

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

des formes dans lesquelles l'état infectieux est si accusé que tout médecin, même peu favorable aux idées parasitaires, sera obligé de reconnaître la maladie générale.

M. Dubousquet-Laborde (de St-Ouen) a insisté récemment (1) sur les allures peu rassurantes des amygdalites qui évoluent ainsi. Des frissons, une fièvre violente, l'anorexie et la céphalée ouvrent la scène comme dans toute amygdalite aiguë; mais, en outre, le malade accuse une courbature extrême, quelquefois un lumbago insupportable; la déglutition est douloureuse, le pharynx hyperesthésié, et pourtant on ne trouve que de la rougeur et du gonflement de la muqueuse, point d'exsudat ni herpétique, ni diphthéritique. Cependant il existe un engorgement plus ou moins considérable des ganglions sous-maxillaires. Des complications analogues à celles des maladies les plus sûrement infectieuses peuvent se montrer: symptômes typhoïdes, vomissements, diarrhée fétide, albuminurie avec débris épithéliaux et bactéries dans l'urine, arthropathies pseudo-rhumatismales, jusqu'à l'orchite et à l'ovarite que Joal a signalées, comme on les voit dans les oreillons.

Voici une observation bien curieuse recueillie par M. le professeur Henrot (de Reims) qui fut tour à tour spectateur et acteur ou victime dans le drame pathologique. Elle se trouve dans le mémoire intéressant de Dubousquet-Laborde.

« M. le docteur H. Henrot est appelé, le 1^{er} mai 1886, auprès d'un client qui avait passé trois ou quatre jours à Paris où il s'était surmené pour ses affaires. En wagon, le voyageur sent un léger courant d'air et, le soir, en rentrant chez lui, il est pris d'une vive douleur dans la gorge qui l'empêche de dormir. Au moment de cette première visite, qui a lieu le matin, il n'y a que de la rougeur du pilier et de l'amygdale gauche. Depuis quelque temps le malade s'occupait de choses

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 1886, et Congrès de Nancy.

sérieuses et il était devenu nerveux et impressionnable, si bien que la douleur accusée paraît exagérée, car la rougeur est peu intense et peu étendue. Le soir il y a de l'œdème de la luette. Le 2 mai, la luette est immense, grosse comme le pouce, sans gonflement notable des autres parties de la bouche. Il est difficile de s'expliquer un œdème aussi considérable. Pas de tuméfaction au-dessous du maxillaire. Dans la soirée du 2 mai, la luette s'est encore allongée et se replie sur la langue, elle a les dimensions du petit doigt. Le 3 mai, la déglutition d'une goutte d'eau est impossible. La langue est si tuméfiée à sa base que l'exploration devient impossible. La respiration est encore libre par la glotte. On ne sent aucune fluctuation. Le 4 mai, au matin, la langue ne tient plus dans la bouche, fait hernie à travers les vides des dents et dépasse les arcades. Le soir, tuméfaction générale du cou. A minuit, M. le professeur Verneuil arrive. Depuis le matin tous les tissus sont œdémateux, le plancher de la bouche a quadruplé d'épaisseur, la mâchoire inférieure est immobilisée, pas de tirage. M. Verneuil, après avoir recherché la cause de cette singulière maladie sans avoir pu rien saisir de précis, fait avec beaucoup de résolution et d'habileté de profondes incisions au thermo-cautère. Le tissu est résistant, lardacé; pas de pus. Le 5 mai au matin le malade est un peu soulagé. Constipation opiniâtre, fort peu d'urine depuis le début de la maladie, adynamie profonde. Il semble y avoir détente générale et l'intelligence est intacte. A trois heures dans la journée, on fait rappeler M. Henrot qui trouve le malade en plein subdélirium auquel succède le coma, et le 6 mai, à 8 heures du matin, le patient succombe.

Au point de vue clinique, il manque l'analyse de l'urine et l'examen au microscope, mais le complément de cette observation constitue une sorte d'expérimentation, comme le dit M. Henrot. Dans le principe, MM. Henrot et Verneuil avaient pensé à un œdème charbonneux dû à des poussières char-

bonneuses ayant pénétré dans une gorge granuleuse. Mais ce cas a, continue M. Dubousquet-Laborderie, de grandes analogies avec plusieurs de mes observations, l'une d'entre elles surtout, incomplète malheureusement, parce que je n'ai vu le malade qu'une fois et que je n'ai pu recueillir tous les renseignements désirables. Il s'agissait d'un homme de quarante ans, sujet aux maux de gorge, qui fut pris subitement d'une violente douleur dans la gorge avec gonflement énorme des amygdales, de la luette, de la langue, des tissus sous-maxillaires et qui mourut trois jours après d'infection inconnue sans avoir présenté aucun produit diphthéritique dans la bouche, ce qui me fait incliner à penser que, dans le cas de M. Henrot, il s'agit encore d'une intense infection buccale tombant sur un terrain préparé dès longtemps à l'avance et chez qui le froid a été la cause occasionnelle.

