

les injections d'eau salée froide; les injections d'eau pure ou d'eau avec du borax; les insufflations de fleurs de soufre, etc., etc. Ce dernier moyen est la conséquence de cette idée émise par Jodin, que l'angine maligne ulcéreuse, gangréneuse et couenneuse est une *maladie parasitaire*; qu'un infusoire végétal venu de dehors est la cause de la phlegmasie spécifique si violente du pharynx et des amygdales; enfin, qu'en détruisant ce parasite par le soufre, on guérit du même coup la maladie qu'il tient sous sa dépendance. Ce sont des données encore à vérifier. J'ai souvent examiné les fausses membranes au microscope et je n'y ai jamais vu de spores ni de tiges de mycélium, et d'autres n'en ont pas vu plus que moi. Il n'est pas possible que cela soit, mais alors le parasite s'est développé consécutivement au sein de la matière organique sécrétée par la maladie, comme cela s'observe partout, et il n'est qu'un effet, mais non la cause de la maladie.

Aphorismes.

234. Les phlegmasies de l'arrière-gorge, des amygdales et du pharynx qui gênent la déglutition, connues sous le nom d'*angines*, engendrent des produits anatomiques différents qui, sous la même forme, donnent à la maladie un caractère de *simplicité* ou de *malignité* très-différent.

235. Il y a des angines catarrhales, phlegmoneuses, gangréneuses et couenneuses.

236. Les angines gangréneuses et couenneuses sont *bénignes* ou *malignes*.

237. L'angine gangréneuse et couenneuse bénigne, observée à l'état sporadique ou dans le cours de quelques scarlatines également sporadiques, guérit avec facilité.

238. Les angines gangréneuses et couenneuses épidémiques sont ordinairement *malignes* et accompagnées d'un état général adynamique très-grave dû à des embolies causées par l'endocardite végétante ou à la résorption des produits septiques, gangréneux ou autres, formés sur la muqueuse ulcérée.

239. La nature gangréneuse des angines est révélée autant par l'ulcération et le sphacèle de la gorge que par la présence de lésions semblables sur les plaies cutanées qui se couvrent de points de sphacèle noirâtres au milieu de quelques fausses membranes.

240. C'est le caractère des maladies diathésiques de produire des lésions semblables dans les différents tissus et sur les parties du corps éloignées les unes des autres.

241. Le danger des angines gangréneuses et couenneuses n'est pas toujours dans leur lésion anatomique, mais dans l'état général qui en résulte et qui est dû aux embolies d'endocardite et à l'infection de l'économie par l'absorption des produits gangréneux et septiques.

242. Le produit anatomique de l'angine couenneuse n'est par lui-même dangereux que s'il se propage dans les voies aériennes, pour constituer le croup et causer l'asphyxie d'une façon toute mécanique, comme le ferait un autre corps étranger.

243. Un élément matériel anatomique ne caractérise jamais la nature d'une maladie, et en effet on peut dire : il y a fausse membrane et fausse membrane, comme il y a pus et pus, etc.

244. On fait des fausses membranes à volonté, de toutes les dimensions, chez un individu parfaitement sain et qui restera sain; l'angine *maligne* et les inflammations gangréneuses seules en sécrètent qui soient capables d'engendrer des accidents mortels.

245. L'angine maligne suivie de croup qui tue en infectant l'organisme ne porte

aucune atteinte à la sensibilité, tandis qu'il y a en même temps obstacle mécanique à la respiration par des fausses membranes laryngées, elle engendre une anesthésie plus ou moins évidente.

246. L'infection générale de l'économie par l'angine maligne gangréneuse ou couenneuse, produit par leucocytose aiguë, la desquamation des tubes urinifères, l'albuminurie, le purpura, l'endocardite végétante, de petits noyaux d'apoplexie pulmonaire, des embolies et quelquefois de petits abcès métastatiques du poumon, du tissu cellulaire sous-cutané et du pourtour des ongles.

247. L'intoxication produite par l'angine maligne est l'analogie de l'infection purulente.

248. La fièvre, l'adynamie, les ulcérations, la gangrène et les fausses membranes de l'arrière-gorge, avec ou sans odeur, accompagnées de dysphagie, d'engorgement cervical ganglionnaire, de bubons cervicaux et d'infection de l'organisme, caractérisent l'angine maligne.

