

J'aime mieux employer le chlorure de chaux sous forme de collutoire préparé comme il suit :

℥ Miel	20 grammes.
Chlorure de chaux.....	3 —

Pour employer à l'aide d'un pinceau.

Si la phlegmasie buccale est très-vive, si les ganglions du cou sont fort engorgés, il peut être convenable d'aider à la médication topique par l'application de sangsues sous la mâchoire. Leur nombre doit être proportionné à l'âge des sujets. Je me suis très-bien trouvé de leur emploi en pareille occasion.

§ III. — Stomatite mercurielle.

Les enfants sont, comme on le sait, plus réfractaires à l'action du mercure sur les gencives que les adultes. C'est même là, je crois, la raison qui a fait accepter en Angleterre l'usage du calomel comme purgatif des enfants. Plus les enfants sont jeunes, moins la muqueuse de la bouche subit l'influence toxique des mercuriaux.

Ainsi on peut traiter un jeune enfant par du mercure à haute dose, sans craindre de voir survenir une stomatite avec salivation abondante. J'ai même plusieurs fois eu l'occasion d'administrer ce médicament à des nouveau-nés sans qu'il en résultât aucun accident.

Toutefois ces résultats de l'expérience ordinaire sont contredits par un fait exceptionnel, j'en conviens, mais qui ne doit pas être caché, et que chacun doit connaître, que j'ai déjà publié, mais dont je vais reparler ici (1).

OBSERVATION. — Un beau garçon de deux ans, fort et bien développé, présentait dans le pli de l'aîne quelques-unes de ces écorchures si fréquentes chez les enfants qui ont trop d'embonpoint. Sa mère, croyant saupoudrer cette plaie avec le lycopode, y jeta de la poudre de sublimé, que son mari, fabricant de produits chimiques, avait apportée chez elle.

Une eschare fut aussitôt formée. Elle couvrait la moitié des bourses, le pli de l'aîne et la peau de la partie supérieure et interne de la cuisse, dans une étendue de 10 centimètres sur 8.

Les douleurs étaient horribles, et rien ne put les calmer.

Quelques jours s'écoulèrent, et au moment où l'eschare semblait vouloir se détacher, vers le quatrième jour, arrivèrent la salivation, le gonflement des gencives, leur ulcération, leur mortification, l'ébranlement de la chute des dents de lait, la nécrose des os, et enfin la mort au milieu de la cachexie mercurielle la plus profonde.

CHAPITRE X

APHTHES

On donne le nom d'*aphthes* à l'éruption vésiculeuse suivie d'ulcération arrondie qui s'accomplit à l'intérieur de la bouche. Nous laissons de côté la stomatite ulcéreuse dont il vient d'être question, le muguet, la gangrène de la bouche, affections toutes différentes et faciles à distinguer. Les aphthes sont *discrets*, *confluents* ou *gangréneux*.

(1) Bouchut, *Gazette des hôpitaux*, 1843.

§ I. — Aphthes discrets et confluents.

L'aphthe est caractérisé par une petite vésicule blanchâtre, suivie d'ulcération de la membrane muqueuse de la bouche. On les observe surtout à la face interne des lèvres et des joues, sur les gencives, sur la langue, sur le voile du palais, et quelquefois dans le pharynx. Ils peuvent, dit-on, se développer dans le canal intestinal, mais le fait est loin d'être démontré, car si l'on trouve quelquefois dans le tube digestif une entérite ulcéreuse avec ses caractères ordinaires, je ne pense pas que la nature de cette altération puisse être rapprochée de celle de l'affection qui existe dans la bouche.

Peu après l'apparition de la vésicule il se forme à sa base une induration à peine sensible. Elle se rompt, laisse échapper le liquide qu'elle renferme, et elle est alors remplacée par une petite ulcération grisâtre, à bord rouge, peu saillant, qui reste stationnaire un instant, et se cicatrise ou bien s'élargit, et revient pour passer à l'état favorable à la cicatrisation.

Ces ulcères ne sont, en général, pas accompagnés par la phlegmasie de la muqueuse. Il n'y a pas de stomatite concomitante. Ils durent de quatre à cinq jours et disparaissent sans laisser de traces. Leur nombre est variable, ce qui fait que d'après leur quantité, on a décrit deux variétés d'aphthes. On a eu raison. En effet, dans quelques circonstances, l'éruption est discrète, ailleurs elle est confluite, ce qui diffère beaucoup sous le rapport du pronostic.