Le complément de l'observation de M. le D^r Henrot est des plus curieux.

M. le D^r Henrot est d'une bonne santé habituelle et ne souffre que de quelques granulations pharyngiennes. Le jour de l'opération faite par M. Verneuil, il fit toute la journée un air vif et froid et M. Henrot sentit un peu de sensibilité du côté de la gorge. Dans la journée, il visite quatre ou cinq fois le malade, lui donne des soins, respire son haleine fétide, assiste le soir à l'opération et éprouve cinq jours après une violente douleur au pharynx, a des frissons et de la fièvre; le 12 mai, fièvre intense, grand abattement, prostration extrême, douleur très vive au-dessus de la clavicule gauche au niveau du golfe de la jugulaire. Bientôt cette douleur est accompagnée de tuméfaction semblable à celle de la formation d'un abcès. Le 13, fièvre vive, le gonflement s'étend à la partie latérale du cou. Le 14, la fièvre disparaît, mais l'empatement persiste. Le 15, le D^r Henrot se lève, garde la chambre trois jours et reprend ses occupations. »

L'amygdalite infectieuse, loin de conférer l'immunité, réci-

dive fréquemment; elle est de la catégorie de l'érysipèle et non de celle des fièvres éruptives.

L'hypertrophie amygdalienne chronique constitue une prédisposition à contracter fréquemment l'amygdalite; car, au lieu de supposer, comme Kannenberg, que la maladie infectieuse se décharge sur les amygdales comme si elles étaient chargées d'éliminer l'agent nuisible, il est plus naturel d'admettre avec MM. Bouchard, Landouzy, Dubousquet-Laborderie, que les amygdales servent d'entrée à l'agent infectieux.

Les personnes qui ont le plus souvent mal à la gorge sont des lymphatiques ayant de grosses amygdales anfractueuses. D'ailleurs, l'amygdale, par sa structure lymphoïde et par ses rapports intimes avec le système lymphatique, offre une voie de communication facile aux microbes du dehors jusqu'au milieu intérieur.

Des notions précédentes dérivent plusieurs indications au point de vue de la thérapeutique, qui doit être antiseptique.

Le traitement local de l'amygdalite doit se proposer de réaliser l'asepsie. Les gargarismes avec l'eau boriquée, les solutions d'acide salicylique, de borate de soude sont utiles. Le gargarisme suivant est formulé souvent par M. Bouchard :

Borate de soude.....	6 gr.
Teinture de benjoin.....	40 gr.
Infusion de feuilles de ronces.....	250 gr.

M. Coupard préconise des badigeonnages de teinture d'iode pure, grâce auxquels il a plusieurs fois jugulé des amygdalites.

Comme traitement général et antiparasitaire, M. Dubousquet-Laborderie recommande la quinine et la résorcine. M. Joal pense que l'émétique est favorable, non seulement parce qu'il décongestionne les amygdales grâce à l'action mécanique du vomissement, mais en produisant une modification générale de l'économie qui neutralise l'influence nocive des microbes.

La prophylaxie doit s'inspirer de l'antisepsie. Les sujets qui ont une hypertrophie amygdalienne, surtout de la forme molle, doivent se maintenir la bouche et la gorge aussi aseptiques que possible par l'habitude de gargarismes astringents et antiseptiques. Comme les amygdales hypertrophiées, dont les cryptes pleines de débris épithéliaux plus ou moins caséifiés, vrais nids de microbes, sont des points d'appel, des foyers permanents d'infection, leur destruction plus ou moins complète par l'ignipuncture, ou tout au moins leur réduction et leur transformation en tissu scléreux s'impose. Agir ainsi, c'est encore faire indirectement de l'antisepsie.