249. Quand l'angine maligne s'accompagne de toux et de sifflement laryngé appréciable à distance, avec ou sans diminution de la sensibilité, il y a lieu de craindre la formation du croup.

250. Les angines ulcéreuses, gangréneuses et couenneuses se montrent à l'état *sporadique* ou à l'état *épidémique*, mais dans ce dernier cas elles sont toujours malignes.

251. Qui a vu dans les petites localités l'angine maligne aller de commune à commune, et d'un hameau à l'autre sur les pas de leurs habitants pour former des épidémies nouvelles, ne saurait douter de ses propriétés contagieuses.

252. L'angine maligne sévit moins chez les adultes que chez les enfants, mais de ces derniers elle passe quelquefois à leurs parents, et la famille tout entière disparaît.

253. L'angine maligne peut tuer en vingt-quatre ou quarante-huit heures et sa marche est d'autant plus rapide que les enfants sont plus jeunes.

254. Veut-on échapper à l'angine maligne, il faut, comme a dit Carnevale, partir vite, aller loin et ne revenir que le plus tard possible.

256. Si l'on peut détruire complètement sur place la première manifestation de l'angine maligne par une cautérisation bien faite ou par l'ablation des amygdales, on empêche l'infection de l'organisme et le mal est vite guéri.

257. Une fois l'angine maligne établie, la guérison est difficile et la mort a lieu par infection ou par l'asphyxie consécutive du croup.

CHAPITRE VI

PHARYNGITE ET ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIENS

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

Voici le quatrième :

Léon Rouvier, trois ans, rue Riquier, vu le 5 avril 1874. Cet enfant est malade depuis deux mois, il tousse, avale difficilement, étouffe la nuit et fait entendre un bruit respiratoire sifflant très-considérable. Il offre au-dessous de l'amygdale et sur le plongeon une petite tumeur grosse comme un œuf de pigeon élastique et molle. Au bout de quinze jours, les étouffements augmentent avec gêne et dysphagie, l'enfant paraît près d'étouffer. Une ponction faite sur la tumeur en fait jaillir à 4 mètres de distance un flot de pus sans odeur. Quinze jours après on ramène l'enfant qui ne présente plus de tumeur, qui boit, mange bien et semble guéri.

Un de mes amis, le docteur Séguin, en a vu trois cas terminés par suppuration, et Besserer (1) en cite un autre exemple fort curieux et qui m'a paru devoir prendre ici sa place. En voici le résumé, je rapporterai ensuite l'observation tout entière.

Un enfant de quatre mois fut pris de fièvre, de toux rauque et fréquente, de gêne de la respiration et de difficulté dans la déglutition. Au bout de quarante-huit heures, l'enfant ne pouvait plus boire, l'anxiété était considérable, et le doigt porté dans l'arrière-bouche sentait une tumeur saillante au devant de la colonne vertébrale. Au dixième jour, la tumeur avait pris un volume considérable, mais on ne pouvait pas bien l'examiner, car toute tentative de ce genre amenait des accès de suffocation. On crut à un croup et l'enfant succomba.

Il n'avait rien au larynx, mais il avait au devant de la colonne vertébrale, derrière la paroi postérieure du pharynx, un abcès gros comme un œuf de poule, renfermant une demi-tasse de pus, qu'une petite incision aurait aisément fait couler au dehors.

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

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

la rétrécir manifestement. Cette manœuvre rendit la respiration plus facile, de même qu'une pression sur les côtés du larynx fit porter cet organe en avant. Des saignées, des émétiques, etc., amenèrent un peu d'amélioration ; mais le lendemain ; les accidents revinrent plus violents ; l'enfant mourut dans la nuit.

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

OBSERVATION II. — *Abcès rétro-pharyngien.* (M. Bouchut.) — Le jeune garçon que j'ai eu à traiter fut pris d'un torticolis douloureux fébrile avec une si forte douleur cervicale, que je crus d'abord à un commencement de carie vertébrale. Ce n'est qu'au bout de quinze jours qu'en voyant une saillie au fond du pharynx, j'y constatai de la fluctuation, et j'appuyai intentionnellement avec une telle force que je fis crever un abcès au moment où j'allais recourir au bistouri.