Les *aphthes discrets*, ainsi nommés parce qu'ils sont peu nombreux, se développent chez les enfants et chez les adultes. On ne les observe chez les enfants à la mamelle qu'après le commencement de la dentition.

C'est une affection légère et assez commune. Elle est en général accompagnée d'un peu de fièvre et d'une faible irritation d'entrailles. Elle se développe de préférence chez les enfants dont la constitution est faible et tuberculeuse.

Les ulcérations causent une légère douleur, durent de cinq à sept jours et disparaissent. Les petits enfants portent incessamment leurs mains à la bouche et crient comme s'ils voulaient attirer l'attention sur cette partie.

Les *aphthes confluents* sont plus rares, et ne s'observent pas chez les jeunes enfants. La maladie est plus sérieuse et elle se rattache presque toujours à un état général grave à la phthisie pulmonaire ou à l'influence puerpérale au moment des épidémies qui frappent les nourrices. Sa marche est beaucoup plus lente et sa guérison plus difficile. Dans quelques cas, enfin, les aphthes sont le point de départ d'une ulcération gangréneuse très-grave; c'est ce qu'on appelle les *aphthes gangréneux*. Je les décrirai dans le paragraphe suivant.

Traitement. — Les traitements des aphthes consiste surtout dans l'emploi des moyens topiques.

Chez les jeunes enfants, l'emploi des gargarismes est impossible, car cette opération demande une intelligence que les sujets n'ont pas. Il faut alors toucher les parties malades avec un pinceau de charpie ou de coton trempé dans une décoction de racine de guimauve, dans de l'eau d'orge ou dans du lait coupé. On peut y ajouter une petite quantité de sirop diacode, ou quelques gouttes de teinture de Rousseau ou de Sydenham, afin de calmer l'enfant s'il paraît éprouver une vive douleur dans la bouche.

On emploie avec plus d'avantage et de la même manière le mélange de parties égales de miel rosat et d'eau d'orge; — le mélange de mêmes parties de borax et de miel; — le collutoire alumineux; — la décoction de racine de ratanhia; — d'écorce de chêne, avec le sirop de limon ou le sirop de groseille, etc.

Si l'aphte résiste à ces moyens, il faut le cautériser avec un crayon d'alun ou de nitrate d'argent.

Lorsque, par l'observation du malade, on arrive à penser que la maladie est le résultat d'un état morbide général, faiblesse native, état scorbutique, tendance aux phlegmasies des entrailles, etc., il devient nécessaire d'ajouter à l'usage des topiques l'influence de divers agents médicamenteux propres à remédier à ces accidents.

Le chlorate de potasse en gargarisme et en poudre, appliqué localement ou donné à l'intérieur, à la dose de 2 à 4 grammes dans un julep gommeux à prendre tout entier dans les vingt-quatre heures, et en continuant pendant plusieurs jours, fait souvent disparaître très-vite ces ulcérations.

Le sous-carbonate de fer, le sirop de quinquina sont fort avantageux aux enfants débiles. On donnera le sirop antiscorbutique aux scrofuleux et à ceux qui présentent quelques symptômes de scorbut.

Si les sujets sont prédisposés aux affections d'entrailles, et si la maladie consiste dans un embarras gastrique passager, on devra prescrire le sirop d'ipécacuanha à une dose proportionnée à l'âge de l'enfant, ou de légers purgatifs; l'huile de ricin à froid, 10 grammes; la potion purgative de café au séné, et encore mieux la poudre ou les pastilles de calomel. — Il faudrait apporter une grande réserve dans l'emploi de ces moyens, si l'enfant était atteint d'une entéro-colite chronique, et employer dès lors les médicaments conseillés contre cette affection.

§ II. — Aphthes gangréneux.

Ceux qui ont eu l'occasion de voir souvent la maladie aphteuse des enfants savent que, dans quelques circonstances, une ou plusieurs de ces ulcérations prennent tout à coup un caractère de gravité auquel on ne s'attendait pas. Elles s'étendent, envahissent les tissus voisins et profonds, occasionnent une perte de substance quelquefois considérable, et il se forme une eschare circonscrite, qui s'appellerait véritablement gangrène de la bouche, si son étendue dépassait ces limites.

On a donc eu raison de rapprocher les aphthes gangréneux de la gangrène de la bouche, dont ils sont peut-être le premier degré. La nature du mal est évidemment la même; mais la marche des accidents, l'étendue des lésions, séparent ces deux maladies. Il est désormais impossible de les confondre.

