

forces dont l'organisme a besoin, soit pour l'élimination des eschares, soit pour réparer les pertes de substance.

L'opium, vanté beaucoup par Pott, n'a aucune vertu spécifique; employé sans mesure, il pourrait même ne pas être sans danger; il ne peut être indiqué que dans les cas où la gangrène s'accompagne de vives douleurs.

Lorsqu'on suppose un vice d'innervation, on pourrait recourir à l'électricité d'induction, aux frictions stimulantes, aux bains locaux d'oxygène, recommandés, dans ces derniers temps, par M. Laugier.

Les toniques sont d'une application générale: le quinquina a été regardé comme doué de propriétés spéciales et antigangréneuses. Cette idée a été cause qu'on en a souvent abusé. Lorsque la gangrène succède à des causes débilitantes, lorsque les individus sont affaiblis, prostrés, il faut donner les toniques, spécialement les vins généreux, le quinquina en infusion, en décoction, en extrait, etc. Les toniques sont non-seulement avantageux à l'intérieur, mais ils pourront également être appliqués localement lorsque les parties sont frappées d'atonie et lorsque l'inflammation éliminatrice se développe avec peine. On se sert surtout pour les pansements, du styrax, du kina, du vin, de l'eau-de-vie camphrée, des chlorures; ces derniers agissent spécialement en neutralisant la mauvaise odeur.

Lorsque la gangrène reconnaît certaines causes spécifiques et qu'elle ne se limite pas spontanément, il faut chercher à la circonscrire par la cautérisation; mais l'utilité de cette pratique n'est pas encore démontrée par des faits suffisamment nombreux.

La gangrène étant limitée, on doit favoriser l'élimination des eschares. Nous avons dit tantôt ce qu'il fallait faire lorsque la phlegmasie éliminatrice était languissante; si, par contre, elle était trop intense, on la modérerait par des applications émoullientes. L'eschare tombée, on favorisera la cicatrisation de la plaie par les moyens usités en pareil cas.

DE LA GANGRÈNE DES POUMONS

Historique. — Quoique les anciens aient beaucoup parlé de la gangrène des poumons, on ne peut cependant avoir aucune confiance dans les indications qu'on trouve dans leurs livres, car sous cette dénomination ils ont confondu des maladies très-diverses. C'est Laënnec qui, dans son immortel ouvrage, traça le premier une bonne description de la gangrène. Depuis lui, cette affection a fixé l'attention de plusieurs bons observateurs, citons MM. Andral (1), Genest (2), Briquet (3), Cruveilhier (4), Laurence; ce dernier a, dans sa thèse, étudié la maladie d'après l'analyse de soixante-trois observations particulières (5); plus récemment, Ernest Boudet a publié quelques recherches sur la gangrène pulmonaire qui affecte les enfants (6).

Anatomie pathologique. — A l'exemple de Laënnec, nous distinguons une gangrène *diffuse* et une gangrène *circonscrite*. La première peut envahir une grande partie d'un poumon. L'organe offre en ce point une couleur noirâtre; son tissu, devenu friable, exhale une odeur fétide, et, en le divisant, il

(1) *Clinique médicale*, t. IV, p. 442, obs. XIV; et t. I^{er}, p. 107, obs. XIX.

(2) *Gazette médicale*, année 1836.

(3) *Archives générales de médecine*, année 1841.

(4) *Anatomie pathologique*, 3^e et 11^e livraison.

(5) Thèses de Paris, année 1840, n^o 103.

(6) *Archives générales de médecine*, année 1843.

laisse échapper un liquide comparable à de la suie délayée; mis sous un filet d'eau, on entraîne un débris noirâtre et infect, et à sa place on découvre une excavation. La gangrène partielle ou circonscrite est une variété bien plus commune; elle est parfois limitée à la muqueuse bronchique, et elle n'affecte celle-ci que dans une ou plusieurs de ces dilatations ou ampoules dont les bronches sont quelquefois le siège, lésion que nous étudierons plus tard. Cette variété de la maladie est d'ailleurs rare; M. Briquet, qui l'a décrite, en a cité deux observations détaillées.

La désorganisation atteint le plus souvent le parenchyme pulmonaire lui-même. La gangrène se montre alors le plus communément sous forme de petites masses, de plaques superficielles sous-pleurales ou intraparenchymateuses, uniques ou multiples, noirâtres, verdâtres ou d'un gris blanchâtre, exhalant une odeur caractéristique, se réduisant, par la pression, en putrilage ou en un tissu filamenteux, semblable à du chanvre ou à du lin putréfié (Laënnec, Stokes, Laurence). L'eschare adhère tantôt aux parties voisines, d'autres fois elle en est complètement séparée, et forme alors, comme le dit Laënnec, une espèce de bourbillon noir verdâtre, brun ou jaunâtre, d'un tissu comme filamenteux, plus flasque et plus sec que ne l'est communément l'eschare des téguments récemment formée. Le plus souvent pourtant celui-ci se ramollit et se convertit en une espèce de bouillie noirâtre et fétide contenue dans une poche ou foyer. Les parois en sont tantôt molles, simplement engouées, infiltrées de sang; mais plus souvent elles sont indurées par suite de l'hépatisation rouge ou grise du tissu pulmonaire. Celle-ci semble être plutôt consécutive que primitive; elle représente vraiment pour le poumon ce cercle rouge inflammatoire qui circonscrit et limite d'une manière si parfaite la gangrène des téguments.