Depuis lors d'autres faits ont été publiés en 1873 par Abelin (1) de Stockholm, par Schmitz (2), mais ils ne renferment rien de nouveau qui ne soit depuis longtemps connu en France. En 1876 Bockai a publié d'autres observations faites à l'hôpital de Pesth. Cet auteur dit que dans une période de douze ans, 1854 à 1876, il a observé 144 abcès rétro-pharyngiens : 129 idopathiques ; 3 consécutifs à des inflammations suppurées du cou ; 4 à la suite de spondilites ; 7 après la scarlatine ; 1 autour d'un corps étranger ; 102 ont été ouverts par le bistouri, 5 par la pression du doigt, 19 se sont ouverts spontanément et 11 ne se sont point ouverts.

Dans ce nombre il y a eu 41 morts, 122 guérisons et 13 malades sortis pendant le cours du traitement.

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

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

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

Vers le quatrième jour, le pharynx fait saillie en avant, et, au sixième jour, il arrive jusque sur la base de la langue, comme je l'ai observé sur deux de mes

(1) Abelin, *Nordisk med. arkiv*, n° 24, 1873.

(2) Schmitz, *Jahrbuch für Kinderheilk.*, H. 3, 1873.

petits malades. — En le touchant, il offre une élasticité et une fluctuation qui révèlent la présence du pus.

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

Chez quelques sujets, le pus descend derrière l'œsophage dans le médiastin (Louis); il reste sur les côtés du pharynx (Priou); il presse sur l'ouverture du larynx et ferme la glotte (Ballot, Carmichael), il vient faire saillie à l'angle de la mâchoire (Abelin) ou il détermine la suffocation et la mort (Besserer, Peacock). — Des trois enfants que j'ai eu l'occasion de traiter, l'un a eu son abcès restant à la partie supérieure du pharynx, tandis que chez les deux autres, il était venu fermer à demi l'ouverture laryngée; ce qui amena des accès de suffocation fort graves et probablement mortels si je n'eusse incisé l'abcès.

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

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

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

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

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

CHAPITRE VII

CORPS ÉTRANGERS DU PHARYNX

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

(1) Voyez SCROFULE.

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

Quand j'arrivai, je trouvai l'enfant presque asphyxié, la face bleuâtre et la bouche pleine d'écume sanguinolente; lui ayant ouvert la bouche, je portai le doigt indicateur dans l'arrière-bouche et touchai distinctement plusieurs aiguilles. Comme il n'y avait pas à attendre, je procédai immédiatement à leur extraction. Avec les deux doigts index et médium de la main gauche, j'abaissai fortement la mâchoire inférieure et la langue dans toute son étendue, puis saisissant des pinces à anneaux de la main droite, j'allai à la recherche des aiguilles qui se trouvaient fichées sur la voûte palatine, sur la base de la langue et sur les différentes parois du pharynx; malgré le peu de lumière que donnait une mauvaise chandelle, malgré l'écoulement de sang, je parvins à extraire cinq aiguilles l'une après l'autre; il en restait une sixième horizontalement située et fixée une extrémité dans la base de la langue et l'autre extrémité dans la paroi postérieure du pharynx; faisant alors une forte pesée sur l'extrémité fichée dans la base de la langue, je pus dégager l'autre et retirer l'aiguille sans la briser.

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

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

CHAPITRE VIII

TUBERCULES DU PHARYNX

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

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

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

CHAPITRE IX

STOMATITE

Les maladies de la bouche sont nombreuses chez les enfants. Leur fréquence s'explique, d'une part, par la fluxion continuelle de la muqueuse buccale, provo-

quée par le travail profond, précurseur de l'évolution dentaire, et de l'autre, par la sympathie ou par les rapports intimes qui unissent cette membrane à la muqueuse intestinale, si souvent en souffrance chez les jeunes sujets.

Nous décrirons successivement :

- 1° La stomatite simple;
- 2° La stomatite ulcéreuse ou ulcéro-membraneuse;
- 3° La stomatite mercurielle.

§ I. — Stomatite simple.

La stomatite simple est décrite par plusieurs auteurs sous le nom de *stomatite érythémateuse*. C'est l'inflammation de la muqueuse buccale que l'on veut ainsi désigner.

Elle s'étend quelquefois au canal de Sténon qu'elle ferme et il en résulte des oreillons (1).

La stomatite occupe en général la totalité de la muqueuse de la bouche et se développe sur les gencives, la face interne des joues et la voûte palatine. La muqueuse présente une rougeur qui est tantôt diffuse, tantôt pointillée, ou disposée par plaques. Son tissu offre un gonflement plus ou moins considérable.