Souvent, comme le dit Billard, les aphthes passent à l'état gangréneux; leurs bords se flétrissent, prennent un aspect brûlé, déchiré, mollasse; il se forme à leur centre une eschare brune, qui bientôt se détache et laisse à nu une surface vermeille et granulée. Au lieu d'eschare sur le centre de l'ulcère, il se forme quelquefois une matière réduite à la consistance de bouillie, d'une couleur brune et d'une odeur de gangrène très-évidente. Les parties environnantes se tuméfient, prennent un aspect violacé, et sont molles et faciles à déprimer. Pendant ce temps, la bouche de l'enfant, toujours entr'ouverte, laisse découler une salive fluide et filante; la face pâlit, le malade reste assoupi, abattu, et meurt lentement sans avoir offert de réaction fébrile ni d'excitation cérébrale.

On observe quelquefois avec les symptômes, des vomissements, de la diarrhée, joints au hoquet ou à des régurgitations fréquentes. Le pouls est toujours d'une faiblesse extrême; la peau est remarquable par sa pâleur et son insensibilité.

La transformation gangréneuse des aphthes est rare; c'est un accident fort sérieux, qui peut avoir les conséquences les plus graves, et qui peut déterminer la mort, à cause de l'état de faiblesse dans lequel se trouvent les enfants lorsque cette complication se manifeste.

Il faut arrêter, dès son début, la marche de la gangrène sur les aphthes. On ne peut le faire qu'à l'aide d'une médication énergique. Sans perdre de temps à employer des remèdes palliatifs, il faut porter les caustiques sur les parties malades, afin de modifier leur vitalité et de les placer dans des conditions favorables à la cicatrisation. — Les aphthes gangréneux doivent être touchés avec un pinceau légèrement imbibé de créosote, de teinture de coaltar saponiné, d'acide hydrochlorique, ou avec le crayon de nitrate d'argent. La cautérisation par le nitrate acide de mercure ne peut être employée dans cette circonstance à cause des accidents de salivation qu'il en pourrait résulter.

La première cautérisation doit être profonde; il faut qu'elle soit renouvelée autant de fois que l'exige l'état des parties.

CHAPITRE XI

GANGRÈNE DE LA BOUCHE

Cette maladie, sur laquelle on trouve peu de renseignements dans les auteurs anciens, ne paraît avoir fixé l'attention des médecins que depuis environ trois siècles. Depuis cette époque, elle a fait le sujet de beaucoup de monographies intéressantes, en général bien faites et qui laissent peu à désirer.

La gangrène de la bouche, désignée aussi sous le nom de *stomatite gangréneuse*, a reçu les noms les plus divers de ceux qui l'ont étudiée. Les noms de *ulcus nomæ*, de *stomacæce*, de *necrosis infantilis*, d'*érosion gangréneuse des joues*, de *cancer aqueux des enfants*, lui ont été successivement appliqués. Elle a été très-bien décrite sous le nom de *noma* par Jules Tourdes (1).

Elle est caractérisée par la mortification plus ou moins étendue des parois buccales.

Causes. — La gangrène de la bouche, maladie exclusive de l'enfance, se développe surtout chez les enfants de trois à quinze ans. Elle est rare chez les enfants à la mamelle. Billard l'a cependant observée trois fois chez les enfants âgés de neuf, douze et trente jours.

Cette maladie se développe surtout chez les enfants de la classe pauvre, mal logés, mal nourris, qui habitent des lieux bas et humides, et dont la constitution est ruinée dès la naissance, ou affaiblie postérieurement par des maladies sérieuses. Ainsi le sphacèle se montre surtout à la fin des fièvres éruptives et surtout de la rougeole, des fièvres muqueuses ou typhoïdes; dans le cours de la pneumonie, de la coqueluche, etc. La présence d'une altération générale de l'économie paraît donc être nécessaire à son développement. C'est une *diathèse gangréneuse*.

Une dernière circonstance qui prouve encore combien est générale et profonde l'influence qui détermine cette maladie, c'est qu'on la rencontre quelquefois à l'état épidémique. Elle se manifeste au même moment, dans les mêmes lieux, sur un grand nombre de personnes. On ignore encore si elle est susceptible de se transmettre par voie de contagion.

Lésions anatomiques. — Lorsqu'on étudie après la mort les altérations anatomiques occasionnées par la gangrène de la bouche, on trouve dans les parties sphacélées des caractères peu différents de ceux qu'on observe dans les autres parties du corps frappées par la gangrène. Il n'y a que le siège de l'affection qui puisse

(1) Tourdes, thèse. Strasbourg.

modifier ces caractères, et donner lieu à des particularités que nous indiquerons plus loin.

