

doit jamais entrer en ligne de compte. Non-seulement il faut saigner le plus tôt possible, mais encore lorsque la violence de la maladie l'exige et lorsque les forces le permettent, on doit tirer une grande quantité de sang à la fois, c'est-à-dire 400 à 600 grammes, et s'il faut plusieurs fois recourir à la saignée, on doit le faire à des intervalles assez rapprochés, par la raison que la phlegmasie est d'autant plus attaquant qu'elle est moins ancienne. Dans aucun cas on ne peut déterminer d'avance, même *approximativement*, le nombre de saignées qu'il faut faire et la quantité de sang qu'on doit retirer à chacune d'elles; car l'abondance et le nombre des saignées doivent être subordonnés à l'âge des malades, à leur constitution, à l'état antérieur de santé ou de maladie, à la violence des symptômes généraux et locaux, et enfin, comme nous l'avons déjà dit, aux constitutions médicales régnantes. L'aspect plus ou moins couenneux du sang ne peut, comme on l'a cru pendant longtemps, comme le croient encore quelques médecins, fournir une indication pour réitérer la saignée, puisque nous avons vu que la couenne pouvait exister dans l'anémie, que par conséquent elle devient d'autant plus parfaite que l'on saigne davantage, bien que l'inflammation ait cessé de s'accroître. Par les saignées convenablement faites, on peut espérer de soulager presque toujours les malades, d'en guérir beaucoup qui, sans elles, auraient succombé, et d'abrégé la maladie de ceux qui auraient pu guérir sans son secours. Mais le jeune médecin ne doit pas oublier que, quelque abondantes et quelque nombreuses que soient les saignées, elles n'ont pas, le plus généralement, le pouvoir d'enlever brusquement la maladie, de l'arrêter tout à coup dans sa marche quand elle débute. On verra en effet, plus tard, qu'on ne jugule ni la pneumonie, ni la pleurésie, ni les érysipèles de la face, ni les angines, ni toutes les phlegmasies franches et déjà bien établies. On se convaincra que ces maladies ont, pour ainsi dire, un cours nécessaire, et que, nonobstant une méthode active de traitement, il n'est pas en notre pouvoir de les empêcher de s'accroître pendant quelque temps. Cette proposition, qui est soutenue par Chomel et M. Louis, et que j'ai moi-même développée dans mon *Traité de la pneumonie*, a reçu une confirmation nouvelle des recherches de M. Andral, qui a vu que, quelque abondantes ou quelque rapprochées que soient les saignées, la fibrine n'en va pas moins toujours en augmentant, si ces saignées sont faites dans les premiers temps d'une inflammation tant soit peu intense, c'est-à-dire dans la période ordinaire d'augment de la maladie. Les saignées générales conviennent, avons-nous dit, toutes les fois que la maladie est assez grave pour exciter une réaction notable; elles suffisent le plus souvent seules, d'autres fois il convient de leur associer les saignées locales faites par des sangsues ou par des ventouses scarifiées. Celles-ci sont surtout efficaces dans les inflammations qui s'accompagnent d'une vive douleur ou d'une congestion très-considérable. Il faut, dans tous les cas, appliquer les sangsues le plus près possible du mal, ou sur des parties qui ont avec les organes malades des rapports vasculaires ou sympathiques; on doit aussi mettre un nombre suffisant de sangsues ou de ventouses pour opérer une déplétion locale suffisante; car si l'on agissait autrement, loin de diminuer la fluxion, on l'augmenterait. Les émissions sanguines locales suffisent quelquefois pour amener à bonne fin certaines phlegmasies peu intenses, superficielles, ou affectant des tissus membraneux.

Les inflammations peuvent encore être attaquées par plusieurs ordres de médicaments dont le mode d'action, quoique inconnu, n'en est pas moins remarquable. C'est ainsi que nous verrons les préparations mercurielles administrées à l'intérieur et en frictions; amener la résolution de phlegmasies très-graves.

Il est encore un autre ordre d'agents thérapeutiques, connus sous les noms de *contre-stimulants* ou d'*hyposthénisants*, à l'aide desquels on combat beaucoup de phlegmasies. Cette méthode, d'origine italienne, a été créée par Rasori, et agrandie depuis lui par Tommasini, et surtout par Giacomini. Elle consiste à administrer certains médicaments énergiques à des doses considérables, sans que ces substances déterminent les effets toxiques qu'elles produiraient chez un homme sain, sans même observer souvent les effets naturels, physiologiques qu'elles provoquent quand on les donne à moindre dose. C'est ainsi que les malades peuvent prendre un gramme et plus d'émétique sans éprouver ni vomissements ni selles.

