

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 décrirons-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 ptyalisme 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 décrirons 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 boursouffler, 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-prompement.

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

éprouvent de la sécheresse ou une sensation insolite d'humidité dans la bouche; l'haleine est fétide comme dans toutes les stomatites; la mastication et l'impression des substances chaudes exaspèrent les souffrances; chez les enfants à la mamelle, la succion paraît douloureuse, et les fluides qui baignent la bouche sont souvent assez irritants pour excorier le mamelon. Dans les cas dont nous parlons, quelques-uns des ganglions sous-maxillaires augmentent de volume et deviennent douloureux. Souvent aussi il y a du malaise, de l'inappétence, un peu de diarrhée et un léger mouvement fébrile qui persiste peu de temps. Cette période d'ulcération ne dure ordinairement que trois ou quatre jours; elle peut parfois se prolonger pendant un et même deux septénaires. Lorsque la guérison survient (et c'est là la terminaison à peu près constante de la maladie), les bords s'affaissent, la surface se déterge, prend une couleur rouge; puis brusquement, c'est-à-dire entre trente-six heures ou même du jour au lendemain, elle se cicatrise, et la place qu'elle occupait est à peine marquée pendant quelques jours par une petite tache rougeâtre.

Il n'en est pas de même de la forme confluyente, qui, rare en France, serait commune et même, dit-on, épidémique en Hollande et dans d'autres pays. Ici l'éruption est précédée et accompagnée de fièvre et de troubles plus ou moins grands vers les organes digestifs, comme vomissements et diarrhée. Les aphthes apparaissent bientôt sur toute la face interne des joues et des lèvres; on les retrouve même souvent sur le voile du palais et dans l'arrière-bouche. Ils sont partout plus ou moins confluyents: c'est ce qui explique le malaise et les douleurs que les malades éprouvent pendant la déglutition, ainsi que la vive cuisson dont la bouche est le siège. Celle-ci, sèche au début, est bientôt baignée par un liquide filant. Souvent les autres parties des voies digestives participent au trouble fonctionnel; de là des vomissements plus fréquents et une diarrhée plus abondante qu'on ne le constatait au début. A ce degré de la maladie la fièvre redouble, il y a de l'anxiété, et parfois on voit éclater les symptômes graves qu'on observe dans les formes adynamique et ataxique des fièvres continues et qui emportent les malades. On dit que, dans ces cas, la maladie s'est généralisée et que les ulcérations aphtheuses se sont étendues de la bouche au reste des voies digestives; mais on ne sait rien de précis à cet égard, et il serait nécessaire que des recherches plus exactes nous renseignassent sur les caractères d'une affection dont l'existence ne nous semble pas encore établie d'une manière rigoureuse.

Que les aphthes soient discrets ou confluyents, ils peuvent, dans certaines conditions fâcheuses de l'économie, mais dans des cas excessivement rares pourtant, devenir le point de départ d'une gangrène de la bouche.

Diagnostic. — Nous verrons qu'il est très-facile de distinguer l'aphthe qui consiste dans l'ulcération des follicules mucipares, des solutions de continuité produites par le virus syphilitique et par l'action du mercure. Le caractère ulcéreux distingue l'aphthe du muguet, lors même que quelques petites concrétions existeraient au pourtour de l'ulcération. La stomatite ulcéro-membraneuse, par la formation des fausses membranes qui tombent ou qu'on détache, et par l'aspect de la muqueuse, qui au-dessous d'elles est communément violacée, ramollie, saignante, ulcérée, n'offre pas même de l'analogie avec l'inflammation aphtheuse. Enfin on ne prendra pas pour des aphthes ces vésicules d'herpès qui peuvent se montrer sur la muqueuse buccale, et qui sont disposées, comme à la peau, par groupes ayant une auréole rouge (voyez plus bas *Herpès des muqueuses*).

Pronostic. — Le pronostic n'est grave que lorsque l'éruption aphtheuse est

confluente ou lorsqu'elle devient l'occasion d'une gangrène de la bouche.

Étiologie. — Les aphthes sont surtout très-fréquents dans l'enfance et dans la jeunesse, mais ils peuvent également se montrer à tous les autres âges. Une constitution lymphatique, une mauvaise alimentation, semblent y prédisposer ou les déterminer. Cependant le développement de la maladie a lieu si fréquemment dans les conditions les plus opposées, qu'il est impossible d'émettre sur son étiologie aucune opinion raisonnable. Les aphthes semblent d'ailleurs constituer souvent une affection symptomatique, quelquefois consécutive à un état général plus ou moins grave: c'est ainsi qu'ils existaient fréquemment dans l'épidémie de Göttingue, dont Roederer et Wagler nous ont laissé la relation. Souvent ils coïncident avec un état saburral des premières voies, ou bien ils règnent pendant certaines constitutions médicales. C'est un accident assez fréquent parfois dans le cours de l'état puerpéral.

Traitement. — A l'aphthe simple, discret, il suffit presque toujours d'opposer un traitement topique, consistant au début en des lotions mucilagineuses, émoullientes, rendues plus calmantes par l'addition de quelques gouttes de laudanum. Puis, dès que la douleur et la tension des parties ont diminué, on remplace les moyens précédents par des astringents, comme l'acétate de plomb, le sous-borate de soude, l'acide chlorhydrique, l'alun; enfin, il sera souvent utile, pour modifier promptement la surface de l'ulcération, de la toucher avec un crayon d'azotate d'argent. Ce moyen a même été conseillé comme utile dès le début, et comme pouvant arrêter le mal dans son développement. Il est vrai que quelquefois on a réussi de la sorte à faire avorter un aphthe commençant, mais le plus souvent nous avons vu un résultat contraire, de sorte que nous ne croyons ce moyen utile qu'après la période inflammatoire, lorsqu'il importe de modifier l'état local pour déterminer la cicatrisation. A ces moyens on joindra un régime doux, l'usage de boissons acidulées, de bains tièdes, et parfois l'emploi d'un laxatif.

Je n'ai rien dit du chlorate de potasse, si utile dans plusieurs autres stomatites, car ce médicament n'a pas encore été, que je sache, suffisamment expérimenté; cependant son usage à l'intérieur a paru parfois utile, et il n'y a aucun inconvénient à l'expérimenter aussi bien dans les aphthes discrets que lorsqu'ils sont confluyents. Dans ces derniers on sera parfois contraint, par la violence des accidents inflammatoires, à tirer du sang par la veine ou par une application de sangsues sous les mâchoires. Le traitement local sera le même que pour les cas d'aphthes simples ou discrets.

Nature. Siège. — Les aphthes sont une forme d'inflammation des membranes muqueuses; la vésicule constitue l'élément primitif de la maladie. Quant à son siège, Billard a essayé de le placer dans les follicules mucipares; d'autres, dans la muqueuse elle-même. Bichat et Gardien n'ont pas osé se prononcer, et nous imiterons leur réserve, car cette question ne nous paraît pas encore résolue. Si nous ne consultions que nos propres observations, nous dirions que les aphthes n'ont pas, à proprement parler, de siège anatomique; en effet, ils nous ont semblé se développer tantôt sur les follicules et tantôt sur la muqueuse seule.

Du muguet, ou de la stomatite crémeuse.

Les mots *muguet*, *blanchet*, *millet*, servent à désigner une forme de stomatite caractérisée par l'exsudation sur la muqueuse buccale de petites concrétions blanchâtres, disséminées ou confluyentes, sur lesquelles naît un cryptogame de la famille des mucédinées, *oidium albicans*.

Historique. — Le muguet a longtemps été confondu avec les aphtes. Son histoire n'a réellement été tracée que par les auteurs contemporains; on doit citer surtout les travaux des docteurs Véron (1), Lélut (2), Guersant et Blanche (3), Valleix (4), Trousseau et Delpech (5), Seux (6).

Division. — Relativement à l'abondance de l'éruption, le muguet a été divisé en *discret* et en *confluent*; ce dernier a été aussi nommé *malin*, en raison des symptômes généraux graves qui l'accompagnent. Une division plus importante encore est celle qui distingue le muguet en *idiopathique* et en *symptomatique* ou *consécutif*. Le premier affecte des sujets bien portants, et constitue une maladie toute locale; le second, au contraire, se déclare chez les individus affaiblis et arrivés à une période avancée d'une maladie aiguë ou chronique. Le muguet idiopathique est spécial à l'enfance; celui qui est symptomatique est commun à tous les âges.

Lésions cadavériques. — Parmi les lésions qu'on trouve à l'ouverture des cadavres, les unes appartiennent au muguet, les autres aux complications. Les premières se retrouvent partout où l'exudation s'est faite, c'est-à-dire dans la bouche, où elle est constante; dans le pharynx et dans l'œsophage, où elle est très-commune; dans l'estomac, où on la rencontre dans un dixième des cas; dans le tube intestinal et jusqu'au rectum, où elle est plus rare. Cette exsudation est disposée par de petits points blanchâtres, ayant la grosseur d'un grain de riz ou de semoule, plus ou moins rapprochés entre eux; d'autres fois tout l'intérieur de la bouche est revêtu par une couche uniforme et mamelonnée. Cette exsudation, molle, pultacée, inodore, obéissant aux réactifs chimiques comme le feraient le mucus et la fibrine, adhère faiblement à la muqueuse, qu'est souvent rouge, bleuâtre, plus sèche, quelquefois ramollie. Des ulcérations se rencontrent fréquemment (dans près de la moitié des cas) à la voûte palatine.

Depuis longtemps on a recherché quel était le siège précis des concrétions dans le muguet. Van Winperse, qui écrivait en 1787, a prétendu qu'elles se formaient sous l'épithélium; cette opinion a trouvé dans Guersant et dans M. Lélut deux défenseurs habiles. Billard, au contraire, soutint que l'exsudation se formait sur l'épithélium lui-même. Enfin plus récemment, MM. Trousseau et Delpech ont dit qu'elle se disposait plutôt à la surface de la muqueuse préalablement dénudée. Cette question litigieuse me semble résolue aujourd'hui, un examen attentif trouve en effet que la concrétion se forme sur l'épithélium intact.

Quelle est la nature de cette concrétion? Nul doute qu'elle ne soit formée des mêmes éléments que la plupart des fausses membranes; c'est ce que prouve l'inspection simple, c'est ce que démontre aussi l'examen microscopique. Ainsi M. Monneret a trouvé dans les concrétions du muguet: 1° de la fibrine en granulations et en fibres, 2° des cellules granuleuses, 3° quelques globules de pus, 4° beaucoup de cellules d'épithélium pavimenteux (7). Mais sur ce terrain pathologique croît et pullule un parasite spécial découvert par M. Gruby, bien décrit par M. Ch. Robin, sous le nom d'*oidium albicans* (8).