Lorsque la gangrène suit une marche très-rapide, l'induration diffère peu de celle qui caractérise la pneumonie aiguë; mais si elle se prolonge quelques semaines, le tissu est parfois simplement carnifié; ailleurs il est dense, très-dur, presque fibreux, grisâtre, non grenu, sec, c'est-à-dire qu'il offre alors tous les caractères de la pneumonie chronique. Cette induration, dont on ne parle guère et que j'ai pourtant presque toujours constatée, peut être limitée à quelques millimètres, ou bien s'étendre à 1 ou 2 centimètres autour de la cavité; ailleurs elle envahit tout un lobe et même le poumon tout entier.

L'intérieur de la cavité peut être formé immédiatement par le tissu pulmonaire; mais tôt ou tard celui-ci est recouvert par une fausse membrane grisâtre et molle qui sécrète d'abord un pus noirâtre et fétide, et qui, en s'organisant mieux, finit bientôt par être l'élément d'une cicatrisation solide. Cette fausse membrane est parfois consécutive à la chute de l'eschare; ailleurs elle la précède, c'est elle alors qui isole les parties vivantes des parties mortes, et sert ainsi à éliminer celles-ci. Les cavernes gangréneuses sont souvent traversées par des brides formées par des vaisseaux ou par des bronches qui ont résisté à la destruction. Les vaisseaux sont presque toujours oblitérés; mais parfois ils sont encore perméables. Si dans ce dernier cas leurs parois viennent à être détruites, du sang s'épanche dans la poche et parfois dans l'arbre aérien tout entier. L'oblitération des artères bronchiques est souvent sans doute l'effet de la gangrène, mais on comprend que parfois elle la précède et qu'elle en soit la cause déterminante; on a cité depuis quelques années des faits qui le démontrent. Le foyer gangréneux communique le plus souvent avec les bronches; d'autres fois, s'étant ouvert dans la plèvre, ou bien cette membrane ayant été simplement envahie, on trouve les lésions caractéristiques

d'une pleurésie compliquée souvent de pneumothorax. On conçoit que si d'anciennes adhérences s'opposaient à l'épanchement du foyer dans la plèvre, la matière putride pourrait se porter sous les téguments et même se frayer une issue à l'extérieur; mais il n'existe, je crois, encore aucun fait semblable dans les annales de la science. Une observation de M. Laurence montre la possibilité d'une communication du foyer avec le péricarde.

Symptômes. — C'est chose presque inconnue que la gangrène pulmonaire éclate dans le cours d'une pneumonie franche, légitime. Le plus souvent, la maladie se déclare obscurément chez des sujets déjà plus ou moins souffrants. Les malades éprouvent pendant quelques jours seulement ou bien durant quelques semaines un malaise qu'ils ne peuvent définir; ils ont perdu l'appétit, leurs forces déclinent; la plupart toussent: ils ont quelques signes de bronchite, et c'est généralement au milieu de ces symptômes qu'on voit tout à coup se manifester les signes d'une gangrène pulmonaire.

Le malade constate lui-même que ses crachats ont un goût désagréable et que son haleine exhale de temps en temps une odeur infecte. C'est cette fétidité aussi qui donne l'éveil au médecin. Lorsque les malades toussent, l'air expiré répand une odeur toujours fétide, mais variable. Jamais je n'ai constaté cette odeur vive, pénétrante, *sui generis*, des gangrènes extérieures; ici c'est plutôt une odeur de matière fécale ou de pourriture, une odeur de dents cariées, et très-exceptionnellement une odeur fade, mais extrêmement nauséuse. Cette odeur se répand de manière à incommoder dans nos salles d'hôpitaux les malades placés à une grande distance. Les crachats qui sont expulsés avec plus ou moins d'efforts sont généralement muqueux, grisâtres ou opaques, parfois ils sont noirâtres, bistres, couleur de tabac, plus ou moins sanieux, parfois formés de sang pur. L'expectoration exhale communément la même odeur que l'haleine. Ce sont souvent là les seuls signes locaux de la gangrène; il en est toujours ainsi lorsque la mortification n'affecte que la muqueuse bronchique, ou bien lorsque, se propageant au parenchyme pulmonaire, elle ne l'atteint que dans un point très-circonscrit, et qu'elle ne forme point un foyer communiquant avec les bronches.

Mais si la gangrène occupe une certaine étendue du poumon, on constate alors dans les points correspondants du thorax, de la matité, une crépitation grosse, mêlée souvent à du souffle, en raison de l'induration qui existe communément autour de la partie mortifiée; la voix acquiert un retentissement bronchophonique. Plus tard les tissus mortifiés s'éliminent. Cette élimination se fait fréquemment d'une manière insensible, on n'en trouve alors aucun vestige dans l'expectoration. Mais parfois des débris gangréneux sont rejetés, j'en ai rencontré qui avaient plusieurs centimètres: c'est dans ces cas surtout qu'on peut voir survenir une hémoptysie plus ou moins grave. L'excavation qui succède à l'élimination de l'eschare, si, comme cela arrive presque toujours, elle communique largement avec une bronche, sera aisément reconnue à l'auscultation par l'existence du souffle caverneux, du gargouillement et de la pectoriloquie, phénomènes caractéristiques de toute excavation pulmonaire, et que nous décrirons avec plus de détails en traitant de la phthisie tuberculeuse.

