades. On devra l'employer en solution concentrée, 20 pour 100 au moins ; on badigeonnera la muqueuse buccale et pharyngée cinq ou six fois par jour, principalement après les repas. »

La stomatite ulcéro-membraneuse a été, comme on sait, démontrée spécifique, épidémique et contagieuse par M. J. Bergeron, qui a fait connaître du même coup les propriétés curatives du chlorate de potasse. Il est vrai que deux médecins de la marine, MM. Catelan et Magette, ont voulu depuis expliquer la pathogénie de cette stomatite par une névrite liée à l'évolution de la dent de sagesse. Cette explication n'a pas prévalu et presque tous les pathologistes continuent à considérer la stomatite ulcéro-membraneuse comme une infection locale. Il est vrai que les recherches sur la nature de l'agent infectieux n'ont pas été couronnées de succès. M. Pasteur avait à l'origine trouvé une spirille dans la bouche d'enfants atteints de stomatite. Netter, pendant son internat chez M. Bergeron, a trouvé cette spirille dans les ulcérations

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

gingivo-buccales ; il l'a cultivée, mais les inoculations faites avec les cultures ont donné un résultat négatif.

Galippe, qui s'est beaucoup occupé des micro-organismes du tartre dentaire, estime que parmi les microbes qui pullulent dans le tartre, véritable substance vivante, il en est un qui devient pathogène sous l'influence de troubles que l'évolution dentaire apporte dans la composition des liquides buccaux ; dès lors un travail ulcératif apparaît au niveau des gencives. Cette *gingivite ulcéreuse* peut se propager à la face interne des joues et la stomatite ulcéreuse est constituée.

M. Bergeron concède qu'il peut y avoir, outre la stomatite spéciale qu'il a décrite, une autre maladie ulcéreuse de la bouche d'origine dentaire ; les différences principales entre elles seraient pour la stomatite dentaire le début constant autour d'une dent, la fréquence du trismus, l'impuissance du chlorate de potasse et la plus longue durée.

Henoch admet une sorte de gradation parmi les diverses stomatites ; la forme simple ou *érythémateuse* étant susceptible de devenir *aphtheuse*, puis exsudative et *fibrineuse*, et même *ulcéro-nécrotique*. Le chlorate de potasse lui paraît agir aussi efficacement dans les formes aphtheuse et fibrineuse à la façon d'un spécifique. Il a toujours vu ce médicament donné en potion, en gargarismes, en collutoires faire disparaître rapidement la fétidité de l'haleine et la salivation.

Le chlorate de soude a été employé avec presque autant d'avantages.

Nous avons vu M. Hutinel prescrire avec succès des applications de chlorure de chaux sec sur les ulcérations ; cette pratique était, croyons-nous, celle de son maître M. Henri Roger.

Quand la stomatite est rebelle, Henoch emploie pour badigeonner les surfaces malades trois fois par jour l'une des deux solutions suivantes : sulfate de zinc 1 gr., eau dist. 20 gr., ou sulfate de cuivre 0,50 pour eau dist. 20.

Quand la stomatite revêt la forme nécrosique, Hensch emploie encore le chlorate de potasse associé à la décoction de quinquina ; il y joint des irrigations avec des solutions de permanganate de potasse, d'acide phénique ou d'acide salicylique.

Dans la *gangrène de la bouche*, affection évidemment parasitaire, comme tous les processus gangréneux, les caustiques ont été beaucoup employés : badigeonnages à l'acide nitrique fumant, au perchlorure de fer, à l'acide phénique concentré ; la destruction du foyer microbien par le thermo-cautère semble avoir mieux réussi ; au moins on est maître de l'agent destructeur et on en limite à volonté les effets.

L'antisepsie doit être pratiquée avec le plus grand soin, on a préconisé l'application d'une pâte épaisse préparée avec du camphre. Les irrigations très fréquentes avec les solutions d'acide phénique, salicylique ou thymique sont préférables ; quand la chute de l'eschare laisse à nu une surface bourgeonnante, Hensch applique dessus un tampon de charpie imbibé de vin camphré.

§ II.

SOMMAIRE. — Amygdalites infectieuses. — Angine œdémateuse. — Angine herpétique. — Angine phlegmoneuse. — Infections mixtes et successives de la bouche et du pharynx. — Angine diphthéroïde. — Traitements antiseptiques de l'angine diphthérique. — Mercuriaux. — Iodoforme. — Iodure de potassium. — Brome et bromures. — Soufre et sulfures. — Acide salicylique et salicylate de soude. — Benzoate de soude. — Acide borique et borax. — Chloral. — Acide lactique. — Acide oxalique. — Résorcine. — Quinine. — Essence de térébenthine et goudron de houille. — Acide phénique et camphre. — Perchlorure de fer. — Créosote. — Associations d'agents antiseptiques. — Conclusions personnelles : ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire. — Mesures prophylactiques.

Amygdalites infectieuses.

Dès 1880, M. le professeur Bouchard enseignait que l'amygdalite aiguë, l'angine tonsillaire simple doit être considérée comme une maladie infectieuse. Il appuyait cette opinion sur sept observations. Quatre fois il avait vu l'amygdalite s'accompagner de néphrite infectieuse, l'urine charriant des bactéries bacillaires. Dans un cas, la néphrite, qui avait paru guérir en même temps que l'amygdalite, récidivait seule au bout d'une douzaine de jours ; cette fois des accidents typhoïdes se montraient et amenaient la mort.

Dans un autre cas où la néphrite s'était montrée huit jours après le début de l'amygdalite, elle devint chronique.

M. Bouchard vit un père et une fille, atteints simultanément d'angine, présenter l'un et l'autre une albuminurie passagère avec bactéries dans l'urine.

Il a cité deux observations dans lesquelles, au déclin d'angines tonsillaires aiguës, apparut un pseudo-rhumatisme, occupant surtout les jointures des doigts et intéressant principalement les tissus fibreux périarticulaires. Dans un cas d'amygdalite phlegmoneuse, M. Bouchard a constaté dans le pus, dès l'ouverture de l'abcès amygdalien, une énorme quantité de bactéries bacillaires courtes et très minces.

Sans doute on ne peut nier que l'action du froid, de l'humidité ne joue un rôle dans l'étiologie de l'amygdalite ; mais c'est un rôle semblable à celui qu'il est légitime de lui attribuer dans la pneumonie. Le froid crée l'opportunité morbide qui permet aux microbes charriés par les liquides de la bouche, déposés par la salive ou l'air sur les amygdales, d'envahir les cryptes, de pénétrer plus profondément et d'aller infecter l'organisme.

Si l'organisme est en mauvais état déjà, si le malade est un surmené, un mal nourri, un alcoolique, l'infection aura plus de prise sur lui. Chez de tels sujets on voit survenir