(1) *Observations sur les maladies des enfants*. Paris, 1825.

(2) *Archives*, année 1827.

(3) *Dictionnaire de médecine*, article MUGUET.

(4) *Clinique des maladies des nouveau-nés*. Paris, 1838.

(5) *Journal de médecine*, année 1845.

(6) *Recherches sur les maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1853.

(7) *Gazette médicale de Paris*, année 1853, p. 589.

(8) *Histoire naturelle des végétaux parasites*, 1853.

Ce sont des filaments tubuleux, cylindriques, formés de cellules allongées, articulés bout à bout. Au niveau des articulations naissent les ramifications. L'extrémité libre est renflée, et terminée par une ou par plusieurs cellules ovoïdes qui sont des spores près de se détacher. Les spores sont libres, flottantes ou adhérentes à la muqueuse. Ce sont des cellules de 0^{mm},005 à 0^{mm},007 de diamètre, un peu allongées, contenant une poussière fine, douée du mouvement brownien.

La plupart des micrographes ont considéré ce parasite comme constituant essentiellement la maladie. Nous croyons plutôt que les mucédinées ne sont qu'un épiphénomène, et que, comme plusieurs produits analogues, elles se développent dans les détritiques organiques au milieu des conditions que nous étudierons bientôt.

Chez presque tous les sujets qui succombent, surtout dans les hôpitaux, on trouve la muqueuse intestinale, celle de l'intestin grêle surtout, rouge, injectée, ramollie, quelquefois ulcérée; ces altérations ont le plus souvent précédé le muguet. Enfin, lorsque nous aurons dit que chez l'enfant, et surtout chez l'adulte, le muguet est une lésion qui survient dans le cours de toutes les altérations graves, on comprendra combien doivent être nombreuses les lésions révélées par les ouvertures cadavériques.

Symptômes. — Vingt-quatre ou quarante-huit heures avant d'apercevoir aucune concrétion, la muqueuse buccale, surtout celle de la langue, devient sèche, plus chaude, et le siège d'une douleur cuisante; les papilles linguales sont aussi plus saillantes que de coutume. La succion est douloureuse, et la déglutition devient difficile lorsque l'inflammation érythémateuse s'est propagée au pharynx. Après un, deux ou trois jours, apparaît sur les côtés du frein de la langue, sur les bords de cet organe et à la face interne des joues et des lèvres, ainsi que sur les gencives, une matière crémeuse très-analogue pour l'aspect et par la consistance au caséum. Elle est disposée, comme nous l'avons déjà dit, par petits points semblables à des grains de semoule, tantôt discrets, tantôt confluent, pouvant alors recouvrir toute la muqueuse, sur laquelle elle forme une couche uniforme ou bien des plaques comme mamelonnées. Les enfants exercent alors, pour la plupart, un mâchonnement continu; ils tirent fréquemment leur langue hors de la bouche, comme pour expulser un corps étranger qui les gêne. Il est certain que, dans les muguets un peu étendus, les enfants éprouvent une douleur assez vive; car si on leur introduit le doigt dans la bouche, au lieu de têter, souvent ils se rejettent en arrière et pleurent.

Les concrétions qui caractérisent le muguet sont généralement molles, et on les détache aisément, mais parfois elles sont assez adhérentes pour qu'un effort soit nécessaire afin de les séparer de la muqueuse, qui à ce niveau est très-rouge, lisse, polie et parfois saignante. Il est à remarquer que, dans le muguet, l'haleine n'exhale point cette odeur infecte que l'on trouve dans toutes les autres stomatites, et l'on ne voit pas non plus un phénomène constant dans les inflammations buccales, le ptyalisme. Dans le muguet, au contraire, la bouche est en général plutôt sèche qu'humectée, les fluides qu'on y trouve donnent une réaction fortement acide, fait sur lequel on a beaucoup trop insisté, car on le trouve chez un grand nombre de malades et chez beaucoup d'individus bien portants. Dans le muguet simple, il n'y a ni fièvre, ni diarrhée, ni aucun autre trouble fonctionnel: c'est à peine si l'on rencontre un peu d'érythème vers les fesses et aux cuisses.

Il n'en est plus de même du muguet symptomatique, de celui qu'on observe dans la plupart des asiles, et auquel se rapporte surtout la description que

Valleix a tracé de la maladie. Presque toujours on voit une diarrhée plus ou moins abondante, et chez les enfants un érythème plus ou moins confluent sur le siège et à la partie interne des cuisses, précéder le muguet de quelques jours. Les symptômes locaux de la maladie sont les mêmes que dans la variété précédente, seulement il n'est pas rare ici, à côté des grains de muguet, de trouver des ulcérations ovalaires à bords taillés à pic, à surface blanche ou rougeâtre, siégeant sur le palais ou sur le frein de la langue. D'après Valleix, ces solutions de continuité se montreraient, dans la majorité des cas, avant même l'apparition des premières concrétions; et, chose remarquable, il n'est pas rare de les voir guérir alors même que la terminaison de la maladie est funeste.

Dans le muguet dont nous parlons et qui arrive après plusieurs jours de diarrhée, le pouls s'accélère, la chaleur de la peau s'élève, le ventre devient douloureux à la pression; il se ballonne, puis la diarrhée augmente, et bientôt des vomissements ont lieu. Dans les évacuations alvines on découvre souvent une matière crémeuse, pultacée, signe certain que l'exsudation qui existe dans la bouche s'est également formée dans le tube digestif. Les symptômes allant encore en s'aggravant, il survient une soif inextinguible; l'exsudation buccale devient brunâtre; il se fait un amaigrissement rapide et tel qu'en peu de jours ces enfants ont les yeux caves et éteints, la figure rabougrie et ridée comme celle d'un vieillard; leur voix est cassée, ils tombent dans le coma; leur pouls devient insensible, la chaleur s'éteint, l'érythème des premiers jours se propage au loin, la peau s'ulcère dans divers points, surtout vers les malléoles et les talons (Valleix); enfin, la mort arrive dans un état de prostration extrême.

Cette terminaison est presque constante lorsque le muguet s'étend dans l'intestin, ou bien lorsqu'il existe du côté de la poitrine ou des organes digestifs quelques-unes des graves complications que nous avons énumérées. La maladie peut alors se terminer entre trois et cinq jours. Dans la plupart des cas, pourtant, la mort est moins prompte; mais la guérison n'a presque jamais lieu.

Si le muguet est idiopathique, si la fièvre manque ou si elle est peu intense, s'il n'y a point de diarrhée ou s'il n'y a qu'une diarrhée insignifiante, on voit la maladie se terminer par la guérison après une durée qui varie entre trois et quinze jours. M. Seux, sur 286 cas de muguet sans complication d'entérite, n'a vu la mort survenir qu'une seule fois. Lorsque la maladie se termine heureusement, l'exsudation repullule plus lentement et cesse bientôt de se reproduire. On a dit que la maladie pouvait passer à la chronicité; on verrait alors de temps en temps et pendant plusieurs mois, sur divers points de la bouche, des grains de muguet sans qu'il en résulte le plus communément aucun trouble notable du côté des principales fonctions; mais c'est là un fait extrêmement rare.

Diagnostic. — Le diagnostic du muguet n'offre aucune difficulté. La présence de petites concrétions blanchâtres, molles, en général peu adhérentes, différencie aisément ces affections des aphthes qui commencent sur un point vésiculeux et se transforment bientôt en ulcérations manifestes. Nulle difficulté, non plus, pour distinguer le muguet de la stomatite ulcéro-membraneuse, dont nous parlerons bientôt, et qui est caractérisée par de larges plaques pseudo-membraneuses grisâtres, commençant sur le rebord des gencives, lesquelles sont ordinairement molles, gonflées et ulcérées.

Pronostic. — Le pronostic du muguet est favorable toutes les fois que la maladie, atteignant un enfant bien constitué, n'excite point ou à peine de fièvre et de diarrhée; toutes les fois, en un mot, qu'il constitue une affection idiopathique

de la bouche. Dans le cas contraire, le pronostic est des plus fâcheux, car on voit succomber la plupart des enfants qui en sont atteints. La mortalité est surtout grande en temps d'épidémie, et chez les enfants recueillis dans les hospices. La considération du nombre et la gravité des complications viscérales, qui existent presque constamment alors, détermineront le degré d'espoir qu'il est permis de conserver dans chaque cas en particulier.

La manifestation du muguet chez un individu déjà malade, quel que soit d'ailleurs son âge, est toujours une circonstance du plus fâcheux augure. Dans les maladies chroniques incurables, elle est presque toujours l'avant-coureur d'une mort assez prochaine, et dans les maladies aiguës ou bien dans les affections chroniques qui sont curables, sans offrir le même degré de gravité, le muguet ajoute néanmoins toujours à ce que les autres symptômes peuvent offrir d'inquiétant. Ce n'est pas que par lui-même le muguet fasse courir aucun péril, mais il révèle un état grave de l'économie, et, sous ce rapport, sa manifestation est toujours chose fâcheuse.

Étiologie. — Le muguet peut se montrer à tous les âges, mais dans les proportions les plus inégales. Plus commun chez les enfants à la mamelle qu'à aucune autre période de la vie, on le remarque presque toujours, chez eux, dès le premier mois de l'existence (1). Ce n'est guère aussi que dans la première enfance qu'on observe le muguet idiopathique. Plus tard, surtout chez l'adulte et le vieillard, le muguet constitue une lésion secondaire, qui n'arrive que chez des individus atteints de quelque affection grave.

Le muguet affecte surtout les enfants chétifs, nés avant terme et vivant dans des conditions hygiéniques mauvaises. Ainsi il est reconnu que les enfants placés dans un milieu humide et malpropre, ou entassés dans des salles mal aérées; que ceux dont l'alimentation est insuffisante, sont plus exposés au muguet. C'est ce qui explique pourquoi l'affection règne si souvent d'une manière épidémique ou endémique dans les hospices, pourquoi elle est incomparablement plus commune chez l'enfant du pauvre que chez celui du riche. Il règne en toute saison, mais en plus grand nombre dans la saison chaude: c'est ce qui résulte surtout des faits observés par Valleix et par M. le docteur Seux. Ce dernier me semble aussi avoir prouvé que l'affection est plus commune dans le Midi que dans le Nord; tandis qu'à Paris le muguet ne frapperait dans les hospices que 23,50 pour 100, des enfants admis, la proportion serait à Marseille de 73,50.