Lorsque ces désordres existent dans un poumon, il y a souvent un appareil symptomatique grave. La face s'altère, les forces sont plus ou moins prostrées; le pouls s'accélère et faiblit; la chaleur devient âcre; il y a de la diarrhée, parfois un état de subdelirium et un dépérissement rapide. Ces symptômes d'infection putride peuvent dépendre à la fois de la cause qui a produit la gan-

grène ou succéder à la résorption des principes septiques provenant de la décomposition du tissu pulmonaire. Ceci pourtant est loin d'être constant: il n'est pas rare, en effet, de voir, nonobstant les signes les plus évidents de la gangrène, les forces se maintenir presque intactes, la peau conserver sa chaleur et le pouls sa fréquence normale; il n'y a alors, en un mot, aucun symptôme propre et de nature septique. Mais il est évident que cela ne peut avoir lieu qu'autant que la gangrène est très-circonscrite.

Marche. Terminaisons. Durée. — Dans la plupart des cas, la gangrène suit une marche rapide et sans cesse aggravante; parfois pourtant les malades présentent des alternatives en bien et en mal. On voit souvent l'odeur gangréneuse diminuer ou même cesser tout à fait pendant plusieurs jours, ce qui dépend probablement de ce que la communication du foyer avec l'extérieur est momentanément empêchée.

La plupart des individus atteints de gangrène pulmonaire succombent au milieu de symptômes ataxo-adyamiques. Chez beaucoup, une phlegmasie intercurrente du poumon gangrené ou du poumon sain vient hâter la terminaison fatale. Enfin, celle-ci résulte parfois d'un accident, d'une complication provoquée directement par la gangrène elle-même. C'est ainsi que la mortification gagnant la plèvre, il se produit une pleurésie suraiguë, souvent compliquée de pneumothorax, et qui entraîne la mort en un, deux ou trois jours, au milieu de l'anxiété la plus vive et de la suffocation. Il arrive aussi, mais plus rarement, que la gangrène, en détruisant un vaisseau encore perméable, produit une hémorrhagie foudroyante; le sang remplissant alors en un instant les tuyaux aérières, les malades succombent asphyxiés.

La mort est la terminaison presque constante de la gangrène pulmonaire. Cependant Chomel, Genest, MM. Louis, Cruveilhier, Fournet, ont cité des cas qui prouvent que la guérison est possible. J'en ai recueilli moi-même plusieurs, un entre autres en 1840; le malade ayant succombé à une pleurésie aiguë survenue pendant la convalescence, j'ai trouvé dans le point où pendant la vie on avait constaté les signes stéthoscopiques d'une induration, puis d'une excavation, une petite caverne à parois lisses en voie de cicatrisation.

La gangrène pulmonaire a une durée variable: quelquefois elle se termine dès le premier septénaire, plus souvent c'est dans le cours du second ou du troisième. Dans quelques cas, fort rares pourtant, la gangrène, très-circonscrite et envahissant successivement plusieurs points des poumons, affecte plutôt la marche d'une affection chronique; elle peut alors, ainsi que je l'ai vu deux fois, se prolonger pendant plusieurs mois; elle a même duré beaucoup plus longtemps encore; M. Louis a observé, par exemple, un malade qui ne succomba qu'au bout de six mois. Les sujets meurent alors amaigris et minés par la fièvre hectique, comme s'il existait une caverne tuberculeuse. Observons pourtant que ces cas de gangrène à marche chronique sont très-rares, je crois qu'on a pris souvent pour tels, soit une dilatation des bronches, soit une pleurésie circonscrite, affections dans le cours desquelles les malades ont parfois l'haleine et l'expectoration fétides. C'est sans doute cette forme rare de la gangrène pulmonaire que Bayle a décrite sous le nom de *phthisie ulcéreuse*.

Diagnostic. — La fétidité de l'haleine et celle des matières expectorées sont les deux seuls signes caractéristiques de la gangrène pulmonaire; cependant quelquefois ces deux phénomènes manquent. Ainsi, lorsque la gangrène, très-superficielle, atteint plutôt la plèvre que le poumon, comme j'en ai rencontré des exemples, on voit alors survenir, après quelques légers malaises une pleurésie suraiguë qui en fort peu de jours emporte le malade. L'absence de

toute fétidité dans l'haleine s'explique ici par l'isolement de la gangrène, qui ne communique pas avec l'intérieur des bronches.

Avec un peu d'attention, on évitera toujours de confondre la gangrène du poulmon avec la gangrène de la bouche et du pharynx. Le diagnostic pourrait être difficile pourtant, si l'altération était bornée à la partie la plus inférieure de ce conduit; mais l'absence d'expectoration, de toux et de tout phénomène thoracique devrait, dans ces cas, éclairer sur le siège de la mortification. Nous dirons plus tard que, dans certaines dilatations des bronches, l'haleine et l'expectoration des malades sont parfois fétides; je les ai vues aussi infectées qu'elles le sont dans la gangrène, et cela pendant plus de dix ans chez la même personne, ce qui devait faire exclure toute idée de gangrène même très-circonscrite. Cependant, dans les cas dont je parle, les malades exhalent communément bien moins une odeur de pourriture qu'une odeur fade, acide ou d'hydrogène sulfuré. M. Briquet serait très-porté à rattacher toujours cette odeur fétide à l'existence d'une gangrène bornée à la muqueuse des extrémités dilatées des bronches. Mais cette opinion ne nous semble nullement probable, car presque tous les malades se rétablissent ou traînent longtemps, tandis que la guérison en cas de gangrène même circonscrite est un événement assez rare; la maladie a une marche presque toujours très-rapide.

Pronostic. — La gangrène étant presque constamment mortelle, son pronostic doit être excessivement grave; il l'est surtout chez les enfants, chez lesquels la gangrène, rarement limitée au poulmon, envahit ordinairement à la fois plusieurs points de l'économie.