La peau est noire ou d'un rouge livide au niveau de l'eschare qui est limitée par un cercle d'un rouge plus coloré et plus distinct. Celle qui environne les parties gangrénées se putréfie rapidement et prend une couleur verdâtre prononcée. Les téguments sont, en général, gonflés et infiltrés de sérosité opaline, mêlée à quelques filets de sang et quelquefois de sérosité rougeâtre sanguinolente.

L'eschare est plus ou moins étendue; sa forme est généralement irrégulière; son tissu est noirâtre, ramolli, infiltré de liquide, et se déchire facilement en laissant apercevoir des filaments de tissu cellulaire mortifié. On trouve quelquefois dans son intérieur, d'après Baron, des portions de tissu graisseux non gangrené et infiltré de sérosité jaunâtre. La muqueuse buccale présente une coloration noirâtre fort intense; elle est ramollie et s'enlève avec la totalité de l'eschare.

Dans quelques circonstances, la mortification ne porte que sur la muqueuse et les tissus subjacents, sans intéresser la peau. L'étendue de l'eschare est fort variable; ses caractères sont d'ailleurs les mêmes que ceux que nous venons d'indiquer.

Les gencives sont également mortifiées dans une étendue plus ou moins considérable. Elles sont noirâtres et ramollies; souvent même il n'en reste aucune trace; elles ont disparu pendant la vie. Les os maxillaires sont dénudés, quelquefois nécrosés; les dents, quand il en existe, sont vacillantes et s'enlèvent facilement, si déjà elles ne sont pas tombées.

On a cherché à connaître l'état des vaisseaux et des nerfs des parties mortifiées, mais les résultats de l'observation se contredisent. Billard a disséqué des nerfs, les artères et les veines de la joue, et les a trouvés entièrement intacts. Taupin affirme qu'il les a toujours rencontrés mortifiés avec les autres tissus et impossibles à reconnaître, Rilliet et Barthez sont venus enfin, à l'aide de nombreuses observations, nous donner des notions plus précises sur les altérations de ces parties. Il paraît, d'après les recherches de ces auteurs, que les vaisseaux restent sains tant qu'ils plongent dans une partie infiltrée; que leurs parois sont épaissies aux environs de l'eschare, et enfin qu'ils sont oblitérés par des caillots denses ou ramollis, lorsqu'on les observe au milieu des parties mortifiées. Le canal de Sténon, fort souvent compris dans l'eschare, reste perméable et peut être facilement reconnu, il prend seulement la couleur des tissus au milieu desquels il est placé.

On trouve quelquefois la muqueuse buccale qui recouvre le reste de la bouche fortement épaissie, infiltrée de sérosité, et offrant une couleur rouge livide très-prononcée. Ailleurs elle est simplement rouge et parsemée de nombreuses taches de muguet. La langue est gonflée et ulcérée en divers points. Ces lésions ne présentent rien de remarquable.

On trouve dans les autres organes des lésions propres aux complications de la gangrène de la bouche. L'intestin grêle et le gros intestin, chez les enfants à la mamelle, sont souvent affectés. Ils présentent les altérations de l'entéro-colite. Les poumons sont le siège d'une congestion hypostatique étendue, au milieu de laquelle on trouve fréquemment des noyaux de pneumonie lobulaire et des noyaux d'embolie. Le cœur offre de l'endocardite végétante (voyez ce mot). Billard a rencontré une fois la pleurésie et la péricardite. Enfin, Baron indique l'épanchement de sérosité dans l'arachnoïde et dans les ventricules cérébraux comme un phénomène constant, ayant quelques rapports avec la maladie qui nous occupe. Ce rapport est loin d'être démontré.

Symptômes. — La gangrène de la bouche est une maladie rarement primitive: elle se manifeste chez les enfants affaiblis par des maladies antérieures, chez les

enfants des pauvres, et surtout chez ceux qui vivent habituellement dans les lieux bas et humides. On l'observe fréquemment à la suite des exanthèmes aigus dont la marche n'a pas été franche: ainsi elle se déclare assez souvent à la suite de la rougeole, de la scarlatine, quand l'éruption ne s'est pas faite régulièrement ou que l'enfant est resté faible après la terminaison de ces maladies. On l'observe aussi à la suite des petites véroles confluentes dont les boutons ont fourni une suppuration abondante qui a affaibli les malades. Elle se manifeste enfin à la suite des fièvres muqueuses chez les enfants scrofuleux, et l'affection scorbutique qu'on a regardée comme la maladie elle-même n'en est qu'une des causes.