Le muguet idiopathique, qui atteint communément des enfants forts, bien constitués, se produit, en général, à l'occasion de causes locales: comme des efforts de succion nécessités par un mamelon trop court ou trop gros, ou bien encore lorsque dans l'allaitement artificiel on se sert de bouts de sein durs et inégaux.

Le muguet est-il transmissible? Cette question a été diversement résolue, mais aujourd'hui des faits irrécusables ont démontré que le muguet pouvait se transmettre de l'enfant au sein de la nourrice, et de celle-ci aux enfants sains qui la tetteraient. La transmission ne peut-elle pas se faire aussi par l'air ambiant? Des enfants atteints de muguet, dans une salle, pourraient-ils, par exemple, contaminer des enfants sains placés dans le même milieu? Le doute, à cet égard, est encore permis. Certes, rien de si commun que de voir le muguet dans nos hospices de nouveau-nés; mais la multiplicité des cas s'explique moins par une transmission que parce que les individus sont placés dans des conditions com-

(1) Sur 402 nouveau-nés atteints de muguet, M. Seux dit que 394 avaient une huitaine de jours; un seul, c'était le plus âgé, avait un mois. (*Recherches sur les maladies des nouveau-nés.* Paris, 1855.)

munés capables d'engendrer l'affection. Toutefois on comprend que des enfants frappés en grand nombre puissent constituer pour d'autres enfants sains un foyer d'infection; aussi la prudence conseille-t-elle de disséminer le plus possible les individus.

Le muguet, pour naître, exige-t-il encore une condition spéciale? M. Gubler a émis, dans ces derniers temps, l'opinion que l'*oidium albicans* ne pouvait se développer que lorsque les liquides de la bouche cessent d'être alcalins et deviennent, sous certaines influences morbides, habituellement acides (1). L'acidité de la bouche est certainement un fait très-ordinaire chez ceux qui sont atteints de muguet, du moins lorsque la maladie est à sa période ascendante ou à sa période d'état. Cependant on a objecté que l'acidité de la bouche existe habituellement chez un certain nombre d'individus, sains ou malades. M. le docteur Seux paraît avoir établi, en outre, que c'est l'état normal des nouveau-nés en bonne santé; de sorte que l'acidité des sécrétions buccales pourrait bien jouer le rôle de cause prédisposante, sans acquérir jamais l'importance d'une cause nécessaire à la manifestation de la maladie.

Traitement. — Dans la première période, les malades feront usage de collutoires émollients. Mais, comme les enfants ne peuvent se gargariser, on touchera les parties malades avec un pinceau imbibé de liquides appropriés. Plus tard, lorsque la bouche est recouverte d'une exsudation épaisse, consistante, on ajoute au liquide un quart de liqueur de Labarraque, ou bien un acide végétal, comme du vinaigre ou du citron. Préférentiellement aux acides, Guersant conseillait les solutions d'alun plus ou moins étendues; la plupart vantent celles de borax, dont j'ai moi-même constaté toute l'efficacité dans les nombreux muguets que j'ai vus chez les nouveau-nés à l'hôpital Saint-Antoine. M. Gubler pense que ce sel agit à titre de substance alcaline, en changeant les qualités du milieu qu'il croit nécessaire au développement de la maladie; aussi conseille-t-il, au même titre, les autres alcalins, et en particulier l'eau de Vichy.

Les gargarismes et les atouchements du pinceau suffisent, le plus souvent, pour détacher les fausses membranes; mais il en est qui sont très-adhérentes; celles-là ne devront être ni tirillées, ni arrachées violemment, car ces manœuvres exciteraient de la douleur et augmenteraient l'inflammation.

On a aussi opposé au muguet le chlorate de potasse que nous verrons bientôt être si efficace dans la stomatite ulcéro-membraneuse; mais dans quelques essais tentés surtout par Legroux, à l'Hôtel-Dieu, on n'en a obtenu aucun effet utile.

Les astringents sont, en définitive, les seuls topiques qui conviennent; les cautérisations avec l'acide chlorhydrique fumant ou bien avec l'azotate d'argent me semblent ne devoir être jamais employées.

Les moyens généraux à conseiller varient suivant l'état du sujet et la période de la maladie. Au début, lorsqu'il n'existe pas de fièvre, on se bornera aux lotions émollientes, à l'usage de l'eau d'orge; on fera moins têter l'enfant, qui d'ailleurs sera soumis à un régime exclusivement lacté. S'il y a de la fièvre, des symptômes inflammatoires vers l'abdomen, on prescrit des bains tièdes, des cataplasmes, des lavements calmants, additionnés d'une ou deux gouttes de laudanum de Sydenham. Enfin, les accidents adynamiques indiquent l'emploi des toniques (sirop d'écorce d'orange, quinquina, etc.), mais presque sans espoir de succès. C'est ici que l'eau de sauge, tant vantée dans le muguet presque comme un spécifique, peut trouver son emploi. Les complications, si fréquentes du côté du tube digestif, feront toujours redouter l'usage des émé-

(1) Mémoires de l'Académie de médecine, t. XXII, p. 443.

tiques et des purgatifs, que quelques auteurs ont préconisés dans la première période de l'affection. Du lait, pris en petite quantité, mêlé à un peu d'eau de Vichy, si la bouche est très-acide; des boissons glacées, et au besoin un vésicatoire à l'épigastre, sont les moyens les plus efficaces à opposer aux troubles de l'estomac. L'opium à faible dose et le sous-nitrate de bismuth conviendront surtout pour arrêter les diarrhées rebelles. On a même proposé, dans ces cas, des lavements avec le nitrate d'argent, médication impuissante, car ces lavements ne peuvent exercer qu'une action topique, et ils ne sauraient atteindre les points de l'intestin où la lésion est le plus étendue et le plus grave. L'érythème, si fréquent dans le muguet, n'exige que des soins de propreté et quelques lotions d'eau blanche.

Dans le muguet qui arrive à la période ultime des maladies aiguës et chroniques, on se bornera à calmer la chaleur dont la bouche est le siège par quelques gargarismes simplement émollients ou rendus légèrement astringents avec de l'alun ou du borax.

Nature. — Le muguet doit être considéré comme une forme de stomatite. La rougeur, la chaleur, la sensibilité de la muqueuse, les ulcérations qui s'y forment souvent, sont une démonstration suffisante du travail phlegmasique; la concrétion qui se fait à sa surface en est également un indice, car on y a trouvé des produits que l'inflammation seule fait naître. Quant au cryptogame qu'on a découvert, il constitue, sans contredit, un caractère curieux de la maladie, mais, au point de vue purement médical, il n'a pas l'importance que quelques-uns semblent lui accorder.

De la stomatite ulcéreuse.

SYNONYMIE. — Stomatite ulcéro-membraneuse. — Stomatite diphthérique ou pseudo-membraneuse. — Stomatite, gangrène scorbutique. — Scorbut de la bouche. — Stomatite gangréneuse.

La *stomatite ulcéreuse* est une inflammation spécifique, caractérisée par des ulcérations de forme et d'étendue diverses, qui peuvent occuper tous les points de la muqueuse buccale, mais qui siègent spécialement sur les gencives et à la face interne des joues, et s'accompagnent de fétidité de la bouche, de pyalisme et d'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Historique. — La description de cette maladie est très-confuse, même dans les ouvrages les plus récents. Le grand nombre de dénominations qu'elle a reçues prouve qu'on l'a confondue avec des affections dont elle se distingue, et que d'autre part on a souvent décrit, comme espèces distinctes, des maladies de la bouche absolument identiques. Il faut rapporter à la maladie dont je vais parler, la description tracée par Bretonneau, de la stomatite qui sévit, en 1818, sur la légion de la Vendée en garnison à Tours (1); diverses relations d'épidémies antérieures et postérieures à cette époque, depuis celles que Desgenettes et Larrey observèrent, le premier en 1793, le second en 1794, jusqu'à ces stomatites ulcéreuses qui ont sévi à diverses reprises sur plusieurs corps de notre armée, et dont l'histoire, pour la plupart, a été faite dans le *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires* (2). C'est la même affection qui, observée beaucoup plus souvent dans les hôpitaux et hospices d'enfants, a été décrite sous les noms de *stomatite couenneuse* ou *pseudo-*

(1) Des inflammations spéciales, et en particulier de la diphthérie. Paris, 1836, p. 14 et 134.

(2) Tomes XXVIII, XXXV, XXXVIII et XLV.

membraneuse (1), *stomatite ulcéreuse* (2), *ulcero-membraneuse* (3), *gangréneuse* (4) : c'est ce qu'a établi, sur les preuves les plus convaincantes, un médecin des plus judicieux, M. le docteur Bergeron, qui a publié sur la stomatite ulcéreuse la monographie la plus complète que nous ayons (5); elle me servira de guide dans la description que je vais tracer de la maladie.

Symptômes. — La stomatite est parfois précédée, pendant quelques jours, de malaise, d'inappétence et très-exceptionnellement d'un mouvement fébrile; le plus souvent, pourtant, le début de l'affection n'est marqué que par des symptômes locaux. Les individus éprouvent, dans toute la bouche ou bien dans quelques points de cette cavité, un sentiment de chaleur ou de brûlure; la muqueuse est alors plus ou moins vivement injectée, bientôt apparaissent les lésions caractérisant la maladie. Parfois on voit poindre une ou plusieurs vésicules, qui s'ouvrent bientôt et laissent à leur place une ulcération. Le plus souvent, pourtant, celle-ci paraît être le phénomène initial. Sur le bord libre des gencives, puis sur les muqueuses des lèvres et des joues se forment des solutions de continuité d'abord très-circonscrites et superficielles, mais qui s'agrandissent bientôt et gagnent en profondeur. Les unes, surtout celles des gencives, sont couvertes d'un débris grisâtre qui les masque parfois; les autres, spécialement celles qui occupent les joues, les lèvres, le voile du palais, sont tapissées par une concrétion plus ou moins épaisse et adhérente, grise ou jaunâtre, quelquefois noirâtre par places, lorsque du sang l'a pénétrée. Est-ce à une fausse membrane, comme on le dit? M. Bergeron, se fondant sur la densité, sur la force de cohésion du tissu, sur son adhérence avec les parties subjacentes, et surtout sur les caractères fournis par l'examen microscopique, le considère comme n'étant autre chose qu'un lambeau de la muqueuse buccale mortifiée. Mais c'est là un point d'anatomie pathologique qui a besoin d'être éclairci par des recherches nouvelles. Quoi qu'il en soit, que dans quelques-uns des cas cités par M. Bergeron la concrétion qui recouvrait l'ulcération fût une eschare, nul ne peut le contester; mais je pense que le plus souvent il n'en est rien, et que l'ulcération est généralement tapissée par une véritable pseudo-membrane, par une concrétion albumino-fibrineuse, qui peut se reproduire sur place plusieurs fois de suite. Ce qui confirme, d'ailleurs, cette opinion, c'est la rapidité avec laquelle nous verrons souvent, sous l'influence du chlorate de potasse, la plaie se déterger; vingt-quatre heures suffisent, parfois, pour que la surface devienne nette : cela n'a rien d'extraordinaire dans la supposition d'une fausse membrane, la chose serait impossible s'il existait une eschare adhérente.