Étiologie. — La gangrène pulmonaire est une affection qui, sans être commune, n'est pas néanmoins très-rare. On l'observe à tous les âges, et les recherches de Boudet tendraient à faire croire qu'elle serait plus fréquente dans l'enfance qu'aux autres périodes de la vie. Laënnec a prouvé, en outre, que la maladie était incomparablement plus commune chez l'homme que chez la femme (: 11 : 4). On l'a vue plusieurs fois survenir au milieu d'une brillante santé; néanmoins, dans la plupart des cas, ainsi que nous l'avons déjà dit, elle est consécutive à divers états morbides: chez les enfants, elle se déclare fréquemment après les fièvres éruptives; à tout âge on la voit survenir dans le cours de bronchites aiguës ou chroniques ou de broncho-pneumonies peu étendues, bénignes en apparence, mais affectant des sujets débiles et épuisés par une maladie longue, comme un diabète. Si tout le monde convient que la gangrène est excessivement rare après la pneumonie aiguë, je ne l'ai jamais vue, il n'en serait pas de même de la pneumonie chronique. Traube (de Berlin) dit que sur 14 cas de gangrène pulmonaire qu'il a observés, 9 fois le sphacèle fut consécutif à la phlegmasie chronique. Je n'en crois rien, je pense plutôt que l'auteur allemand a considéré comme lésion primitive une induration consécutive à la gangrène, comme je crois l'avoir démontré dans ma *Monographie* (p. 77 de la 2^e édition). Incomparablement plus souvent que ne le fait la pneumonie, on voit l'apoplexie pulmonaire donner lieu à la gangrène des poulmons; c'est un point d'étiologie qu'un médecin regrettable, Genest, a parfaitement établi et dont nous avons dit un mot dans le premier volume. Des points gangréneux se forment aussi quelquefois dans les bronches dilatées ou dans les cavernes tuberculeuses, ou bien au centre d'une pneumonie chronique. On a cité quelques cas de gangrène pulmonaire consécutive à une violente contusion du thorax, à la présence d'un corps étranger introduit dans l'arbre aérière. L'ouverture d'un abcès du foie, de la rate, des reins, dans les poulmons; un cancer de l'estomac, envahissant un de ces organes, comme M. Andral en a

rapporté un cas, peuvent aussi développer la gangrène. Guislain a prétendu en outre que la gangrène des poulmons était un accident fréquent chez les aliénés qui refusent pendant longtemps les aliments (1); cependant les faits rapportés par l'habile médecin de Gand ne sont pas concluants, et les renseignements que j'ai pris auprès de plusieurs médecins de maisons d'aliénés me font penser que l'opinion de Guislain est peut-être hasardée. Il ne paraît même pas que la gangrène pulmonaire soit plus commune chez les aliénés que chez les individus sains d'esprit. Si le docteur Fischel a prétendu le contraire d'après un relevé de 80 faits, cela tient peut-être à des conditions spéciales des asiles d'aliénés à Prague (2). La gangrène pulmonaire, à l'instar des mortifications des parties molles extérieures, peut survenir à la suite de l'impression d'un froid violent et prolongé; c'est ce que prouvent du moins deux observations recueillies par deux chirurgiens militaires, MM. Shrimpton et Aubase-Montfaucon, et que ce dernier a rapportées, en 1847, dans sa thèse inaugurale. Enfin on comprend très-bien la possibilité d'une gangrène à la suite de l'oblitération d'une des artères bronchiques; mais tout porte à croire que l'oblitération de l'artère pulmonaire ne pourrait avoir un pareil effet, quoiqu'on ait dit le contraire.

Traitement. — Comme les forces sont en général prostrées, il faut chercher à les relever par l'emploi des toniques (vin et quinquina); on a, en outre, conseillé l'usage de chlorures de soude et de chaux en fumigations, en aspersions sur le lit; on les mêle aussi à la tisane à la dose de 8 à 10 grammes; ou bien, d'après le conseil de Graves et de Stokes, on combine le chlorure de chaux à l'opium (chlorure de chaux, 3 grammes; opium, 1 gramme, en 20 pilules; en prendre 1 à 4 par jour). Le traitement par les toniques et par les chlorures est celui que j'emploie communément, et je lui attribue plusieurs succès que j'ai obtenus. J'y joins souvent aussi l'application d'un ou de plusieurs vésicatoires sur la poitrine. La gangrène n'exclut pas d'une manière absolue la saignée, mais on n'y aurait recours que si le pouls était large et dur; toutefois on n'emploiera ce remède qu'avec une excessive prudence et une grande parcimonie.

DE LA GANGRÈNE DE LA BOUCHE

SYNONYMIE. — Stomatite gangréneuse, stomacace gangréneuse ou maligne, cancer aqueux, *noma*.

Les enfants de la classe pauvre sont souvent affectés de gangrène des parois de la bouche. Cette terrible maladie, presque toujours mortelle, atteint, d'après M. Taupin, le vingtième de ceux qui, à Paris, entrent à l'hôpital des Enfants.

Historique. — Il est probable que les anciens auteurs ont connu la gangrène de la bouche; cependant il est incontestable que les premières notions un peu positives sur cette redoutable affection ne remontent pas au delà du xvii^e siècle. C'est en effet en 1620 qu'un médecin hollandais, du nom de Battus, décrivit le *noma* avec exactitude. Étudiée après lui par Van Swieten et par plusieurs auteurs des Pays-Bas, cette maladie fixa également l'attention des médecins suédois, puis des Anglais. En France elle fut signalée par Poupert, par Saviard, par Sauvages; elle fit le sujet, en 1816, d'un excellent travail dû à Baron, et inséré par lui dans les *Bulletins de la faculté*. Décrite deux ans après par Isnard, dans sa thèse, puis par Billard, elle l'a été plus complé-

(1) *Gazette médicale*, année 1836.