L'amygdalite *herpétique*, qui peut exister seule ou coïncider avec plusieurs autres poussées d'herpès, a certainement toutes les allures des maladies infectieuses. Le grand frisson initial, l'hyperthermie rapide, le brisement des membres et la rachialgie, rien n'y manque; on croit au début d'une grave maladie et tout l'orage se résout en quelques vésicules sur les amygdales. Nous sommes très enclin à considérer l'angine herpétique comme contagieuse; bien des fois déjà nous avons vu plusieurs personnes, habitant ensemble, atteintes successivement et d'autant plus vite que leurs rapports sont plus intimes, mari et femme, mère et enfant tout jeune. En général, l'angine herpétique est bénigne, malgré ses allures bruyantes; aussi s'inquiète-t-on peu d'ordinaire, une fois le diagnostic posé, de faire exécuter un traitement local; ou du moins la plupart des médecins prescrivent des gargarismes émollients, mucilagineux. Il nous paraît au contraire indiqué formellement de faire gargariser fréquemment le malade avec une solution antiseptique, jusqu'à ce que les ulcérations qui succèdent à la destruction des vésicules soient cicatrisées; autrement on expose le malade à quelque complication par infection secondaire. On a cité des cas d'herpès buccal et pharyngien devenu gangréneux. Nous avons observé un cas dans lequel une amyg-

dalite herpétique a été suivie de phlegmon amygdalien (1), complication qui eût été évitée probablement si on n'avait pas cessé prématurément de maintenir l'asepsie de la bouche et du pharynx.

On voit souvent dans les salles des hôpitaux d'enfants une bulle de varicelle devenir le point de départ d'une inoculation d'impétigo ou d'ecthyma. Les infections mixtes sont fréquentes dans la bouche comme sur la peau, parce que, ici comme là, les microbes les plus divers abondent. Nous avons publié un cas de stomatite ulcéro-membraneuse coïncidant avec une amygdalite pultacée (2).

Parmi les angines à exsudat, il en est dont l'aspect clinique rappelle par certains caractères la diphthérie; on les appelle quelquefois *diphthéroïdes*, sans attacher à cette expression un sens étiologique. Un certain degré de tuméfaction ganglionnaire, un exsudat plus grisâtre que blanc, plutôt adhérent que pultacé, assez facile à enlever par un frottement modéré, mais se reproduisant plusieurs fois de suite, l'état général restant assez bon, et les urines ne contenant pas d'albumine, sont les traits habituels de cette affection qui peut durer 3 à 5 jours. Quelques-uns de ces cas pouvant être des formes très atténuées de diphthérie, nous croyons qu'il est prudent de les traiter de façon antiseptique, et nous faisons deux fois par jour en pareil cas un attouchement avec une solution de sublimé plus ou moins concentrée et des gargarismes boriqués fréquents.

Diphthérie.

De tous les traitements préconisés contre la diphthérie, ceux qui ont l'antisepsie pour base doivent seuls nous occuper ici.

(1) *Concours médical*, 1887, n° 44.

(2) *Eodem loco*.

Notre tâche sera d'énumérer rapidement les médicaments qui ont été employés contre la diphthérie à titre d'antiseptiques, en insistant sur quelques-uns qui paraissent plus dignes d'attention, ou qui ont plus particulièrement préoccupé le public médical dans ces derniers temps.

Mercuriaux.

Dans un article fort érudit (1), comme tous ceux qu'il signe, M. Ch. Éloy a rappelé les noms des médecins qui, il y a bien longtemps, se servaient du mercure dans la diphthérie, avec un but autre que l'antiseptie; en faisant des insufflations de poudre de précipité rouge ou de calomel, en cautérisant avec le nitrate acide de mercure, en faisant vomir avec son sulfate, en demandant une action fondante, contro-stimulante ou purgative aux mercuriaux suivant les doses auxquelles ils les employaient, les observateurs antérieurs à la période contemporaine faisaient, comme cela s'est vu souvent, de l'antiseptie sans le savoir, l'antiseptie des surfaces accessibles, et peut-être même l'antiseptie du milieu intérieur.

Depuis que les médecins, convaincus, à peu près tous, de l'étiologie microbienne de la diphthérie, ont orienté résolument leur thérapeutique vers l'antiseptie, la grande puissance microbicide du mercure et de ses composés les signalait d'une façon spéciale à l'attention médicale. Aussi après avoir remis successivement à l'essai toutes les préparations mercurielles antérieurement employées, a-t-on appelé à la rescousse celles qui avaient été négligées comme trop incommodes ou trop dangereuses à manier.

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1887.

Sublimé.

Burrow, en 1864, administrait, par cuillerées à café et d'heure en heure, une solution aqueuse de sublimé à la dose quotidienne de trois à quatre grains (0,18 à 0,24 centigrammes).

En 1879, *Lynn* prescrivait 0,003 milligrammes de bichlorure toutes les trois heures.

En 1881, *W. Pepper* faisait connaître, dans une conférence au Congrès de l'Association des médecins américains, la pratique d'un médecin des environs de Pittsburg: elle consistait à donner méthodiquement une dose de un quart de grain à un demi-grain (1 centigr. 1/2 à 3 centigr.), suivant l'âge des enfants. Ce traitement interne par le sublimé s'est répandu vite en Amérique sous le nom de traitement de *Pepper*; il a reçu l'approbation de *Burckhard*, *Hoyan*, *Mourraile*, *Forsyth*, *Mays*, *Garrow*, *Stuard*.