Dans la stomatite ulcéreuse, plus que dans toute autre phlegmasie buccale, l'haleine des malades répand une odeur des plus infectes. La bouche est le siège de douleurs parfois vives, qui rendent la mastication difficile ou même impossible. Il existe aussi un ptyalisme plus ou moins abondant, et les ganglions sous-maxillaires sont presque toujours tuméfiés et douloureux; dans les cas, enfin, où la lésion s'étend sur les amygdales, la déglutition peut devenir plus ou moins difficile.

Les ulcérations qui constituent le caractère anatomique essentiel de l'affection ont leur siège de prédilection sur les gencives. Débutant sur leur bord

(1) Guersant et Blache, *Dictionnaire de médecine*, article STOMATITE.

(2) Barrier, *Traité des maladies de l'enfance*, t. 1^{er}.

(3) Rilliet et Barthez, *Traité des maladies de l'enfance*, t. 1^{er}, 2^e édition, p. 107.

(4) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, avril 1839.

(5) *De la stomatite ulcéreuse des soldats*. Paris, 1859.

libre, elles peuvent ne pas être d'abord très-appreciables, mais elles ne tardent pas à le devenir et souvent elles finissent par envahir la gencive dans toute sa hauteur. Sur les joues on peut n'en compter qu'une ou deux, mais, le plus souvent, elles y sont en plus grand nombre. Il est remarquable que presque toujours elles n'existent que d'un seul côté, plus souvent à gauche qu'à droite. Les unes arrondies, d'autres plus ou moins elliptiques, ont une étendue variant de 6 à 30 millimètres; en se réunissant plusieurs, elles peuvent former une large surface d'ulcération. On peut aussi rencontrer, mais exceptionnellement, les mêmes solutions de continuité sur la voûte palatine, sur le voile du palais et sur les amygdales; elles siègent le plus ordinairement d'un seul côté, comme nous l'avons vu pour les ulcérations des joues.

Les symptômes généraux sont en rapport avec le nombre et l'étendue des altérations locales; le plus ordinairement tout se borne à un état de malaise avec inappétence; mais souvent il existe des nausées, des vomissements, de la céphalalgie, de la fièvre et une prostration parfois assez grande pour faire redouter l'invasion d'une maladie plus sérieuse.

Marche. Terminaisons. — Lorsque la maladie rétrograde, on voit la surface des ulcérations se déterger peu à peu, la fausse membrane disparaît et ne se reproduit plus; le ptyalisme, la fétidité de l'haleine et l'engorgement ganglionnaire cessent; l'ulcération se cicatrise bientôt sans laisser de traces. Le plus souvent, surtout si la maladie est abandonnée à elle-même, on constate après une période aiguë de une ou de deux semaines, un état stationnaire, mais seulement dans les symptômes locaux, car la fièvre, la prostration, les troubles digestifs diminuent ou cessent vers cette époque.

Au lieu de marcher rapidement vers la guérison, le plus fréquemment on voit la stomatite ulcéreuse passer à la chronicité et persister pendant deux, trois ou quatre mois. Dans ces cas, la congestion diminue; les ulcérations, moins douloureuses, deviennent grisâtres, leur fond s'indure; l'engorgement ganglionnaire persiste, mais le ptyalisme est moins abondant, l'odeur moins infecte; enfin, la maladie, après avoir souvent présenté des alternatives d'aggravation et d'amélioration, marche franchement vers la guérison; mais il n'est pas rare de voir alors pendant longtemps, au niveau de la cicatrice, une induration persistante des tissus et un aspect gaufré de la surface.

La durée de la maladie est variable, elle oscille entre sept jours et plusieurs mois. La terminaison est constamment favorable, bien que, abandonnée à elle-même, la stomatite ulcéreuse n'ait pas une grande tendance à marcher vers la cicatrisation. Les maladies intercurrentes apportent même peu de changement. M. Bergeron dit en effet que la dysenterie, le choléra, la fièvre typhoïde qu'il a vus survenir dans le cours d'une stomatite ulcéreuse, n'ont en rien modifié ni l'aspect ni l'étendue des solutions de continuité.

Diagnostic. — La stomatite ulcéreuse a des caractères tellement tranchés qu'il est aujourd'hui impossible de la confondre avec aucune autre affection de la cavité buccale. En traitant plus tard du scorbut et de la gangrène de la bouche, nous verrons que la confusion est impossible. Il n'y a non plus aucune difficulté pour distinguer cette stomatite des ulcérations de la bouche produites par la présence d'une dent inégale, déviée ou rompue, et qui siègent le plus communément aux joues et dans le voisinage des dernières molaires. La cause du mal est révélée ici par la seule inspection des parties.

Pronostic. — La stomatite ulcéreuse ne compromet jamais l'existence, mais c'est une affection incommode par les douleurs et le malaise qu'elle provoque, et par sa durée quelquefois assez considérable.

Étiologie. — La stomatite ulcéreuse, rare dans nos hôpitaux d'adultes, est fréquente, au contraire, dans les asiles consacrés à l'enfance. C'est une affection qu'on rencontre aussi très-souvent dans l'armée française, où elle frappe spécialement les nouvelles recrues.

Dans ces deux catégories de sujets, la maladie se développe à la suite des mêmes causes. Elle naît sous l'influence de l'encombrement, lorsque des individus sont accumulés dans des espaces trop étroits, lorsque surtout des excès de fatigue, une alimentation insuffisante, une chaleur humide, en débilitant l'économie, la rendent plus susceptible à l'impression de la cause morbide. La stomatite naît presque toujours alors d'une manière spontanée, parfois elle se déclare à l'occasion d'une cause excitante vulgaire, comme un refroidissement, un excès alcoolique, etc.

Nul doute que l'affection ne soit transmissible par le contact et par l'infection de l'air. Un fait, personnel à M. Bergeron, semblerait prouver que la maladie est inoculable; cependant la chose n'est pas encore établie d'une manière rigoureuse. Quoi qu'il en soit, pour le médecin distingué dont le nom a dû être souvent cité dans cet article, l'encombrement comme cause productrice, et la contagion comme cause de propagation, dominent l'étiologie de la stomatite ulcéreuse, du moins chez les soldats; il est probable qu'il en est de même chez les enfants.

Traitement. — Jusque dans ces derniers temps, on conseillait contre la stomatite ulcéro-membraneuse les cautérisations avec l'azotate d'argent ou bien avec l'acide chlorhydrique; les collutoires détersifs, astringents, avec le borax et l'alun; enfin, on touchait les parties malades avec du chlorure de chaux sec qu'on portait avec le doigt sur les points affectés, et sur lesquels on exerçait une friction un peu rude. Mais ces moyens, utiles dans quelques cas, sont pour la plupart douloureux, et n'agissent que fort lentement; il n'en est pas de même du chlorate de potasse. Ce médicament, préconisé en Angleterre par Hunt, en 1847, puis par West, et plus récemment à Genève par M. Chanal, était inusité en France, lorsqu'en 1855, M. Herpin appela l'attention sur lui et démontra son utilité dans plusieurs espèces de stomatites. Administré dans la stomatite ulcéro-membraneuse, il jouit d'une efficacité incontestable et attestée aujourd'hui par des faits nombreux publiés surtout par MM. Blache, Isambert et Bergeron. Sous l'influence de ce médicament, la maladie que nous avons signalée plus haut comme si rebelle se modifie presque aussitôt. En vingt-quatre ou quarante-huit heures, la muqueuse buccale perd sa couleur violette; les fausses membranes se détachent, les ulcérations prennent un aspect rosé de bonne nature, et au bout de quatre à huit jours la cicatrisation est ordinairement complète. Les cas d'insuccès sont infiniment rares; même lorsque le médicament est impuissant pour guérir, il modifie avantageusement l'aspect de la muqueuse. C'est à l'intérieur qu'il convient de prescrire le sel de potasse, à la dose de 1 à 4 grammes chez les enfants, à celle de 4 à 8 chez l'adulte, dans 120 à 250 grammes de véhicule. Ces doses peuvent être même doublées sans inconvénient. Le chlorate de potasse, appliqué directement sur les parties en gargarisme ou collutoire, peut être avantageux; mais son action est plus certaine et plus prompte quand on le donne à l'intérieur. Il n'agit certes pas ici à titre d'altérant, mais éliminé en grande partie par la salive, il exerce une action topique beaucoup plus intime et plus moléculaire en quelque sorte que lorsqu'on le porte directement sur les surfaces malades.

Le chlorate de potasse peut le plus souvent être donné d'emblée, mais quelquefois, surtout chez l'adulte, il existe des signes d'embarras gastrique qui doi-

vent préalablement être combattus par un émétique ou par un éméto-cathartique (10 centigrammes d'émétique, 20 grammes de sulfate de soude).

Nature. — La stomatite ulcéreuse est une phlegmasie spécifique, très-loups confondue avec la diphthérie, mais méritant pourtant d'en être distinguée. Rien d'ailleurs ne prouve jusqu'à présent qu'il se forme sur la muqueuse buccale des concrétions identiques avec celles que nous verrons bientôt se produire sur le pharynx ainsi que dans le larynx, et qui caractérisent l'angine diphthéritique et le croup. MM. Barrier, Rilliet, Barthez, Bergeron, n'en ont jamais observé d'exemple, et je puis ici joindre mon témoignage à celui de ces médecins distingués. La stomatite ulcéreuse n'offre d'ailleurs rien de commun avec la diphthérie: dans cette affection, en effet, la muqueuse qui recouvre la fausse membrane est peu altérée, tandis qu'elle est manifestement ulcérée dans l'autre; la première a une tendance plus grande à s'étendre et à gagner les voies aériennes, et elle s'accompagne souvent aussi de symptômes graves d'intoxication: or tous ces accidents font toujours défaut dans la stomatite ulcéreuse. Enfin citons comme dernière différence, que le chlorate de potasse agit presque comme un spécifique dans la stomatite ulcéreuse, tandis que son impuissance est aujourd'hui bien démontrée contre toutes les formes de l'affection diphthéritique.