Dans tous les cas, la gangrène est toujours précédée d'aphthes ou d'ulcérations situés à la face interne des lèvres, des joues ou sur les gencives. Ces dernières parties ne sont pas toujours les premières affectées. Ces ulcérations peuvent durer plus ou moins longtemps avant de dégénérer en affection gangréneuse.

Alors il se forme au niveau des aphthes une eschare mince, grisâtre, qui se détache et laisse à nu la surface ulcérée de la muqueuse. Les tissus s'enflamment; on constate dans leur épaisseur un noyau d'induration plus ou moins considérable; un degré de plus, et la mortification de la paroi buccale va s'établir.

Lorsque la maladie est ainsi déclarée, l'haleine devient d'une fétidité caractéristique, dite *fétidité gangréneuse*, et la salive, sécrétée en grande abondance, acquiert une odeur insupportable. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés. On voit apparaître sur l'une des joues, au milieu ou principalement à la partie inférieure, au-dessus de l'arête de la mâchoire, une *tuméfaction notable* sans changement de couleur à la peau. Cette tuméfaction est due à l'engorgement du tissu cellulaire; elle correspond à une eschare intérieure, placée à l'angle de réunion de la gencive avec la muqueuse de la joue, ou sur la face interne de cette partie.

Ce signe tiré de l'aspect extérieur du malade est fort important; il suffit, dans beaucoup de circonstances, à un homme exercé pour faire présumer la série des accidents qui va se développer.

L'induration s'étend assez vite, et il s'opère autour d'elle une infiltration séreuse de la peau, infiltration qui envahit ce côté de la face et gagne rapidement les paupières.

La peau devient malade à son tour. D'abord rendue luisante par suite de la tension qui résulte de l'infiltration des parties molles, elle perd son éclat et se couvre de marbrures rougeâtres. Une phlyctène remplie de sérosité sanguinolente s'établit à la surface. Elle prend ensuite une teinte d'un rouge livide et passe enfin à la couleur noire.

Les gencives présentent souvent les mêmes altérations de couleur, qui, du reste, correspondent aux mêmes altérations de nutrition. Le sphacèle les détruit, et les arcades alvéolaires dénudées sont souvent envahies par la nécrose, les dents vacillent et ne tardent pas à sortir de leurs alvéoles; elles tombent au moindre effort et sont entraînées par la salive.

L'eschare est plus ou moins étendue; souvent la mortification est bornée à la partie moyenne de la joue; ailleurs on la voit s'étendre et gagner la commissure des lèvres, qui sont prises à leur tour. Dans quelques cas fort rares, tout ce côté de la face jusqu'aux paupières est détruit par le sphacèle jusqu'à l'os maxillaire qui est dénudé dans une plus ou moins grande étendue: c'est un désordre dont l'aspect seul est effroyable, et l'odeur vient ajouter encore à tout ce qu'il y a de repoussant dans cette maladie.

Les accidents généraux sont loin d'être en rapport avec l'étendue et la gravité de ces altérations. L'absence de réaction est surtout marquée chez les enfants à la

mamelle. Au reste, cette affection ne déroge pas, à cet égard, de ce qu'on observe dans leurs autres maladies, qui ne sont presque jamais accompagnées par une fièvre continue ayant toujours le même degré d'intensité.

Billard a fort bien indiqué cette circonstance. « A cet âge, dit-il, il n'y a pas de réaction fébrile. Les enfants ont le pouls calme, leur soif est modérée, et ils ont encore un appétit assez vif quand déjà la plus grande partie de la joue est convertie en eschare. » La même faiblesse de réaction fébrile s'observe chez des enfants plus âgés, ainsi que j'ai pu m'en convaincre dans un grand nombre de cas.

Cependant l'état général devient fort sérieux. L'expression du visage est profondément altérée; la peau est d'une pâleur extrême; l'œil est abattu et cerné; les lèvres sont livides, et l'enfant tombe dans une prostration dont il est difficile de le tirer. Le pouls devient chaque jour plus faible; la température du corps s'abaisse et les extrémités se refroidissent. La langue reste humide et gonflée; la soif est peu intense; si le besoin de boire se manifeste, c'est surtout par instinct et pour entraîner la bave infecte qui se forme dans la bouche. Les enfants vomissent rarement et leurs troubles des voies digestives sont caractérisés par des évacuations alvines liquides nombreuses qui contribuent encore à les affaiblir. Souvent enfin il y a de la toux et il se fait dans les poumons une congestion plus ou moins étendue qui se termine par pneumonie lobulaire.