Pour terminer, nous dirons que certaines inflammations des téguments ou des muqueuses sont souvent heureusement modifiées par des agents irritants et caustiques, qui, d'après la théorie, sembleraient devoir produire un effet tout contraire. C'est ainsi que des ophthalmies, des uréthrites, des cystites, des vaginites, des pharyngites et des rectites aiguës ou chroniques cèdent rapidement à une ou plusieurs cautérisations par l'azotate d'argent: il semble alors que ce médicament agisse en changeant le mode de vitalité des parties; ou, si l'on veut, à une phlegmasie rebelle ou spécifique il substitue une phlegmasie nouvelle, simple et plus facilement curable.

Le traitement des inflammations se compose encore d'une foule de moyens adjuvants. Les principaux sont: l'abstinence, qui doit nécessairement et toujours accompagner les antiphlogistiques; l'usage des boissons douces, l'emploi des cataplasmes et fomentations émollientes, les bains locaux et généraux, les applications froides et astringentes, la compression dans quelques cas particuliers, et enfin les révulsifs. Ces derniers s'appliquent tantôt sur le tube digestif: ce sont les émétiques et les purgatifs; tantôt sur la peau, ce sont les sinapismes, les pédiluves, les manuluves irritants, les vésicatoires, les emplâtres et pommades déterminant la rubéfaction ou la formation de vésicules et de pustules. Les moyens révulsifs sont très-efficaces; on les applique tantôt le plus loin possible de l'organe malade, tantôt dans son voisinage. Les premiers conviennent, en général, à toutes les périodes de la maladie, même au début; les seconds, au contraire, souvent nuisibles quand la maladie commence, ne sont guère indiqués qu'à une période avancée, lorsque l'affection traîne en longueur ou tend à passer à l'état chronique.

Il est un symptôme prédominant dans quelques phlegmasies qu'on ne doit jamais négliger: c'est la douleur; car, lorsqu'elle est trop vive, elle semble avoir pour effet ordinaire d'augmenter la congestion locale. La douleur, pour me servir d'une expression de Sarcone, est tour à tour mère et fille de l'inflammation; aussi on devra toujours la combattre, et si elle n'est pas modifiée par le traitement antiphlogistique, c'est par les narcotiques administrés à l'intérieur ou appliqués localement qu'il faudra la modérer. On peut donner l'opium sans aucune crainte; car, depuis longtemps, nous avons reconnu combien sont mal fondées les appréhensions de beaucoup de médecins contre l'emploi des narcotiques dans le cours des phlegmasies. Outre la douleur, les inflammations s'accompagnent encore fréquemment de divers accidents qui parfois prédominent tellement, qu'ils peuvent devenir la source de l'indication principale: ainsi les troubles nerveux exigent souvent qu'on ait recours aux médicaments connus sous le nom d'*antispasmodiques*; fréquemment aussi la débilité, la prostration des malades sont telles, qu'on doit ne point s'inquiéter de l'affection locale, mais se préoccuper exclusivement de l'état général; il faut essayer de relever les forces par les toniques, par les corroborants, et obéir à ce que les anciens

nommaient l'*indication vitale*, sauf, plus tard, à reprendre le traitement de la phlegmasie, s'il en est encore besoin et si d'ailleurs les forces le permettent.

Après ces considérations préliminaires, nous passons à l'étude des inflammations en particulier.

DES INFLAMMATIONS DES ORGANES DIGESTIFS

DE LA STOMATITE

Stomatite est un mot générique servant à désigner l'inflammation de la membrane muqueuse de la bouche.

La stomatite n'est pas en effet une maladie toujours identique. Elle présente, au contraire, des caractères différents, suivant l'élément anatomique qui est atteint, suivant la forme ou la spécificité de la lésion qui la caractérise, et suivant la nature des causes qui la développent. Aussi décrivons-nous successivement les variétés suivantes, savoir : la *stomatite érythémateuse*, la *stomatite folliculeuse*, le *muguet*, la *stomatite ulcéreuse*, et la *stomatite mercurielle*. Quelques auteurs y joignent la *stomatite gangréneuse*; mais la gangrène de la bouche est une affection qui doit être étudiée à part et à côté des autres affections de nature gangréneuse.

De la stomatite érythémateuse.

La *stomatite érythémateuse* débute, en général, sans prodromes. Elle est caractérisée par une rougeur plus ou moins vive, uniforme, et le plus ordinairement partielle, de la muqueuse buccale. Souvent en effet l'inflammation est bornée aux gencives ou à la voûte palatine; elle a reçu, dans le premier cas, le nom de *gingivite*, et celui de *palatite* dans le second. Cette maladie s'accompagne parfois d'une légère tuméfaction des parties, d'une douleur et d'une cuisson plus ou moins vive qui augmentent par le passage de l'air froid, par le contact des aliments les plus doux, et même par une simple pression de la langue. La cuisson est surtout vive lorsque l'épithélium ayant été détruit, la muqueuse est dénudée, ou lorsqu'elle est le siège de légères érosions; la sécrétion buccale est en outre modifiée. Au début, il existe de la sécheresse, et, plus tard, une humidité plus grande dans la bouche. Les malades, dont l'haleine est devenue toujours plus ou moins désagréable, rejettent une matière aqueuse, séreuse ou filante; il survient quelquefois même un pyalisme abondant. Cette maladie, toujours bénigne, ne s'accompagne presque jamais de fièvre, même chez les très-jeunes enfants. Elle se termine par résolution au bout de peu de jours; quelquefois l'épithélium, après s'être froissé et avoir blanchi, se détache par plaques plus ou moins larges. La stomatite érythémateuse est quelquefois le premier degré des autres formes de stomatite que nous décrivons plus tard.