La maladie que je viens d'étudier constitue-t-elle une affection essentiellement gangréneuse, et aurais-je dû, à l'exemple de M. Taupin, la décrire sous le nom de *stomatite gangréneuse*? Je ne le pense pas. M. Taupin, en voulant simplifier l'étude des stomatites, me paraît avoir confondu des choses très-différentes. Nul doute qu'il ne faille rapporter à la stomatite ulcéreuse les deux premières formes qu'il nomme *couenneuse* et *ulcéreuse*, mais, même en admettant avec M. Bergeron que ce qu'on décrit généralement comme une concrétion ne soit qu'une eschare de la muqueuse, il n'en faut pas moins distinguer cette maladie incommode, douloureuse mais bénigne, essentiellement contagieuse, de la gangrène qui frappe les parois buccales, affection des plus graves et incapable de se transmettre par voie de contagion. (Voy. t. II, *Gangrène de la bouche*.)

De la stomatite mercurielle.

On désigne sous les noms de *ptyalisme mercuriel*, de *salivation*, ou de *stomatite mercurielle*, l'inflammation de la muqueuse buccale qui se développe consécutivement à l'absorption du mercure.

Symptômes. Marche. Terminaison. — Au début, les malades éprouvent dans la bouche une saveur métallique et une sensation insolite de chaleur et de sécheresse; mais ce n'est là qu'un phénomène passager, car dès le début on constate une augmentation dans la sécrétion salivaire. Bientôt les gencives se tuméfient, deviennent douloureuses, se ramollissent et saignent au moindre contact. Elles sont d'un rouge blafard dans la plus grande partie de leur étendue, excepté vers le collet des dents, où elles offrent un liséré rouge et violacé, et plus tard blanchâtre, puis elles se détachent des dents. Celles-ci, couvertes d'un enduit sale, limoneux, sont parfois écartées, elles deviennent vacillantes, et lorsque les malades rapprochent leurs mâchoires comme pour mâcher, ils éprouvent une sensation qui leur fait croire que leurs dents sont allongées. Cet allongement est peut-être réel, il s'expliquerait par l'ébranlement que les dents ont subi par suite de la propagation de la phlegmasie dans leurs alvéoles. Comme cela arrive dans toutes les stomatites, la bouche exhale, dès le début

de la maladie, une très-grande fétidité; mais l'odeur a ici quelque chose de tout spécial, je pourrais même dire de pathognomonique. Des gencives, la phlegmasie s'étend bientôt aux autres points tapissés par la muqueuse buccale, sur les lèvres, sur les joues et à la langue. Partout la muqueuse est tuméfiée et comme infiltrée; elle offre çà et là un enduit crémeux blanchâtre, d'abord pointillé, puis étendu en nappe et qu'on détache aisément; ailleurs ce sont des plaques diphthériques, grisâtres et plus ou moins adhérentes: cette disposition est surtout remarquable sur la langue. La maladie continuant à s'accroître, on voit la tuméfaction des parois buccales et des parties renfermées dans cette cavité augmenter; les joues, au niveau des grosses molaires, les lèvres, surtout l'inférieure, et la langue à sa pointe et à son bord, présentent des sillons verticaux, dus à l'empreinte que les dents ont faite sur des tissus mous. Le plus souvent il n'y a qu'une dépression recouverte fréquemment d'une pseudo-membrane et limitée par des crêtes d'un rouge vif, correspondant à l'interstice des dents; cependant, dans quelques cas, des ulcérations plus ou moins profondes existent à ce niveau. La langue, par suite de l'extension de la phlegmasie aux tissus subjacents à la muqueuse, devient plus volumineuse, et cette augmentation est telle parfois, que ne pouvant plus être contenu dans la bouche, l'organe sort de cette cavité et fait saillie au delà des arcades dentaires, qui pressent douloureusement sur lui. La pointe de la langue ainsi exposée à l'air se dessèche et brunit; la pression contre les dents étant alors devenue plus forte que tantôt, on voit les ulcérations s'agrandir et se multiplier; plusieurs prennent une couleur grisâtre, et parfois même des eschares, en général circonscrites, se forment en plusieurs points. Toute la face est alors tuméfiée; le gonflement s'étend aux glandes salivaires, ainsi qu'aux ganglions sous-maxillaires; aussi la pression exercée sur ces parties est-elle très-douloureuse. Quelques malades se plaignent aussi de la gorge et souffrent des oreilles par suite de l'extension de la phlegmasie au pharynx et aux trompes d'Eustache. L'extension aux parties molles qui entourent les articulations temporo-maxillaires est cause que quelques malades peuvent à peine desserrer les dents même pour boire. Si, lorsque cette disposition se rencontre, les parties molles de la bouche et la langue surtout, sont très-tuméfiées, la respiration peut être très-génée; l'asphyxie pourrait même se produire si les narines obturées en partie par une cause quelconque ne permettaient pas à l'air d'arriver aux poumons en quantité suffisante. Pendant que les lésions des parties molles augmentent, on voit en même temps la sécrétion salivaire redoubler; les malades ayant constamment la bouche plus ou moins entr'ouverte, il s'en écoule incessamment et involontairement un fluide clair, grisâtre, d'une odeur fade, parfois fétide, dont la quantité a pu s'élever à plusieurs litres dans les vingt-quatre heures. Lorsque la maladie présente cette acuité, la fièvre s'allume, le sang tiré de la veine est couenneux, il y a une céphalalgie vive et un état de malaise considérable, car ces malheureux malades ne peuvent plus mâcher, ni avaler, ni entendre, ni parler, ni dormir; les douleurs qu'ils éprouvent et la sécrétion incessante de la salive qui s'écoule hors de la bouche s'opposant à tout sommeil. Si la stomatite, au lieu de s'amender, continue ses progrès, on peut voir les gencives tomber en putrilage; la phlegmasie se propageant au périoste alvéolo-dentaire, les dents noircissent, deviennent de plus en plus vacillantes, puis tombent, les joues se gangrenent, et une portion considérable des os maxillaires peut se nécroser. L'état général est alors en rapport avec ces graves désordres, qui heureusement sont rares aujourd'hui, mais qui communs autrefois, ont provoqué la mort de beaucoup

de malades. Ceux qui ont survécu ont eu des convalescences longues, pénibles, en rapport avec l'épuisement qu'ils ont subi, et très-souvent on a vu succéder aux désordres dont j'ai parlé, des cicatrices vicieuses qui ont défiguré les malades, ont gêné ou empêché les fonctions de la bouche et des organes qui y sont contenus.

Lorsque les parties molles seules ont été atteintes, et lorsqu'il n'a existé que des ulcérations superficielles, on voit, après un temps variable, la surface se déterger et la cicatrisation se faire; en même temps le ptyalisme diminue, la muqueuse perd sa couleur violacée pour devenir rosée et plus ferme, les dents reprennent leur solidité, bientôt les malades peuvent manger sans douleur des substances molles, humides; mais ce n'est que plus tard qu'il leur est possible de mâcher des corps solides, comme du pain, sans provoquer de la douleur et le saignement des gencives.

Durée. — La maladie a une durée plus ou moins longue. Lorsqu'elle est très-bénigne, elle peut se terminer en quatre ou six jours; mais pour peu qu'elle soit grave, elle se prolonge pendant au moins deux septénaires et quelquefois au delà. Il n'y a pourtant pas toujours un rapport exact entre la gravité de la maladie et sa durée: il n'est pas rare, en effet, de voir des stomatites mercurielles de médiocre intensité, produire pendant plusieurs mois une salivation abondante qui épuise les malades. Ces ptyalismes mercuriels à marche chronique sont presque toujours entretenus par quelque altération de la muqueuse, qui est gonflée, saignante, ulcérée dans quelques points; cependant, chez un petit nombre, les parties molles semblent être revenues à leur état physiologique; elles sont alors plutôt pâles que rouges: on dirait qu'il n'existe dans ces cas qu'une simple habitude de sécrétion morbide. Le plus souvent la guérison, une fois survenue, est définitive: cependant quelques personnes conservent encore pendant longtemps un état de susceptibilité de la muqueuse buccale, qui se gonfle et s'ulcère facilement; chez d'autres, les dents se carient, ou bien elles tombent avant l'âge, spontanément et sans être gâtées.

Diagnostic. — Le diagnostic de la stomatite mercurielle n'est jamais difficile; la puanteur toute particulière de la bouche serait à elle seule un caractère presque pathognomonique. On a prétendu qu'il était quelquefois difficile et même impossible de distinguer les ulcérations mercurielles de celles qui sont produites par le virus syphilitique. Cependant nous pensons que la distinction est facile: car les premières occupent la face interne des joues et correspondent communément à la saillie des dents; les autres sont ordinairement situées sur le pharynx et sur les amygdales, ou bien à la face supérieure de la langue, quelquefois aux lèvres. Les ulcérations de cause vénérienne sont arrondies, leur fond est grisâtre, leurs bords sont taillés à pic, tandis que celles que le mercure produit sont assez superficielles, et couvertes de concrétions membraneuses irrégulières.

La stomatite mercurielle a quelque ressemblance avec la stomatite ulcéro-membraneuse, cependant elle s'en distingue aisément; car, dans la stomatite diphthérique la production pelliculaire est plus épaisse, plus adhérente que dans la stomatite mercurielle, dont l'exsudation est blanchâtre et souvent pul-tacée. La première est circonscrite, tandis que la seconde envahit ordinairement toute la bouche et excite partout un gonflement considérable. Dans les deux affections, la cavité buccale exhale une odeur infecte; mais, dans la stomatite mercurielle, elle a quelque chose de spécial et qu'on reconnaît aisément; enfin, presque toujours il est possible d'arriver aux commémoratifs et de reconnaître que l'individu a employé une préparation mercurielle quelconque.

Pronostic. — Aujourd'hui la stomatite mercurielle compromet rarement la vie, excepté lorsqu'elle provoque dans la bouche des destructions considérables, ou bien encore lorsque la tuméfaction des parties molles, et surtout de la langue, est telle qu'il peut en résulter une gêne très-grande de la respiration, et même l'asphyxie si les narines sont obstruées ou sont naturellement trop étroites. Le pronostic n'est grave que dans ce cas; dans tous les autres la maladie n'est qu'incommode, dégoûtante, souvent rebelle, mais nullement dangereuse.

Elle peut même être un signe favorable. Lorsqu'en effet on donne du mercure à titre d'altérant dans certaines phlegmasies graves et qu'il amène la salivation, cette circonstance seule porte à espérer que la maladie aura une heureuse issue. Chomel m'a dit bien souvent n'avoir jamais vu succomber les femmes atteintes de péritonite puerpérale chez lesquelles il avait été assez heureux pour provoquer une stomatite mercurielle.