(2) Même recueil, année 1848.

tement encore dans ces dernières années par le docteur Taupin, qui, dans un bon travail publié dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* pour l'année 1839, a eu le tort cependant de confondre avec la gangrène de la bouche des stomatites couenneuse et ulcéreuse. On trouve encore dans MM. Barthez et Rilliet un chapitre important consacré à la description de la maladie dont nous parlons; M. Jules Tourdes a publié, en 1848, une thèse qui mérite une mention spéciale (1). Cependant le travail le plus complet peut-être que nous ayons sur le *noma* est la monographie que Richter a composée en Prusse, en 1828.

Anatomie pathologique. — Chez les enfants qui ont succombé à la gangrène de la bouche on trouve une tuméfaction qui peut envahir les lèvres, les joues, et s'étendre presque à toute la moitié de la face. La peau, tendue, luisante, dure au toucher, est violacée, noire ou verdâtre; souvent, sur un point culminant de la tumeur, existe une eschare sèche et dure, dont l'étendue varie depuis celle d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 5 francs; la mortification est parfois plus vaste encore; elle peut, par exemple, se propager à tout un côté de la face. La muqueuse buccale est constamment mortifiée: elle est tantôt le siège d'une ulcération grisâtre, noirâtre; d'autres fois elle est affectée dans toute ou presque toute l'étendue de la joue aussi bien que sur les gencives, et elle se détache sous forme d'un putrilage noir, demi-fluide. Il arrive assez souvent que la gangrène, bornée aux deux surfaces tégumentaires, n'envahit que les parties molles intermédiaires: celles-ci sont alors infiltrées d'un liquide séro-sanieux. Cependant il y a un moment où la joue est frappée de mortification dans toute son épaisseur; et lorsque l'eschare, qui paraît se former toujours de dedans en dehors, s'est détachée, il existe une perforation qui met à nu les arcades dentaires. Sur les cadavres, on trouve ordinairement les gencives ramollies et gangrenées, les dents vacillantes et la portion correspondante des os maxillaires dénudée, noircie, nécrosée. Les vaisseaux et les nerfs n'ont rien présenté de remarquable à Billard et à M. Taupin; mais MM. Rilliet et Barthez, les ayant disséqués plusieurs fois avec soin, ont trouvé les artères perméables au voisinage de la gangrène, et oblitérées par des caillots au centre de la mortification et à une petite distance au delà. Les nerfs prennent la couleur des parties; le plus souvent le névritisme seul est altéré dans sa coloration, parfois il est ramolli et détruit, mais les tubes nerveux conservent presque toujours leur aspect. La mortification, lorsqu'elle est limitée à un petit espace, occupe surtout une joue ou l'une des lèvres, et plus fréquemment la lèvre inférieure que la supérieure. Les ganglions sous-maxillaires sont généralement intacts dans la maladie dont nous parlons; mais quelquefois ils sont tuméfiés et ramollis. Chez les sujets qui succombent à la gangrène buccale, on trouve encore plusieurs lésions qui, pour la plupart, se sont développées consécutivement. Ainsi, dix-huit fois sur vingt, on constate une pneumonie simple ou double, une entéro-colite aiguë ou chronique, ou un ramollissement simple de la muqueuse gastro-intestinale: ces dernières complications se remarquent environ dans les deux tiers des cas; enfin, on trouve quelquefois des gangrènes développées sur d'autres points du corps, dans les poumons par exemple.

Symptômes. Marche. Terminaisons. — Quoi qu'on en ait dit, il est douteux que la gangrène débute jamais par la peau; peut-être commence-t-elle quelquefois par des parties molles centrales; néanmoins ce fait lui-même est

(1) Thèses de la faculté de Strasbourg, 2^e série, n^o 194, année 1848.

excessivement rare; dans presque tous les cas, en effet, c'est la muqueuse qui est la première affectée. Au début on découvre souvent à sa surface une phlyctène ou une ulcération grisâtre siégeant au centre de la joue ou sur le repli gingivo-buccal, ou bien sur la gencive. L'ulcération peut être gangréneuse dès le début; le plus souvent elle ne revêt ce caractère qu'après quelques jours; dans tous les cas elle ne revêt ce caractère qu'après quelques jours; dans tous les cas elle s'agrandit rapidement. La gangrène se propage souvent des bords de l'ulcération à toute la paroi buccale. Le malade exhale une odeur fétide qui, dans les premiers jours, est comparable à celle des sujets atteints de stomatite mercurielle (Richter); mais cependant presque toujours elle est, dès le début, franchement gangréneuse. Cette odeur se retrouve dans les liquides qui s'écoulent de la bouche. Salivaires d'abord, puis sanguinolents et noirâtres, ces fluides sont mêlés souvent à des débris gangréneux. Cependant, lors du développement de la gangrène, et même le plus souvent avant que celle-ci soit manifeste, lorsqu'il n'y a encore qu'une ulcération simple de la muqueuse, la joue et les lèvres se tuméfient et s'œdématisent; le gonflement est mou et ne s'accompagne d'aucun changement de couleur à la peau; il précède d'un ou de deux jours l'apparition d'un noyau d'engorgement central, dur, de 1 à 2 centimètres de diamètre, formé par la tuméfaction du tissu cellulaire. Alors la peau est tendue, luisante, comme huileuse, marbrée, violacée; une eschare s'y développe dans plus du tiers des cas. On constate celle-ci le plus souvent du troisième au septième jour, quelquefois beaucoup plus tard; elle commence par une phlyctène, par une tache noirâtre, lenticulaire, qui s'étend comme l'altération de la muqueuse, et qui est précédée par l'œdème des tissus: elle peut envahir toute une moitié de la face; et se propager même au cou. À l'intérieur de la bouche, les dents déchaussées sont vacillantes et tombent quelquefois; l'os maxillaire, dénudé, nécrosé, se détache souvent par esquilles lorsque la vie se prolonge assez pour que l'élimination s'en fasse.