La stomatite érythémateuse est ordinairement produite chez les très-jeunes enfants par le travail de la dentition. Plus tard elle est rarement spontanée, mais presque toujours elle est le résultat de causes directes, comme l'introduction dans la bouche d'un liquide irritant, ou d'un corps trop chaud ou trop froid. Enfin, il y a une stomatite érythémateuse *spécifique*; c'est celle qu'on observe et que j'ai signalée plus haut dans le cours de la rougeole et de la scarlatine, et qui se révèle par une rougeur exactement semblable, ayant les mêmes caractères que l'éruption cutanée. Elle est, en effet, d'une rougeur uniforme ou

par pointillé régulier dans la scarlatine, par petites taches irrégulières et inégales dans la rougeole. Cette éruption ne détermine en général aucune sensation pénible, si ce n'est parfois un sentiment de chaleur.

Il est une autre forme de stomatite plus incommode que les précédentes, et dont les suites peuvent être plus fâcheuses : c'est la gingivite, souvent provoquée par l'accumulation du tartre à la base des dents. Elle est caractérisée par un boursoufflement des gencives, qui sont d'un rouge plus ou moins vif à leur bord alvéolaire, et parfois excoriées et comme érodées en ce point. Elles sont séparées des dents par une couche plus ou moins épaisse de tartre, et souvent aussi par un pus sanieux qu'on exprime en pressant de bas en haut sur la gencive. Les individus dont je parle ont souvent un goût désagréable dans la bouche, et leur haleine exhale une odeur plus ou moins infecte. La gingivite est en général très-rebelle, elle provoque souvent la chute des dents; celles-ci tombent sans douleur, sans altération préalable de leur tissu. La gingivite pourtant peut naître et persister sans cette cause, et sans même que les dents soient malades. Dans ce cas, la gencive commence à se boursoufler, puis elle s'ulcère sur son bord libre; cette ulcération qui déchausse les dents est parfois grisâtre et généralement elle est très-douloureuse.

Le traitement de la stomatite érythémateuse simple consiste dans l'emploi de quelques collutoires émollients, que les malades conserveront le plus longtemps possible dans la bouche; ils s'abstiendront en même temps d'aliments âcres, échauffants, épicés; ils choisiront des substances peu dures, incapables de blesser la muqueuse, et qui n'exigent pas de grands efforts de mastication.

Pour combattre efficacement la gingivite produite par l'accumulation du tartre, il faut faire enlever d'abord ce corps étranger qui est cause de la maladie, combattre ensuite la phlegmasie chronique et raffermir les gencives par des collutoires toniques et astringents dont le kina, le tannin, le ratanhia, le kino, le cachou, l'alun, le borax et le chlorate de potasse feront la base. On aura recours à des soins de propreté pour prévenir ultérieurement une nouvelle accumulation de tartre; lorsque la gingivite est simple, lorsqu'elle se caractérise par une ulcération douloureuse et qui tend à s'agrandir, il faut la toucher une ou plusieurs fois avec un crayon d'azotate d'argent.

Des aphthes, ou de la stomatite folliculeuse.

La stomatite *aphtheuse*, aussi nommée *folliculeuse*, est caractérisée par l'éruption dans la bouche de petites vésicules transparentes ou d'un gris de perle qui prennent au bout de quelques heures l'aspect pustuleux, se transforment, dès le deuxième ou le troisième jour, en ulcérations douloureuses, dont la cicatrisation se fait quelquefois attendre pendant un ou deux septénaires, mais qui ne laissent d'autres traces qu'une petite tache rouge qui disparaît très-promptement.

On distingue deux espèces d'aphthes, suivant le caractère discret ou confluent de l'éruption. L'aphthe *discret* est très-fréquent; il constitue ordinairement une affection toute locale. On n'observe alors que quelques vésicules dans la bouche, spécialement derrière les lèvres, sur les bords de la langue ou à la partie moyenne des joues. Le jour même, et au plus tard dès le lendemain de leur apparition, elles s'entourent d'un bourrelet grisâtre, blanchâtre, dur, ce qui donne alors à la maladie un caractère pustuleux; bientôt l'épithélium se détache, et l'on voit à nu une ulcération lenticulaire pouvant avoir presque l'étendue d'une pièce de 20 ou de 50 centimes; ses bords et sa surface sont saillants, durs, grisâtres, souvent saignants et toujours très-douloureux. Les malades