Étiologie. — Toutes les préparations de mercure peuvent déterminer la stomatite, mais cet accident est plus facilement produit par les composés insolubles. De tous ces médicaments, c'est peut-être le calomel qui la provoque le plus sûrement lorsqu'on le donne à doses très-fractionnées. Après lui viennent l'onguent mercuriel en frictions, la pommade citrine (nitrate de mercure), les préparations de mercure métallique usitées jadis à l'intérieur, et le proto-iodure dont on abuse tant de nos jours. Citons aussi les vapeurs mercurielles auxquelles sont exposés les ouvriers de certaines industries, mais qui cependant provoquent plutôt le tremblement, la cachexie, qu'une stomatite.

La facilité avec laquelle la stomatite est produite varie beaucoup chez les divers individus; il en est, en effet, qui résistent aux mercuriaux sous quelque forme et à quelque dose qu'on les administre, tandis que d'autres ont une susceptibilité telle, qu'une petite friction avec l'onguent gris, ou une cautérisation avec le nitrate acide de mercure, ou l'administration de 15 à 20 centigrammes de calomel, déterminent une abondante salivation. Une température froide, l'habitation dans des lieux humides, une constitution molle, le peu d'activité des principales sécrétions et surtout de la transpiration cutanée, sont les circonstances qui favorisent le plus souvent le développement de la stomatite mercurielle.

Traitement. — Dès les premiers indices de salivation, tous suspendent l'emploi des mercuriaux. Mais le traitement employé pour conjurer les symptômes a beaucoup varié. Les uns, dans l'espoir de faire avorter la maladie, ont conseillé les astringents et les cautérisations superficielles. On a employé, dans ce but, les collutoires d'alun, de sous-acétate de plomb, qui n'ont réussi que lorsque la maladie est bénigne. Les cautérisations superficielles avec l'azotate d'argent, et surtout avec l'acide chlorhydrique, ont au contraire une efficacité réelle à titre d'agents abortifs, pourvu toutefois qu'on les emploie dès le début de l'affection. Pour obtenir ce résultat, on touche les gencives et la portion de la muqueuse qui commence à se boursoufler, avec un pinceau de charpie trempé dans de l'acide chlorhydrique pur, en ayant soin d'essuyer les dents lorsque l'acide les a touchées. Cette cautérisation superficielle, qui sera répétée deux ou trois fois, change le mode d'inflammation de la muqueuse et épargne presque toujours au malade les désagréments et souvent les dangers de la stomatite. Cette pratique a été surtout conseillée par M. Ricord et par M. Baumès. Je la crois généralement bonne, et ne partage nullement les préventions qu'avait contre elle un savant pathologiste, mon regrettable ami le professeur Requin.

La plupart ont donné la préférence au traitement antiphlogistique: c'est à lui d'ailleurs que tous arrivent lorsque les moyens abortifs ont échoué. Si la réaction est vive et les symptômes inflammatoires considérables, on pratique une ou deux saignées générales; mais le plus souvent il suffit de faire une ou plusieurs applications de sangsues sous la mâchoire inférieure. Ces parties seront couvertes de cataplasmes émollients; on prescrira des gargarismes mucilagineux, des bains tièdes, des pédiluves irritants, et l'on fera, en outre, sur le tube digestif, une révulsion énergique à l'aide de purgatifs; enfin, on donnera l'opium pour calmer les souffrances, pour procurer du sommeil, mais non dans l'espoir d'agir directement, comme on l'a cru, sur la maladie elle-même. Aussitôt que les symptômes inflammatoires se seront modérés, on rendra les collutoires astringents par l'addition du miel rosat et du sous-acétate de plomb, qu'on a élevé successivement à la dose de 8, 12, 20, 30 grammes et plus, pour 120 de véhicule. Mais on doit préférer l'alun, à la dose de 50 à 80 grammes par litre de liquide; ou bien trois ou quatre fois par jour, on porte directement ce sel avec le doigt sur les gencives; c'est la pratique que suit M. Velpeau. Avec les astringents on continue les moyens révulsifs, et l'on excite les principales sécrétions, notamment la transpiration, par l'emploi des bains de vapeur ou des bains sulfureux. La persistance des ulcérations exige souvent qu'on cautérise celles-ci avec le nitrate d'argent ou avec l'acide chlorhydrique; mais comme elles persistent souvent par suite de la pression des dents, on devra, d'après le conseil de M. Ricord, couvrir celles-ci de pâtes molles préparées avec la guimauve et l'opium, ou chargées de chlorure de soude. Cette précaution suffit souvent à elle seule pour guérir des ulcérations qui avaient résisté à tous les autres moyens. Il est inutile de dire que, lorsque la maladie est très-aiguë, il faut soumettre les malades à une diète rigoureuse; plus tard, lorsque l'inflammation se modère, on donne du lait, du bouillon, des potages, des bouillies, des gelées, ou tout aliment qui ne nécessite pas d'efforts de mastication.

Pendant longtemps les médecins employèrent contre la stomatite des substances dans le but de neutraliser le mercure: tels étaient les acides sulfurique, azotique, les chlorures, l'iode, l'or, et surtout le soufre et les sulfures. Mais l'expérience a suffisamment démontré, aujourd'hui, l'impuissance de pareilles médications.

Dans ces dernières années, sur l'initiative de M. Herpin, on a combattu la stomatite mercurielle par le chlorate de potasse, administré à la dose et de la manière que j'ai indiquée précédemment (p. 262). Cette substance donnée dès le début arrête souvent la stomatite dans sa marche; administrée pendant que la maladie est à son état, elle la modifie parfois d'une manière si prompte, qu'en quelques jours on rend à la muqueuse sa couleur et sa fermeté. Cependant hâtons-nous de dire que si le chlorate de potasse agit souvent utilement, il échoue néanmoins quelquefois et n'a pas à beaucoup près, contre la stomatite mercurielle l'efficacité que nous lui avons reconnue contre la stomatite ulcéro-membraneuse. Ce médicament peut être donné à toutes les périodes de la maladie et quelle que soit l'acuité des symptômes locaux. Il ne contre-indique point d'ailleurs l'emploi des autres moyens. Si j'ai parlé du chlorate de potasse à propos du traitement chimique, ce n'est pas que j'admets que ce médicament agit à titre de neutralisant. Le mécanisme de son action nous échappe. Il n'y a probablement ici, comme nous l'avons dit ailleurs (p. 263), qu'une impression topique intime, presque moléculaire, sur la membrane muqueuse. M. Demarquay a, dans ces derniers temps, employé également avec

avantage contre la stomatite mercurielle l'iodate de potasse à la même dose que le chlorate.

Prophylaxie. — Nous n'ajoutons aucune confiance aux moyens vantés jadis pour prévenir la salivation, tels que l'iode, le camphre, le soufre et ses diverses préparations, ou l'hydrate de chaux qu'on associait au mercure. Les seuls moyens prophylactiques efficaces de la stomatite mercurielle appartiennent à l'hygiène. Pour prévenir l'action du mercure sur la bouche, on entretiendra la liberté du ventre; les malades seront garantis du froid humide; ils seront vêtus de flanelle et l'on excitera les fonctions de la peau. C'est probablement en agissant de la sorte, en favorisant l'élimination du mercure, et non, comme on l'a cru, par une action chimique, que les bains sulfureux, pris surtout aux sources, préviennent presque toujours la salivation lorsqu'on les administre dans le cours d'un traitement mercuriel.

Nature. — Beaucoup de médecins, même encore de nos jours, regardent la stomatite mercurielle comme une maladie des glandes salivaires, spécialement des parotides; mais il suffit d'avoir lu avec quelque attention la description précédente pour être convaincu que ce qu'on nomme vulgairement la *salivation mercurielle* n'est autre qu'une variété de la stomatite. L'inflammation des glandes salivaires ne constitue jamais le phénomène prédominant; elle est toujours consécutive. La supersécrétion de la salive qu'on observe dépend d'ailleurs bien moins d'une action directe que le mercure exercerait sur les glandes salivaires, que de l'inflammation de la muqueuse buccale, qui agit sympathiquement sur elle, en vertu de cette loi qui veut que la plupart des sécrétions soient activées lorsqu'une phlegmasie existe à l'extrémité d'un conduit excréteur. Ajoutons enfin que le fluide qui s'échappe de la bouche est en grande partie fourni par les follicules de la muqueuse; et comme on y a découvert une petite quantité de mercure, il est à supposer que le métal agit directement sur la muqueuse pour l'enflammer.

DE LA GLOSSITE

La *glossite*, ou inflammation de la langue, peut n'occuper que la membrane muqueuse; d'autres fois elle envahit primitivement ou consécutivement le tissu même de l'organe; de là la distinction de la glossite en *superficielle* et en *profonde*.

Symptômes. Marche. Terminaisons. — La glossite superficielle peut être caractérisée par les diverses altérations qu'on rencontre dans les variétés de stomatite que nous venons d'étudier. C'est ainsi que nous avons vu le muguet commencer presque toujours par la langue. On voit également cet organe être fréquemment le siège d'aphthes, de productions membraneuses et d'ulcérations diverses. Il est une autre forme de glossite superficielle dans laquelle il existe à peine une très-légère tuméfaction de l'organe; sa surface rouge, sèche, entièrement dépourvue d'épithélium, montre à nu les papilles saillantes; cela explique la douleur cuisante que le contact des substances les plus douces excite. Le goût est en même temps perverti, altéré; la parole est difficile, les ganglions du cou sont un peu tuméfiés et douloureux. Souvent aussi il existe quelques troubles du côté des organes digestifs, comme de la soif et de l'inappétence.

Dans certains cas, l'inflammation semble se circonscire à l'appareil folliculaire, surtout aux follicules qui occupent la base de l'organe; c'est cette forme de glossite que Requin désignait sous le nom de *papillaire*. Les papilles, rouges,

dures et saillantes, déterminent alors un sentiment de chaleur, de picotements, qui augmente et devient insupportable pour peu que les aliments soient sapides. Comme Requin, je n'ai encore rencontré cette forme de glossite que chez les femmes nerveuses, hystériques; elle est ordinairement très-opiniâtre.