L'état général est très-variable: presque tous les enfants ont la figure pâle; ils sont tristes, affaiblis; leurs forces sont prostrées; cependant elles ne le sont pas au point qu'on pourrait supposer, et même il n'est pas rare de voir des malades assez peu abattus pour s'asseoir sur leur lit, quelques-uns même peuvent en descendre. Le pouls est petit, fréquent; la peau est froide ou brûlante, suivant que la gangrène est simple ou qu'elle se complique de phlegmasie. Malgré un état aussi grave, l'appétit semble conservé, les enfants demandent à manger; ils ont une soif vive, presque tous éprouvent du dévoiement.

Cependant, au milieu d'un pareil désordre, l'amaigrissement fait des progrès rapides, et la mort arrive le plus souvent dans le cours du second septénaire. Rarement elle résulte des progrès seuls de la gangrène; le plus souvent, elle est déterminée, en grande partie du moins, par quelque complication, surtout par l'explosion d'une pneumonie. Quelquefois c'est plus tard que les malades succombent. Dans ce dernier cas, que la gangrène se limite ou non, des eschares se détachent, et leur chute peut laisser voir à nu les arcades dentaires, noirâtres et nécrosées; les dents tombent alors; les parties molles se séparent bientôt de la bouche par lambeaux; les malades souvent les arrachent eux-mêmes; ils exhalent une odeur horrible, et leur aspect est des plus repoussants. Lorsque la guérison doit avoir lieu, la gangrène se limite de bonne heure, les eschares se séparent, le gonflement œdémateux diminue ou cesse, les bords de la solution de continuité, durs et engorgés d'abord, s'affaissent ensuite; les portions d'os nécrosés s'exfolient; enfin la cicatrisation s'opère au bout d'un temps plus ou moins long.

Diagnostic. — La gangrène de la bouche diffère de la pustule maligne en ce que la première débute toujours sur la peau par une tache, puis par une phlyctène suivie d'eschare, tandis que la gangrène des enfants commence par la muqueuse. Cette dernière doit être distinguée de la stomatite ulcéro-membraneuse; car celle-ci, caractérisée seulement par une ulcération pultacée des gencives ou bien par une ou plusieurs solutions de continuité noirâtres ou grisâtres à la face interne des joues, ne s'accompagne ni du gonflement œdémateux que nous avons noté précédemment, ni de ce noyau dur central dont nous avons parlé; jamais on ne voit l'eschare se propager à la peau. Enfin la maladie a une marche lente; elle est essentiellement contagieuse, et se termine toujours par la guérison. On ne confondra pas enfin un aphthe gangréneux avec la gangrène de la bouche: car, dans le premier cas, l'altération est circonscrite à la muqueuse; il n'y a ni noyau dur, ni œdème considérable, ni perforation, ni dénudation.

Pronostic. — La gangrène de la bouche est une affection le plus souvent mortelle. Il résulte d'un relevé donné par M. Tourdes qu'elle le serait 73 fois sur 100. La mortalité d'ailleurs a beaucoup varié suivant les pays. Les individus qui guérissent, ayant éprouvé de vastes pertes de substance, conservent pour la vie des cicatrices difformes, adhérentes, qui les défigurent et qui gênent les mouvements des mâchoires.

Étiologie. — La gangrène de la bouche est une affection, non pas exclusivement, mais plus spécialement propre aux enfants: elle est surtout commune de trois à cinq ans (Rilliet et Barthez), ou de cinq à dix, d'après M. Taupin. Affection un peu plus fréquente chez les petites filles que chez les garçons, elle est presque inconnue dans la classe aisée; on ne l'observe guère, en effet, que chez les enfants des pauvres. Plus commune dans les temps humides, elle est rarement primitive, mais presque toujours elle naît consécutivement chez les sujets affaiblis par une maladie antérieure; elle est surtout commune dans la convalescence de la rougeole et de la scarlatine, et rare, au contraire, après la variole (Taupin); enfin elle affecte souvent les enfants affaiblis depuis longtemps par la diarrhée ou portant des affections chroniques de la peau et du cuir chevelu. Survenant le plus souvent sans cause occasionnelle appréciable, la gangrène de la bouche peut succéder à un traitement mercuriel, à une déchirure de la muqueuse, opérée par une brûlure, par la saillie d'une dent, etc.; elle n'est jamais contagieuse.

Traitement. — La gangrène ayant beaucoup de tendance à s'étendre, il faut chercher à la limiter le plus tôt possible à l'aide des caustiques. On choisira les plus énergiques, comme le fer rouge, le beurre d'antimoine, le chlorure de zinc, et peut-être mieux encore le caustique de Vienne. La cautérisation sera large, profonde, et devra toujours s'étendre à une petite distance au delà des parties mortifiées. On conseille en même temps l'usage de divers topiques: telles sont des applications aromatiques ou ammoniacales sur les parties œdémateuses; d'autres recouvrent celles-ci de compresses trempées dans de l'eau-de-vie camphrée, dans le vin rouge, dans la décoction de quinquina ou dans une solution peu concentrée de chlorhydrate d'ammoniaque. On joint à ces moyens les gargarismes astringents, toniques, chlorurés, ou même les lotions, les injections à grand courant faites toutes les heures avec les mêmes liquides. On avait vanté, à une certaine époque, les applications de chlorure de chaux pulvérisé et le chlorate de potasse, soit à l'intérieur, soit en collutoire; mais ces substances, la dernière surtout, si efficaces dans le traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse, ne peuvent rien contre la gangrène de la bouche.