La bouche est chaude, rarement sèche, souvent douloureuse, autant qu'on en peut juger, chez les enfants à la mamelle, par les cris qu'ils poussent en prenant le sein ou en acceptant les aliments qu'on leur donne. Chez les enfants, la salivation est considérable; il s'écoule de la bouche un liquide incolore, glaireux et filant, dont la quantité est plus abondante que de coutume.

Chez les enfants, comme on le sait, la salive s'écoule involontairement de la bouche jusque vers l'âge de deux ans, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il y ait un nombre de dents assez considérable pour retenir ce liquide.

La stomatite simple ne détermine pas d'accidents généraux; elle n'est pas accompagnée de réaction fébrile, à moins que son intensité ne soit considérable. Celle qui se manifeste au moment de l'évolution dentaire, souvent accompagnée de douleurs profondes chez certains enfants, occasionne quelquefois une fièvre assez vive.

La dentition laborieuse est la cause la plus fréquente de la stomatite simple qu'on observe chez les enfants à la mamelle. On la rencontre aussi dans le cours de certaines fièvres éruptives, la rougeole, la scarlatine ou la variole; elle est souvent le résultat de l'irritation de la muqueuse de la bouche par diverses causes locales, telles que l'application de substances irritantes ou vénéneuses, certaines opérations pratiquées dans le voisinage de cette cavité, etc.

Cette maladie est facile à guérir, et n'entraîne pas en général de conséquences fâcheuses pour les enfants; elle se transforme quelquefois en stomatite ulcéreuse. C'est la seule terminaison qu'on doit craindre; encore est-il facile de la prévenir par un traitement convenable.

Il faut faire des lotions mucilagineuses dans la bouche des enfants, leur donner un morceau de racine de guimauve à presser entre les arcades dentaires, et leur barbouiller l'intérieur de la bouche avec un collutoire astringent. Ce moyen est absolument nécessaire lorsque la phlegmasie devient très-considérable.

℞ Miel		3 parties.
Borax		1 —

Mêlez et employez avec un pinceau.

(1) Voyez ce mot.

On peut prescrire le collutoire suivant :

℞ Miel rosat.		30 grammes.
Sulfate d'alumine.		2 —
Eau distillée.		15 —

Mêlez et employez avec un pinceau.

Si la maladie est accompagnée d'une réaction générale très-vive, ce qui est fort rare, il faut ne pas hésiter à placer quelques sangsues, en petit nombre, sous la mâchoire.

La stomatite des fièvres éruptives doit être combattue par les mêmes moyens. Il faut surtout examiner avec soin l'état de la muqueuse buccale pour saisir le progrès de la maladie, et s'opposer à sa transformation en stomatite ulcéreuse ou diphthéritique.

§ II. — Stomatite ulcéreuse ou ulcéro-membraneuse.

La stomatite ulcéreuse, autrefois désignée sous le nom de *gangrène scorbutique des gencives*, succède toujours à la stomatite simple dont je viens de parler. C'est ce que l'on appelle également la *stomatite ulcéro-membraneuse*, et pour Bretonneau ces fausses membranes sont de la diphthérie.

La muqueuse buccale est tuméfiée, sa chaleur est considérable, et elle présente une rougeur ordinairement diffuse, et quelquefois plus apparente en quelques points de son étendue. De plus, on observe, sur le bord des gencives, sur la voûte palatine et sur la langue, sur la surface interne des joues, près de la commissure des lèvres, à cette commissure et sur les lèvres même, des érosions et des ulcérations grisâtres plus ou moins nombreuses dont la forme est très-variée.

Ces ulcérations sont tantôt arrondies sur la surface interne des joues ou sur la voûte palatine, et tantôt longitudinales, ce que l'on observe sur le bord libre des gencives. Leurs bords sont rouges, violacés et prêts à saigner au moindre attouchement. Leur fond est grisâtre, recouvert tantôt par du mucus grisâtre, épais, au-dessous duquel on voit la muqueuse ulcérée, tantôt par une pseudo-membrane difficile à enlever, adhérente à la muqueuse, qui se trouve détruite en grande partie. Ces petits ulcères reposent quelquefois sur des tissus subjacents un peu endurcis, mais cette circonstance est rare et ne s'observe que dans l'épaisseur des joues, à l'endroit correspondant aux solutions de continuité de la muqueuse.