Dans quelques cas, les enfants se décolorent subitement, leur peau devient pâle comme de la cire blanche et ils succombent avec le sang devenu bistre et ayant de la résorption purulente.

Marche, terminaisons. — Nous admettons avec Billard deux périodes dans la gangrène de la bouche: dans l'une se trouvent les accidents locaux, précurseurs du sphacèle; dans l'autre, qui commence à l'instant de la formation de l'eschare, on suit les progrès de la mortification jusqu'à l'élimination des parties mortifiées ou jusqu'à la mort des malades.

La première période est difficile à déterminer d'une manière rigoureuse, car on ne sait pas toujours bien l'époque précise de la transformation gangréneuse des aphthes. Elle ne dure guère plus de sept jours.

La seconde période dure de cinq à dix jours, et quelquefois elle se prolonge encore pendant une semaine avant d'arriver à la terminaison fatale.

La mort est presque toujours la conséquence du sphacèle de la bouche. Cette maladie, d'abord peu étendue, locale, si l'on peut ainsi dire, gagne rapidement en surface, et compromet tout l'organisme, qui se trouve empoisonné par la résorption des produits délétères. Si les malades résistent à cette intoxication, c'est pour succomber à l'épuisement que détermine la suppuration établie après la chute de l'eschare.

Dans quelques cas fort rares, rapportés par Baron, Constant, la guérison du sphacèle a lieu après l'élimination d'une eschare peu étendue. Les malades conservent alors pour toujours des traces profondes du mal dont ils ont été affectés. Il en résulte quelquefois des difformités épouvantables.

On doit au docteur Hueter quelques détails sur une cause de mort peu commune dans la gangrène de la bouche: c'est la mort par hémorrhagie au moment de la chute de l'eschare. En effet, chez un malade, l'accident se répéta deux fois, au cinquième et au treizième jour. La mort en fut la conséquence.

Complications. — La complication la plus ordinaire de la gangrène de la bouche, c'est la *pneumonie lobulaire*, affection consécutive provoquée par l'état de prostration des enfants et par leur décubitus sur le dos. On observe aussi fort souvent la *diarrhée*. Ce phénomène est franchement inflammatoire au début de la maladie;

quand il paraît à l'approche de sa terminaison fatale, ce n'est plus qu'un signe de collapsus, comme toutes les diarrhées colliquatives. Sur trois faits de gangrène de la bouche cités par Billard, il en est deux dans lesquels on trouve du muguet sur la muqueuse buccale, le troisième enfant avait une double complication: il présentait une pleurésie et une péricardite.

La gangrène de l'anus et de la vulve se rencontre quelquefois chez les enfants déjà affectés du sphacèle de la bouche. On a vu également d'autres affections gangréneuses apparaître en divers points du corps. C'est là, je pense, une puissante raison pour croire à l'existence d'une altération générale de l'économie tout entière, constituant ce qu'on pourrait appeler une diathèse gangréneuse.

Lorsque les enfants ne sont pas placés dans des circonstances trop défavorables quant au régime et à l'hygiène, et si le sphacèle n'est pas trop étendu, on peut espérer les guérir. Si, au contraire, ils sont débiles, et si la maladie présente une large surface, il ne faut conserver aucun espoir quant à leur existence. La gangrène de la bouche, bien caractérisée, est, en sa qualité de diathèse, presque entièrement au-dessus des ressources de l'art. On ne peut la combattre avantageusement qu'au moment de son apparition, encore faut-il se hâter d'agir.

Pronostic. — La gangrène de la bouche peut être confondue avec une maladie dont l'aspect est à peu près le même et dont la marche est essentiellement différente; je veux parler de la pustule maligne. La distinction est facile, car la gangrène de la bouche débute par la muqueuse, tandis que le siège de la pustule maligne est au contraire sur la peau, à la surface externe de la joue.

Diagnostic. — Les aphthes gangréneux, qui ont quelquefois été confondus avec le sphacèle de la bouche, s'en distinguent par leur moindre étendue, par leur peu de profondeur et par l'absence de noyau dans l'épaisseur des parties molles. Lorsque cette induration se forme, c'est qu'il y a imminence de gangrène.