En même temps on soutiendra les forces par l'usage, à l'intérieur, des toniques, tels que le kina, les vins généreux et le bouillon; si l'appétit est conservé, on permettra même quelques autres aliments ne nécessitant pas des efforts de mastication. Les antiphlogistiques et les mercuriaux sont toujours nuisibles. Les évacuants ne conviennent que dans des cas très-exceptionnels.

DE LA GANGRÈNE DU PHARYNX

La gangrène du pharynx, que les anciens croyaient si commune, est une affection extrêmement rare. Nous avons dit déjà que l'erreur de nos devanciers provenait de ce qu'ils avaient pris pour des eschares les fausses membranes, souvent colorées en noir par du sang, et qui sont le caractère de l'angine diphthéritique. Néanmoins la gangrène du pharynx est une affection réelle, sur laquelle les auteurs du *Compendium*, et plus récemment MM. Rilliet et Barthez, ont de nouveau appelé l'attention.

Presque toujours consécutive, comme l'est la gangrène de la bouche, celle du pharynx ne se rencontre guère que chez les enfants pauvres, spécialement au-dessous de l'âge de six ans, et particulièrement chez ceux qui sont convalescents d'une fièvre éruptive. La gangrène du pharynx est circonscrite ou bien diffuse: la première occupant surtout la partie inférieure de ce conduit, est souvent méconnue pendant la vie; la seconde peut envahir le pharynx, les amygdales et le voile du palais. Dans ce dernier cas, les parties affectées sont noirâtres, livides, grisâtres, ramollies; elles exhalent une odeur putride, et les eschares, en se détachant, laissent à nu une perte de substance plus ou moins étendue. Lorsque la gangrène est circonscrite à la partie antérieure du pharynx, au point de jonction de ce conduit avec l'œsophage, il est difficile de la diagnostiquer, car la lésion n'est pas accessible à la vue, et l'odeur infecte de l'haleine pourrait tout aussi bien indiquer une gangrène du poumon. Il n'y a d'ailleurs aucun signe local capable d'éclairer le diagnostic; en effet, on n'observe communément ni mal de gorge, ni dysphagie, ni engorgements sous-maxillaires. Mais l'erreur de diagnostic n'a pas ici grande importance, attendu que tous les malades succombent, soit à cause de la gangrène, soit surtout par la maladie qu'elle est venue compliquer. Le développement de la gangrène du pharynx coïncide toujours avec une aggravation des symptômes généraux. Si la gangrène est accessible, elle fournit les mêmes indications que celle de la bouche, c'est-à-dire qu'on cherchera à la limiter par la cautérisation; puis on emploiera les applications et les lotions avec les chlorures, le quinquina, l'alun, etc.

DE LA GANGRÈNE DE LA VULVE

Le docteur Richter a encore appelé l'attention des médecins sur une autre gangrène qui envahirait quelquefois les parties génitales externes des petites filles. Survenant presque toujours consécutivement à une autre maladie, elle s'annonce ordinairement par une douleur brûlante aux parties génitales; puis on voit bientôt, à la face interne des grandes ou des petites lèvres, une tache noire, circonscrite, insensible. Les parties voisines sont dures et engorgées jusqu'au mont de Vénus. Les jours suivants, les eschares gagnent encore, s'étendant souvent jusqu'au périnée et à la commissure de la vulve; ces parties sont le siège d'une cuisson prurigineuse qui excite les malades à se gratter, et alors elles arrachent souvent des lambeaux de tissus sphacelés. Les symptômes gé-

néraux sont ceux qui accompagnent les gangrènes étendues. La plupart des enfants succombent. Cependant la gangrène peut se circonscire; mais lorsque les eschares se séparent, on découvre avec effroi des pertes de substance considérables, et qui néanmoins peuvent encore se cicatrifier par rapprochement et par le développement des bourgeons charnus. Chose remarquable, après de pareils désordres, on ne voit guère de difformités bien grandes; Richter n'a jamais observé à la suite de cette affection d'adhérence des parois du vagin; on en conçoit pourtant la possibilité. Il est inutile de dire que l'hymen est presque toujours détruit.

Pour le traitement, ce sont les mêmes indications à suivre que dans la gangrène de la bouche.

SIXIÈME GENRE DE LÉSIONS DE NUTRITION DE L'ULCÉRATION

L'ulcération est une des altérations de nutrition les plus communes, et que nous avons déjà eu maintes fois l'occasion de signaler. Elle est caractérisée par une solution de continuité qui se forme ordinairement spontanément dans un tissu, par suite de la résorption insolite ou par une sorte de gangrène moléculaire, et qui est entretenue par une cause locale ou générale.

L'ulcération affecte spécialement les tissus membraneux comme la peau et les muqueuses, mais tous, à l'exception de l'épiderme, des ongles et des poils, peuvent présenter ce mode de lésion. Les plus durs, comme les os; ceux qui ne renferment pas de vaisseaux ou qui en contiennent peu, comme la cornée et les cartilages diarthrodiaux, en sont souvent atteints, comme le sont les tissus les plus mous et ceux qui sont le plus vasculaires. Les produits accidentels eux-mêmes, comme l'encéphaloïde et le squirrhe, s'ulcèrent aussi fréquemment.