Au premier degré, on voit des points d'un blanc jaunâtre qui forment sur la muqueuse une saillie légère bien moindre que celle des aphthes. Ce sont autant d'exsudations purulentes et pseudo-membraneuses au-dessous desquelles existe une érosion ou une ulcération de la muqueuse. L'ulcération s'agrandit en longueur et en largeur, et elle creuse plus ou moins rapidement.

Les ulcérations de la bouche, situées à la face interne des joues et sur les bords tuméfiés de la langue, sont en général arrondies; celles des gencives, situées au bord libre, à la sertissure des dents, sont plus longues que larges, et sont placées transversalement. Elles détruisent quelquefois le bord de la gencive, dénudent l'os maxillaire, et sont la cause de l'ébranlement des dents, et quelquefois de la nécrose de la mâchoire. J'ai plusieurs fois retiré des séquestres osseux de l'os maxillaire produits par cette forme de la stomatite. Une fois même, chez une fille de trois ans, ce séquestre considérable était formé par la partie moyenne du maxillaire supérieur et comprenait les alvéoles des deux dents incisives médianes. Il en résulta une perte de substance énorme et une difformité définitive. Les ulcérations des lèvres et de leur commissure sont longitudinales et s'agrandissent avec une grande

facilité. Les efforts de cicatrisation sont à chaque instant rompus par le mouvement continu de ces parties.

Symptômes. — La maladie commence par les gencives, qui sont volumineuses, boursoufflées, rouges et saignantes. Elles s'ulcèrent à leur bord libre et se couvrent ensuite d'un enduit pultacé grisâtre. Des gencives, la phlegmasie aiguë gagne la face postérieure des lèvres, la langue et la voûte palatine, et la face interne des joues, qui sont couvertes çà et là par une exsudation semblable à celle dont nous avons parlé, et au-dessous de laquelle la muqueuse est ulcérée.

Les ulcérations sont arrondies dans la bouche, et longitudinales sur les gencives et sur les lèvres. Si la maladie se prolonge, le tissu sous-muqueux s'endurcit au niveau des ulcérations, et il reste dans cet état plusieurs jours après leur cicatrisation.

Les ganglions sous-maxillaires sont gonflés; ils deviennent durs et douloureux si la phlegmasie est intense. C'est là l'origine des tumeurs scrofuleuses du cou chez certains enfants prédisposés par leur tempérament aux affections tuberculeuses.

La stomatite ulcéreuse est, comme la stomatite simple, accompagnée par une salivation assez abondante; l'haleine est fétide; les enfants paraissent quelquefois beaucoup souffrir. Il en est qui restent la bouche béante et les lèvres écartées par suite d'une contraction forcée des muscles de ces parties. Ils portent constamment les doigts dans leur bouche, et semblent vouloir se débarrasser de quelque chose qui les gêne et les fait souffrir.

Cela donne à la physionomie des enfants un aspect particulier, d'où résulte un excellent signe extérieur de leur maladie. Cet écartement forcé des lèvres indique assez le siège de la douleur, que spécifie davantage la direction de la main continuellement portée dans la bouche. De tels signes suffisent pour appeler l'attention du médecin, et pour lui faire connaître la maladie pour laquelle on le consulte.

La stomatite existe quelquefois seule, sans aucun trouble morbide, mais elle est souvent précédée ou suivie d'un dérangement d'entrailles plus ou moins marqué, qui augmente de beaucoup la gravité de la maladie. On observe alors les symptômes de l'entéro-colite, tels qu'ils seront indiqués plus loin. Il est inutile d'en parler ici, mais il fallait les mentionner pour attirer l'attention sur ce sujet. La plupart des enfants affectés par la stomatite sont faibles de constitution ou détériorés par les maladies antérieures, et surtout par l'entérite. C'est encore une circonstance dont il faut tenir compte dans la thérapeutique.

La stomatite ulcéreuse se guérit assez vite lorsqu'elle est bien traitée, et qu'elle ne se développe pas chez un enfant trop affaibli ou atteint d'une maladie sérieuse du tube digestif. Dans ce cas elle peut se prolonger assez longtemps. Elle dure de huit jours à un mois.