La gangrène scorbutique des gencives est trop différente de la gangrène de la bouche pour être jamais confondue avec cette maladie.

Le diagnostic du sphacèle buccal n'offre donc pas de grandes difficultés; l'odeur seule suffirait à le faire reconnaître. Il n'y a pas de méprise possible à son égard. La présence d'ulcérations à la surface de la muqueuse, et la formation rapide d'un noyau d'induration dans les parties molles, suffisent pour donner l'éveil. Ce noyau se traduit à l'extérieur par un gonflement qui donne à ce côté de la face un aspect singulier, car les traits ont perdu leur harmonie: cependant la couleur de la peau n'est pas altérée. Dès qu'elle devient rougeâtre, il n'y a plus à hésiter pour le diagnostic; la maladie est parfaitement bien caractérisée: on ne saurait en exiger davantage.

Traitement. — Il faut s'empresse, au début de l'affection, de reconnaître avec soin l'état de la bouche, pour trouver le point de départ de la maladie. Ce que je dis suppose qu'elle n'est pas encore très-avancée. En effet, lors de l'invasion des accidents, la joue est tuméfiée et renferme un noyau dû à la tuméfaction des tissus placés au-dessous d'une eschare intérieure. Si l'on cautérise vigoureusement par l'intérieur de la bouche avec l'acide nitrique ou hydrochlorique, on est certain de s'opposer à la marche des accidents, et de protéger la joue contre la désorganisation qui la menace. Les applications de teinture de coaltar saponiné au 30^e sont très-utiles, ainsi que celles de créosote, qui ont été employées avec succès par le docteur Holbach.

Lorsque le sphacèle est caractérisé à l'extérieur par une légère teinte marbrée de la peau à l'endroit d'une infiltration profonde, il faut cautériser par la bouche, et cautériser hardiment deux ou trois fois par jour. On ferait sagement en cautéri-

sant à l'extérieur pour arriver sur les tissus profonds. Ce moyen peut encore éviter une perte de substance considérable, car le sphacèle peut être limité aux points d'action du caustique.

Si l'eschare est bien établie et peu étendue, on peut essayer de la détruire par les cautérisations acides ou par la cautérisation à l'aide du fer rouge. Plusieurs médecins proposent même de circonscrire l'eschare avec le caustique pour limiter le travail de la mortification : c'est une opération impossible. Qu'on se représente, en effet, la petite joue d'un enfant percée par une petite eschare, et l'on verra qu'une partie de la face est détruite ; on ne peut porter le caustique alentour, il n'y a plus de place, à moins d'envahir les régions voisines : il vaut donc mieux cautériser au lieu même et sur les limites du sphacèle.

En présence de l'action incertaine des caustiques, il faut être discret dans leur usage. On doit les employer contre le sphacèle qui commence, et même contre le sphacèle établi, mais encore peu étendu. Si la mortification est considérable, ne faites pas endurer à l'enfant des douleurs inutiles : toute opération est superflue ; il est impossible de s'opposer à la désorganisation des tissus, la mort est inévitable.

Quand on emploie les caustiques liquides ou le fer rouge, il faut s'en servir avec grand soin ; il est nécessaire de cautériser souvent, toutes les deux ou trois heures, et l'on doit surveiller l'état des parties pour cesser l'opération dès que la gangrène paraît limitée. Constant a retiré de grands avantages de l'emploi du nitrate acide de mercure ; mais comme ce caustique peut être absorbé et donner naissance à une salivation mercurielle, il faut le proscrire. J'en dirai tout autant du chlorure d'antimoine dont la sphère d'action est difficile à limiter. Les caustiques que j'ai indiqués plus haut sont les seuls convenables.

Le traitement local par les caustiques est le seul qui jouisse d'une grande faveur et qu'il soit absolument indispensable d'employer contre la gangrène de la bouche ; cependant il faut aider à son action par des moyens d'une valeur réelle, destinés à modifier l'état général de la constitution des enfants. On emploie dans ce but les préparations toniques, ferrugineuses et arsenicales. Le fer doit être administré concurremment avec la décoction ou l'extrait de quinquina, avec le vin de Bordeaux ou avec les vins généreux d'Espagne. L'arsenic, conseillé par le docteur Bosch, est employé de la manière suivante : 2 milligrammes d'arsenic sont mélangés à 5 grammes de poudre de sucre, et l'on prend 20 centigrammes de ce mélange pour faire dissoudre dans 60 grammes d'eau et donner par cuillerée à café toutes les deux heures. Sous l'influence de ces doses infinitésimales le docteur Bosch affirme avoir guéri très-prompement et sans traitement local deux enfants atteints de gangrène de la bouche. C'est à voir. S'il n'y a pas de contre-indication, il faut alimenter les enfants, et, comme la mastication est impossible, on ne peut employer que des aliments liquides : les bouillons, les potages au gras fréquemment répétés, et du vin.