Jacobi considère que le mercure donné au début de l'angine diphthérique prévient l'envahissement du larynx. Il emploie des solutions à 1 p. 3000 et 1 p. 5000 et dit que des enfants très jeunes peuvent supporter une dose quotidienne de 0,03 centigrammes.

Herr (de Philadelphie) donne aux enfants au-dessous de 10 ans 1/10 à 1/16^e de grain de sublimé toutes les deux heures,

J. Kaulich a employé le sublimé de toutes les façons.

Avec une solution à 1 p. 1000, il badigeonne le pharynx et lave la plaie de la trachéotomie. — Avec une solution forte à 15 p. 1000, il fait faire des inhalations. — Enfin il utilise l'absorption pulmonaire en faisant pulvériser dans les voies aériennes de l'eau albumineuse tenant en suspension 1 à 2 centigr. de sublimé. A l'intérieur, *Kaulich* administre chaque jour aux jeunes enfants 0,005 de sublimé enrobé

dans 100 gr. d'un excipient formé de jaune d'œuf, sirop de sucre et cognac. Il augmente la dose avec l'âge.

C'est aussi pour ménager la susceptibilité du tube digestif et favoriser l'absorption du sublimé que Rothe a proposé la formule suivante :

Eau distillée.....	120 gr.
Teinture d'aconit.....	1 à 2 gr.
Chlorure de sodium.....	} aa 0,05 cent.
Pepsine.....	
Bichlorure d'hydrargyre.....	0,01 à 0,15 cent.

Une cuillerée à café d'heure en heure.

Korcinski a institué une manœuvre qui a pour but d'utiliser le sublimé à l'état naissant. Dans un premier temps, le malade se gargarise ou on lui badigeonne la gorge avec une solution de chlorure de sodium à 5 ou 10 p. 100. Dans un second temps on insuffle rapidement du calomel en poudre sur les parties malades, ce qui donne lieu à une production de sublimé à l'état naissant.

Le résultat local serait très avantageux : on verrait la fausse membrane se rider, se contracter, puis se détacher en 36 heures. En outre, on espère qu'une certaine quantité de sublimé, déglutie avec la salive, peut produire de l'antiseptie générale.

Hugo Schulz (de Greifswald) a proposé les injections hypodermiques de sublimé. *Jacobi* les pratique avec une solution à 1 p. 1000 à la dose d'une seringue Pravaz.

Parmi les plus chauds partisans du sublimé, citons *Rudolph Canstatt* (de l'Uruguay), fils du professeur d'Erlangen, qui n'a jamais perdu, dit-il, de diphthéritique depuis qu'il badigeonne toutes les heures, avec une solution à 1 p. 10,000, les parties atteintes.

W. Thollon est aussi partisan du sublimé à haute dose.

Calomel.

Guersant et *Bretonneau* l'employaient à doses altérantes, comme on disait alors.

Schorts (de Ludington), en 1883, a proposé de revenir au calomel. C'est à dose énorme (3 grammes par jour), mais en prises espacées, chez un enfant de moins de cinq ans, qu'il l'a donné.

Cyanure de mercure.

Erichsen, en 1877, l'ayant administré à l'intérieur, en même temps qu'il faisait des attouchements du pharynx avec la teinture d'iode, aurait eu 23 guérisons sur 25 cas de diphthérie.

Annuschat fait prendre nuit et jour, par cuillerées à thé toutes les heures, une potion contenant 0,10 à 0,40 centigr. de sel mercuriel dans 100 gr. d'eau de menthe poivrée. D'autres, en continuant l'administration interne du cyanure d'hydrargyre, substituent les attouchements avec le benzoate de soude; sur 20 cas, 3 décès seulement.

Rothe, en 1881, s'est proposé de rendre le cyanure moins irritant pour les muqueuses en l'associant à la teinture d'aconit. Il emploie la formule suivante :

Eau distillée.....	60 gr.
Teinture d'aconit.....	1 gr.
Cyanure d'hydrargyre.....	0,02 cent.

Une cuillerée à café d'heure en heure.

Schultze, en 1883, vante les bons effets du cyanure qu'il administre à la dose de 1 à 4 drachmes par jour au moyen d'une solution contenant 0,01 centigr. de sel mercuriel pour 120 gr. d'eau.

On a, plus récemment, proposé d'essayer, comme pour la syphilis, le *peptonate* et l'*albuminate de mercure*.

On a parlé encore du *phénate* et du *salicylate* de mercure.