Dans la glossite profonde ou parenchymateuse, les symptômes sont bien autrement graves: en quelques heures, on voit la langue acquérir un volume tellement considérable, qu'après avoir rempli toute la bouche, elle sort en partie au dehors, tandis que sa base fait saillie vers le pharynx et repousse l'épiglotte, ce qui produit fréquemment des accidents d'asphyxie. On conçoit aussi que, dans ces cas, la déglutition et l'articulation des sons doivent être impossibles. Enfin, la circulation cérébrale éprouve elle-même une gêne extrême, par suite de la compression des vaisseaux du cou: c'est ce qui explique les symptômes apoplectiques que quelques malades présentent; la face est alors bouffie et bleuâtre; la partie de la langue qui sort de la bouche est tendue, rouge ou violacée. Les symptômes généraux sont en raison directe de l'intensité de la phlegmasie et du trouble des fonctions respiratoires.

La glossite peut être générale ou bien être limitée à une moitié de la langue; dans ce dernier cas, l'organe est pour ainsi dire contourné: de sorte que c'est le bord gonflé et non la pointe qui sort entre les arcades dentaires.

La glossite parenchymateuse peut se terminer par résolution ou bien être suivie d'induration, de suppuration et de gangrène. L'induration persiste souvent très-longtemps, c'est-à-dire des mois et même plusieurs années avant de se résoudre; c'est ce qu'on voit, par exemple, dans un fait rapporté par M. Graves. S'il y a suppuration, l'abcès siège le plus ordinairement à la base de l'organe. Cette circonstance fait qu'il est parfois difficile de reconnaître la présence du pus, les malades ouvrant à peine la bouche et l'intumescence de l'organe mettant également obstacle à une exploration régulière.

Quelques individus atteints de glossite meurent asphyxiés. L'asphyxie survient ordinairement à une époque encore peu avancée de la maladie, c'est-à-dire au bout de trente-six à quarante-huit heures.

Diagnostic. — D'après ce que je viens de dire, il est évident que le diagnostic de la glossite est toujours facile; je parle de la forme aiguë, il n'en est pas de même de la forme chronique. Il est souvent difficile, en effet, de distinguer une glossite chronique d'un squirrhe commençant. Celui-ci, étant malheureusement aussi commun que la glossite chronique est rare, sera toujours soupçonné, à moins que l'induration n'ait succédé à un état franchement aigu. Les indurations de la langue qui ne sont pas cancéreuses sont bien moins la suite d'une phlegmasie légitime que le résultat d'une infection vénérienne. Les antécédents des malades, les symptômes concomitants éclaireront le médecin qui, dans le doute, trouvera d'ailleurs dans le traitement spécifique le moyen le plus sûr d'éclairer le diagnostic.

Pronostic. — On comprend aisément combien le pronostic doit être grave lorsque l'inflammation occupe les tissus cellulaire et charnu de l'organe. La gangrène ne laisse guère d'espoir de salut, cependant il existe dans la science plusieurs cas où, nonobstant une si fâcheuse terminaison, la guérison a pu avoir lieu. La glossite parenchymateuse est la seule dont le pronostic comporte quelque gravité.

Étiologie. — La glossite superficielle se développe ordinairement sous l'influence des mêmes causes que les diverses espèces de stomatite étudiées précédemment. Rarement spontanée, la glossite succède presque toujours à quelque cause directe; les plaies de l'organe, les morsures que se font si souvent les

épileptiques au début de leurs attaques, le mercure absorbé, le contact des corps brûlants, des substances âcres et caustiques, sont les causes les plus ordinaires des glossites que nous observons.

La glossite s'est parfois déclarée spontanément dans le cours de certaines maladies graves, mais cette complication, qui ajoute beaucoup au péril, est des plus rares dans le climat que nous habitons.

Traitement. — La glossite profonde exige un traitement extrêmement énergique. On devra pratiquer une ou plusieurs saignées larges; on mettra un grand nombre de sangsues sous la mâchoire inférieure; on insistera sur les révulsifs cutanés et sur les purgatifs drastiques. Enfin, si les accidents sont tellement intenses que le malade soit menacé de suffoquer par suite du volume excessif de la langue, il faut pratiquer une scarification profonde dans toute la longueur de l'organe, et intéressant le quart et même le tiers de son épaisseur; cette opération amène souvent un dégorgement rapide. Si, nonobstant cela, l'asphyxie était imminente, on n'aurait d'autre espoir que dans la laryngo-trachéotomie. Inutile de dire que si un abcès s'était formé, on devrait l'ouvrir avec le bistouri ou bien en provoquant le vomissement à l'aide de l'émétique.

La glossite superficielle exige l'emploi de collutoires mucilagineux qu'on rend légèrement résolutifs et astringents avec l'alun, l'acétate de plomb, le borax, aussitôt que l'inflammation commence à s'éteindre. Contre la glossite qui accompagne la stomatite ulcéro-membraneuse ou la stomatite mercurielle, on emploiera la série des moyens dont j'ai parlé en traitant de ces affections, et particulièrement le chlorate de potasse.

DES ANGINES

Le mot *angine* (de ἀγγω, j'étrangle) servait à désigner, dans le langage des anciens médecins, toutes les difficultés d'avalier ou de respirer produites par une cause placée au-dessus du poumon ou de l'estomac. Aujourd'hui cette expression n'est guère usitée que pour dénommer les phlegmasies des membranes muqueuses comprises entre l'arrière-bouche, le cardia et l'origine des bronches.

Les angines ont reçu des noms particuliers, suivant leur siège spécial et leur mode de terminaison, leur nature et l'espèce d'altération qui les constitue. Les principales sont les angines *gutturale*, *tonsillaire*, *pharyngée*, *œsophagienne*, *laryngée*, *trachéale*, *œdémateuse* et *pseudo-membraneuse*. La plupart peuvent exister à l'état aigu ou à l'état chronique; mais il en est qui ont une marche toujours aiguë, telle est surtout l'angine diphthéritique. Nous ne devons nous occuper ici que des angines qui occupent le pharynx et l'œsophage, renvoyant l'étude des autres à l'époque où nous traiterons des phlegmasies de l'arbre aérien.

Dans la description des angines pharyngées, je multiplierai moins les espèces qu'on ne l'a fait. Je ne consacrerai point, par exemple, d'article spécial à cette angine pultacée que nous avons vue dans la scarlatine et dont je dirai encore un mot à propos du diagnostic de l'angine couenneuse. Quant aux angines dites syphilitiques, elles seront plus convenablement étudiées avec les autres accidents de la vérole (voyez t. II). Enfin, je ne décrirai pas une angine gangréneuse, car la gangrène est un accident d'ailleurs fort rare de la phlegmasie et dont il sera question à propos de chaque espèce d'angine dans laquelle on peut la rencontrer. Pour les gangrènes qui sont manifestement l'expression d'une cause générale, nous en dirons un mot en particulier dans le tome II (voyez *Gangrène du pharynx*).

De l'angine gutturale et de l'angine pharyngées aiguës

Dans l'angine gutturale, l'inflammation occupe la muqueuse qui tapisse l'isthme du gosier, c'est-à-dire le voile du palais, ses piliers, la luette et les amygdales. On dit que l'angine est *pharyngée* lorsque l'inflammation siège sur la muqueuse du pharynx lui-même.

Ces phlegmasies qui existent souvent isolément peuvent être réunies chez le même sujet.

Symptômes de l'angine gutturale. — Cette maladie survenant ordinairement sans prodromes, les malades éprouvent dès le début un peu de douleur et un sentiment de sécheresse dans la gorge; la déglutition est difficile, et la voix offre souvent un timbre nasonné; beaucoup éprouvent incessamment le besoin d'avalier, ce qui s'explique par le gonflement et par l'allongement de la luette qui agit un peu comme le ferait un corps étranger arrêté dans l'isthme du gosier. Si, plaçant le malade en face d'une croisée ou d'une lumière, on lui fait ouvrir la bouche pour voir les parties affectées, on trouve celles-ci souvent très-peu tuméfiées; la muqueuse est seulement rouge, luisante et sèche; plus tard elle est tapissée par un mucus filant, qui se condense et forme une couche grisâtre, surtout sur les amygdales. Parfois, les parties sont moins rouges, mais elles sont comme boursoufflées et manifestement œdémateuses; c'est ce qui a lieu surtout pour la luette, qui peut acquérir le volume de l'indicateur. Elle est alors molle au doigt et peut être touchée, titillée, sans exciter comme d'habitude ni vomissement ni même de nausées. Enfin, chez quelques malades examinés très-près du début, on observe parfois sur les amygdales, sur le voile du palais et sur ses piliers, des groupes de vésicules, qui, crevant prématurément, laissent à leur place une concrétion blanchâtre très-adhérente, circonscrite par une muqueuse très-rouge, parfois boursoufflée, concrétion toujours fixe, non extensible, se renouvelant rarement une fois tombée, n'ayant aucune analogie avec celle dont nous parlerons plus tard et qui caractérise l'angine diphthéritique; dans ces cas enfin il n'existe point d'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Quelle que soit la forme anatomique de l'angine gutturale, la plupart des malades ont une haleine désagréable, souvent fétide; l'appétit est diminué ou perdu, la soif est variable; il existe indifféremment un peu de diarrhée ou de la constipation, et parfois on voit s'allumer un appareil fébrile peu intense et d'une durée assez éphémère.

Les accidents que je viens d'énumérer, après s'être accrus pendant un, deux ou trois jours, diminuent ensuite d'intensité, et la maladie se termine par résolution. On cite pourtant quelques cas assez rares où de la suppuration s'est formée dans la luette ou dans le voile du palais; on le reconnaît au volume de ces parties et à leur coloration bleuâtre ou blanchâtre; d'ailleurs, en portant sur elles l'extrémité du doigt, on sent de la fluctuation: cette pression suffit souvent pour provoquer la rupture du petit abcès; d'autres fois, celle-ci s'opère à la suite d'efforts de vomissement et de toux.

Symptômes de l'angine pharyngée. — Les symptômes sont différents, suivant que la phlegmasie affecte cette portion supérieure du pharynx qu'on voit lorsqu'on ouvre la bouche, ou bien cette partie inférieure de l'organe, qui est inaccessible à la vue. Dans le premier cas, il existe un sentiment d'ardeur, de cuisson et de sécheresse dans la gorge; la muqueuse est rouge, sèche, luisante ou tapissée par un mucus grisâtre et très-adhérent; la déglutition est moins pénible que dans l'angine gutturale; on n'observe pas non plus, comme dans celle-

ci, ni le nasonnement, ni le besoin d'avaler. Mais les malades sont tourmentés par une *toux gutturale*, qui finit par provoquer, après quelques efforts, l'expulsion du mucus tenace qui tapisse la paroi postérieure du pharynx.