On doit aussi tâcher de modifier la surface des parties gangrénées à l'aide de pommades stimulantes, l'onguent styrax, par exemple. La plaie doit être saupoudrée avec de la poudre de camphre, qui est excellente, ou avec un mélange de poudre de charbon et de poudre de quinquina. Lorsque l'eschare est près de se détacher et qu'il s'écoule dans la bouche une sanie infecte et dangereuse à avaler, il y a des moyens à employer qui sont loin d'être inutiles. Il faut placer les enfants sur le flanc en inclinant la tête du côté malade, et faire injecter dans la bouche, à de fréquents intervalles, une décoction mucilagineuse ou aromatique, la décoction de racine de guimauve ou l'infusion de sauge et de romarin, mêlée à une quantité plus notable de vin aromatique. Si l'odeur est insupportable, il faut ajouter à ces liquides une petite proportion de chlorure d'oxyde de sodium, de permanganate de

potasse ou de silicate de soude. Enfin, il faut proscrire du traitement de la gangrène de la bouche les frictions mercurielles aussi bien que les applications de sangsues. Le premier de ces moyens, par son action spécifique sur la bouche, aurait un but tout opposé à celui que l'on doit remplir ; l'autre peut devenir la source, si les piqûres s'enflamment, d'une nouvelle mortification des tissus.

Aphorismes.

257. La gangrène de la bouche, maladie exclusive de l'enfance, est toujours la conséquence d'une prédisposition acquise par la misère, par les maladies antérieures, telles que la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, et connues comme cause déterminante d'un aphthe ou d'une ulcération de la muqueuse buccale.

258. La stomatite ulcéro-membraneuse et les aphthes de la joue sont souvent le point de départ de la gangrène de la bouche chez des enfants prédisposés.

259. Une tuméfaction douloureuse et luisante au niveau de la joue ou de la mâchoire inférieure, chez un enfant qui a une ulcération sur la muqueuse buccale, doit faire craindre un sphacèle de la joue.

260. La tuméfaction douloureuse de la joue avec ptyalisme extrêmement fétide et gonflement des glandes sous-maxillaires annonce un commencement de gangrène de la bouche.

261. Quand le sphacèle de la bouche s'étend et qu'il envahit la joue, une petite phlyctène apparaît sur la peau, qui devient noirâtre, puis noire dans une plus ou moins grande étendue, et l'on a une eschare qui détruit toute l'épaisseur de la peau et les gencives jusqu'à l'os maxillaire.

262. Dans la gangrène de la bouche, les dents, privées de leurs gencives mortifiées, s'ébranlent, tombent, et l'os maxillaire reste à nu.

263. La gangrène de la bouche s'étend quelquefois à tout le côté correspondant du visage et mortifie tous les téguments jusqu'aux paupières.

264. Les enfants atteints de gangrène du visage souffrent peu, ils ont peu de soif, conservent de l'appétit et n'ont en général que très-peu de fièvre.

265. A une période avancée de la gangrène de la bouche, les enfants offrent de la stupeur, avec grande prostration, une pâleur excessive, un notable affaiblissement du pouls avec refroidissement des extrémités, et ils succombent empoisonnés.

266. Dans la gangrène de la bouche la mort a lieu par pneumonie lobulaire ou par septicémie et résorption purulente.

267. La gangrène de la bouche est souvent accompagnée de gangrène de la vulve et de l'anus.

268. On guérit de la gangrène de la bouche, mais il faut que l'eschare soit peu étendue, et il en résulte des cicatrices altérant profondément la régularité du visage.

269. Le chlorate de potasse à l'intérieur, le vin de quinquina, l'arséniate de soude, l'alimentation et la cautérisation avec les acides ou le fer rouge, sont les moyens à mettre en usage pour arrêter, limiter et guérir la gangrène de la bouche.

CHAPITRE XII

CALCULS SALIVAIRES

§ I. — Calculs salivaires chez les nouveau-nés et dans la première enfance.

Les calculs salivaires du nouveau-né et dans la première enfance sont très-rares et je publie le seul exemple qui existe dans la science. On le doit à Burdel. Ce