L'ulcération est ordinairement précédée et accompagnée d'un travail phlegmasique. C'est tantôt un abcès qui s'ouvre et dont l'ouverture s'agrandit; une pustule qui crève et au-dessous de laquelle la peau ou la muqueuse s'érode. Ailleurs il y a d'abord eschare, et celle-ci, en se détachant, laisse à sa place une solution de continuité. L'inflammation qui est cause d'une ulcération n'offre souvent rien de spécial dans sa nature ni dans sa forme; elle semble agir seulement en excitant dans un point l'absorption interstitielle de manière à amener une solution de continuité. L'ulcération pourtant est un accident peu commun des inflammations franches; on peut même établir d'une manière générale que l'inflammation des tissus membraneux n'est guère suivie d'ulcération que dans les cas où elle présente quelque chose de spécifique dans sa nature, ou lorsque l'individu est sous l'influence de certaines diathèses, ou bien encore lorsqu'il existe une cause permanente d'inflammation, telle qu'un corps étranger qui presse sans cesse sur le même point. Cette proposition, qui souffre de nombreuses exceptions pour la peau et pour quelques muqueuses accessibles, comme celles de la bouche, est vraie pour la plupart des muqueuses profondément placées. Ainsi, nous avons déjà eu occasion de dire que la muqueuse des voies aériennes ne s'ulcérerait guère que dans les cas de diathèse tuberculeuse, ou lorsque l'individu était affecté par le virus vénérien ou par le virus de la morve; rien de plus rare non plus que les ulcérations simples

de la muqueuse des voies digestives. Si l'on voit quelquefois des solutions de continuité de l'estomac se former dans le cours des phlegmasies chroniques, il n'en est plus de même de l'intestin grêle et du gros intestin, dont la muqueuse ne s'ulcère presque jamais dans les inflammations franches, quelle que soit d'ailleurs leur durée. Les ulcérations de l'intestin ne se rencontrent guère, en effet, à l'état aigu, que dans la dysenterie épidémique et dans la fièvre typhoïde, et à l'état chronique dans la phthisie tuberculeuse; ces deux dernières affections, mais la fièvre typhoïde surtout, sont d'ailleurs remarquables par la tendance extrême qu'ont la plupart des tissus membraneux à s'ulcérer: c'est un fait qui a été mis hors de doute par les recherches de M. Louis. Il est encore des ulcérations dont les unes succèdent à la chute d'eschares et d'autres à l'élimination d'un produit morbide, comme le pus ou la matière tuberculeuse ramollie; enfin l'ouverture au dehors des masses cancéreuses donne encore lieu à des ulcérations qui se présentent avec des caractères particuliers. Ainsi, quoique dans la grande majorité des cas, l'ulcération soit précédée de phénomènes inflammatoires, ou tout au moins de congestion, il est évident que la lésion n'est pas seulement le résultat de ce travail morbide, car on n'ulcère pas les tissus à volonté en les enflammant; il n'y a en outre aucun rapport entre le nombre et l'étendue des ulcérations et l'intensité et la durée des phlegmasies; il faut donc qu'indépendamment de celles-ci, il existe quelques-unes des conditions spéciales que nous avons précédemment énumérées.

Les ulcérations diffèrent beaucoup par leur nombre, leur étendue, leur configuration et l'aspect de leur surface; ces différentes circonstances peuvent même, indépendamment des commémoratifs et des symptômes concomitants, éclairer le médecin sur la cause qui les a produites ou qui les entretient. Parmi les ulcérations, les unes sont encore remarquables parce qu'elles s'étendent surtout en surface, tandis que d'autres gagnent en profondeur: ces dernières, quand elles siègent sur des organes creux, peuvent finir par user, par détruire tous les tissus qui entrent dans la composition de leurs parois; celles-ci finissent enfin par être tout à fait perforées. Les progrès des ulcérations sont plus ou moins rapides; il en est qui détruisent de vastes surfaces dans le temps le plus court, tandis que d'autres font des progrès presque insensibles, soit que cela dépende d'une disposition de l'individu ou bien de la nature du tissu. Toutes choses égales d'ailleurs, les tissus s'ulcèrent d'autant plus vite qu'ils sont plus vasculaires et d'une structure plus molle.

J'ai supposé, d'après Hunter, que l'ulcération résultait de l'absorption anormale des tissus. Avant cet illustre chirurgien, on admettait plutôt une corrosion, une destruction des parties par des liquides âcres et irritants; mais il est impossible de démontrer suivant quel mécanisme l'ulcération survient. Nous ne serions pas éloigné de rapprocher l'ulcération de la gangrène, ainsi que Vidal l'a fait. Ce chirurgien distingué regardait l'ulcération comme une sorte de gangrène moléculaire; d'après lui, les tissus, au lieu d'être absorbés, se ramolliraient et seraient ensuite éliminés d'une manière insensible.

Nous avons cru nécessaire de présenter ici ces considérations générales sur les ulcérations, mais nous ne poursuivrons pas plus loin l'étude de cette lésion, et surtout nous ne la considérerons point en particulier dans les principaux organes ou tissus dans lesquels on la rencontre le plus communément, ainsi que nous l'avons fait pour les autres altérations de nutrition; nous croyons préférable de parler de l'ulcération en particulier à l'occasion des causes ou des diathèses dont elle est presque toujours l'effet.