Parfois elle s'étend en profondeur, dénude les os maxillaires et il en résulte des séquestres plus ou moins considérables qui s'éliminent graduellement.

Une fois après guérison de la stomatite ulcéreuse j'ai vu le canal de Sténon s'obstruer et des oreillons se produire conformément à la théorie que j'ai fait connaître relativement au mécanisme de cette maladie (1).

Les causes de la stomatite ulcéreuse sont assez difficiles à saisir; cependant on peut dire avec raison que le travail de la dentition exerce une grande influence sur son apparition. Elle est presque toujours le résultat d'une irritation mécanique, causée par la carie d'une dent. Les affections de l'intestin, la faiblesse de

(1) Voyez OREILLONS.

la constitution y prédisposent d'une manière notable. Elle se développe plus souvent chez les garçons que chez les filles, et chez les enfants mal soignés, mal nourris, mal logés, appartenant aux classes pauvres, habitant des lieux humides, malsains et peu aérés. On l'observe dans toutes les saisons. Elle est sporadique et contagieuse, ainsi que l'a démontré Taupin. La contagion se fait alors par transmission directe au moyen d'un verre, d'une cuiller ou de tout autre corps que les enfants portent à leur bouche. J'en ai vu un très-curieux exemple chez une mère qui avait gagné la maladie par le contact avec son enfant.

Traitement. — Le traitement de cette maladie repose sur plusieurs indications importantes. Il faut d'abord donner de la force à la constitution des enfants à l'aide des substances médicamenteuses toniques, et combattre les maladies antérieures par des moyens appropriés.

On procède ensuite au traitement local de la maladie. Si par hasard elle avait pour origine l'irritation causée par une mauvaise dent, on devrait faire enlever la dent. A part cette circonstance, les moyens habituellement mis en usage contre la stomatite sont les suivants :

Au début, les gargarismes émollients, les injections émollientes ou alcalines chez les jeunes enfants qui ne peuvent se gargariser, sont fort utiles. Lorsque la phlegmasie s'étend, il faut la combattre par les moyens topiques.

Je mettrai en première ligne la cautérisation des parties ulcérées avec le nitrate d'argent ou l'acide hydrochlorique, et dans les intervalles l'usage d'un collutoire de borax et de miel, parties égales de chacun. Ce moyen m'a réussi un très-grand nombre de fois tant en ville que dans mon hôpital.

Chanal et Herpin ont récemment mis en honneur un autre moyen d'un usage très-facile : c'est le chlorate de potasse, à l'intérieur, à la dose de 2 et 4 grammes par jour, donnés par prises de 50 centigrammes à 1 gramme toutes les trois ou quatre heures, dans une tasse de camomille ou dans un julep gommeux. Cette substance que j'ai employée plusieurs fois avec succès ne réussit pas toujours, et n'empêche pas nécessairement la gangrène de la bouche de se produire, comme l'a montré Mahieux (1) d'après les observations de malades soignés par Blache. Elle n'entraîne d'ailleurs aucun accident et ne produit pas à cette dose l'effet physiologique appréciable. Les avantages de cette médication ont encore été l'objet d'une publication assez étendue d'Isambert, dans laquelle ce médecin soutient, d'après Blache, que le chlorate de potasse agit par absorption, tandis qu'au contraire, de nombreux exemples démontrent que son action est principalement topique comme celle du chlorure de chaux. Il suffit en effet de faire gargariser les malades, ou de toucher les gencives ulcérées avec un pinceau imbibé d'une solution de 3 grammes de chlorate sur 100 grammes d'eau, pour arriver à une guérison aussi rapide que si le remède était administré à l'intérieur.

Bonneau, médecin de l'hôpital des Enfants, préconise l'emploi du chlorure de chaux sec, et il regarde ce moyen comme étant fort utile. Il faut prendre du chlorure de chaux bien sec et parfaitement pulvérisé. On trempe le doigt humecté dans cette poudre, et on le porte ainsi chargé sur les parties malades. Cette opération doit être répétée deux fois par jour s'il est nécessaire. Elle détermine le rejet des concrétions qui couvrent les ulcères, modifie leur surface et facilite leur cicatrisation.

Aussitôt après avoir employé ce topique, il faut injecter dans la bouche un liquide mucilagineux, et pencher en avant la tête des malades pour les empêcher d'avaler cette dissolution de chlorure.

(1) Mahieux, thèse.