Lorsque l'inflammation occupe la partie inférieure du pharynx, les malades rapportent la difficulté et la douleur qu'ils éprouvent en avalant au niveau de l'ouverture supérieure du larynx. Il semble à quelques-uns que le bol alimentaire subit dans ce point un temps d'arrêt. Les mouvements imprimés au larynx, ainsi que la pression exercée sur les parties latérales du cou, augmentent souvent les souffrances. L'inspection de la gorge, même lorsqu'on déprime fortement la langue, ne peut laisser apercevoir les parties affectées. Cependant dans quelques cas rares où l'inflammation se propage à l'épiglotte, on parvient, en déprimant beaucoup la base de la langue, à apercevoir cet organe, qui est d'un rouge intense, et qui ressemble, par sa couleur et par son volume, à une cerise offrant à son centre une dépression longitudinale. (Voyez plus bas l'article *Laryngite*.)

La phlegmasie, au lieu d'être uniquement membraneuse, peut occuper le tissu cellulaire subjacent. Le phlegmon rétro-pharyngien est tantôt primitif, tantôt consécutif à l'inflammation de la membrane muqueuse. Il se termine le plus souvent peut-être par suppuration. L'abcès qui se forme alors, s'il siège sur la paroi postérieure du pharynx, sera facilement aperçu et touché lorsqu'on fera ouvrir la bouche au malade; il ne produira guère d'autres troubles qu'une douleur peu vive et une certaine gêne dans la déglutition. Mais si le pus fuse vers la partie supérieure du larynx, de manière à comprimer la glotte, on verra naître des accidents graves. Quelques malades meurent suffoqués comme s'ils étaient atteints du croup ou d'une angine œdémateuse. L'abcès rétro-pharyngien expose à moins de danger lorsqu'au lieu d'occuper la partie médiane, il s'est développé dans une des parois latérales du pharynx.

L'angine pharyngée simple excite rarement de la fièvre; elle se termine toujours par résolution, après une durée qui varie de un à sept ou huit jours. Cette maladie récidive fréquemment.

La pharyngite phlegmoneuse, étant presque toujours très-circonscrite, ne provoque pas, en général, une réaction fébrile bien considérable, les symptômes locaux restent même assez obscurs, jusqu'à ce que l'abcès se soit formé, et alors on voit des accidents plus ou moins sérieux, suivant le siège du foyer. A la partie supérieure ou moyenne du pharynx, l'abcès provoque surtout de la dysphagie; mais, placé inférieurement au voisinage du larynx, nous avons vu qu'il pouvait entraîner la mort par suffocation.

Diagnostic. — La nature des troubles fonctionnels, et surtout l'inspection des parties permettront toujours de reconnaître les angines gutturales et pharyngées. Chez les enfants naissants, il faut éviter pourtant de prendre pour une inflammation la rougeur naturelle de la gorge, qui existe souvent chez eux pendant les dix ou douze premiers jours de la vie. On distingue celle-ci de celle qui est inflammatoire, parce qu'elle n'excite jamais de fièvre, et qu'elle ne s'accompagne d'aucune gêne appréciable dans la déglutition.

Nous dirons plus tard, en traitant de l'angine diphthéritique, comment on distinguera de celle-ci les plaques grisâtres qu'on voit parfois se former à la suite d'une éruption herpétique sur les amygdales. Il est presque inutile de prévenir aussi le lecteur qu'on ne saurait jamais confondre ces concrétions avec les plaques dites *muqueuses*, symptôme de syphilis constitutionnelle, ayant une marche chronique, dont les exsudats sont absolument différents et qui coexiste presque toujours avec d'autres symptômes constitutionnels (voyez *Syphilis*).

Lorsque la phlegmasie occupe la partie la plus inférieure du pharynx, c'est-à-dire un point qui est peu ou qui n'est point accessible à la vue, on pourrait hésiter sur le siège du mal. Cependant la toux gutturale, et surtout la douleur que la déglutition provoque, fixeront le diagnostic, même lorsqu'un peu d'enrouement prouve que la phlegmasie s'est propagée jusqu'au larynx.

Les abcès rétro-pharyngiens peuvent plus facilement être méconnus, et faire croire soit à un croup, soit à une angine laryngée. Nous reviendrons sur ce diagnostic différentiel lorsque nous traiterons de ces affections. Disons seulement ici qu'il importe toujours, dans les souffrances qui semblent avoir le larynx pour point de départ, d'examiner avec le plus grand soin le pharynx, et si l'on reconnaît dans un point de son étendue une tumeur molle et fluctuante; si, d'autre part, l'épiglotte et la partie supérieure du larynx sont intactes, il sera rationnel d'attribuer à la collection purulente les accidents de suffocation qu'on observe. On palpera également avec une grande attention les parties latérales du cou, attendu que parfois la fluctuation a pu être perçue extérieurement.

Pronostic. — Le pronostic n'est presque jamais grave; il ne pourrait l'être que dans ces cas, rares d'ailleurs, d'abcès rétro-pharyngiens ayant fusé inférieurement, et comprimant la glotte, ainsi que M. le docteur Ballot en a cité un remarquable exemple dans les *Archives générales de médecine* (année 1841, t. XII).

Étiologie. — Les angines pharyngée et gutturale sont surtout communes chez les enfants et chez les jeunes gens; elles sont fréquentes au printemps; elles sont souvent provoquées par l'action de vapeurs irritantes, par le contact de corps trop chauds ou trop froids. Mais leurs causes les plus communes sont les perturbations atmosphériques et le refroidissement du corps; aussi règnent-elles souvent épidémiquement.

Traitement. — L'usage des boissons douces, de gargarismes émollients, de quelques pédiluves irritants et d'un laxatif, forme à peu près le seul traitement actif à opposer aux angines gutturale et pharyngée. Il est inutile de dire que ces moyens devront être secondés par le repos au milieu d'une température uniforme, et par la diète, s'il y avait de la fièvre. Enfin, on combattra par une médication appropriée les complications qui pourraient exister. La plus fréquente est un embarras gastrique qui nécessitera l'emploi d'un vomitif. Les émissions sanguines sont rarement indiquées. Quelques personnes, dans le but de faire avorter la phlegmasie, ont conseillé les insufflations d'alun et les gargarismes fortement aluminés employés dès le début; mais cette médication échoue presque toujours lorsque la phlegmasie est franche; elle ne réussit guère que dans ces phlegmasies œdémateuses qui atteignent les convalescents ou des sujets plus ou moins affaiblis.

Si l'on constate un abcès rétro-pharyngien, on se hâtera de donner issue au pus avec le bistouri ou avec le pharyngotome, ou bien par l'administration d'un vomitif. Dans le cas où le foyer, très-diffus, serait peu accessible, et si la suffocation était imminente, on ouvrirait une voie artificielle à l'air en pratiquant la laryngo-trachéotomie.

Des angines gutturale et pharyngées chroniques, et spécialement de l'angine granuleuse ou glanduleuse.

Les angines gutturale et pharyngée peuvent être chroniques. Cet état est tantôt primitif, tantôt il est consécutif à la forme aiguë.

La membrane muqueuse chroniquement enflammée peut ne présenter qu'un

peu d'épaississement, un état habituel de sécheresse, une coloration bleuâtre et comme ardoisée; mais souvent on découvre à la surface un pointillé, un mamelonnement, des espèces de granulations qui lui ont fait donner le nom d'*angine granuleuse* (Chomel) ou *glanduleuse*. M. Gueneau de Mussy, qui préfère cette dernière dénomination, pense, en effet, que la maladie affecte spécialement cet appareil glandulaire en grappe, qu'on trouve si nombreux à la partie postérieure et supérieure du pharynx, sur le voile du palais, et jusque sur l'épiglotte et dans les ventricules du larynx.

Historique. — Cette affection, de laquelle j'avais dit quelques mots dès la première édition de ce livre, est aujourd'hui mieux connue. Signalée et décrite pour la première fois par Chomel, dans son enseignement clinique, ce fut bien postérieurement que le docteur Green publia sur elle un travail assez considérable. Plus récemment enfin, M. Noël Gueneau de Mussy a fait paraître sur la même maladie une excellente monographie, à laquelle je ferai de nombreux emprunts.

Symptômes. Marche. — Le plus souvent, l'affection a un début lent, insidieux. Les malades éprouvent de temps en temps un sentiment de picotement, de chatouillement dans le gosier, ou d'occlusion du larynx, qui les porte à faire une expiration brusque, rauque, bruyante, comme pour la prononciation du mot anglais *hem*; ils ont une toux gutturale. Les individus s'enrouent facilement; leur voix n'a plus la même étendue, la même puissance que par le passé, elle est éraillée, rauque. Ils rejettent après quelques efforts, surtout le matin, de petits grumeaux d'un blanc grisâtre comme de l'empois; plus tard, c'est un mucus jaunâtre, visqueux, très-adhérent, expulsé avec peine, et après des efforts qui provoquent parfois des vomissements. Si l'on fait ouvrir largement la bouche au malade, et si, déprimant fortement la langue avec le manche d'une cuiller, on examine l'arrière-bouche et le pharynx à un jour convenable, on constate des altérations remarquables. La membrane muqueuse est injectée; elle est parfois d'un rouge uniforme, ou bien plus ou moins ponctuée; elle est d'autres fois bleuâtre, ardoisée, sillonnée par des vaisseaux quasi variqueux; la luette est ordinairement volumineuse, pendante sur la langue, dont elle vient titiller la base. Les piliers, les amygdales sont tantôt intacts, tantôt injectés, tuméfiés; mais c'est surtout à la paroi postérieure du pharynx, spécialement latéralement, le long des piliers, qu'on trouve les lésions les plus nombreuses et les plus caractéristiques. Là, la muqueuse, d'un rouge uniforme ou bleuâtre, plus ou moins sèche, tapissée de mucosités adhérentes et ambrées, est comme mamelonnée; elle est hérissée de granulations discrètes ou confluentes, du volume d'un grain de mil, acquérant parfois celui d'une lentille, et offrant quelque analogie avec celles qu'on rencontre sur plusieurs autres muqueuses chroniquement enflammées, spécialement sur les muqueuses palpébrale et vaginale. Ces saillies n'offrent jamais d'ulcérations; seul le docteur Green dit en avoir vu.

Cette lésion, si bien caractérisée, existe souvent aussi sur la luette et dans des points de la muqueuse pharyngée et laryngée, qu'on ne pourrait découvrir qu'avec le laryngoscope. On soupçonne la lésion d'après les troubles fonctionnels, accusés par un grand nombre de ces malades. Beaucoup, en effet, ont de l'enrouement, quelques-uns ont un peu de surdité.

Lorsque la maladie a duré longtemps, le tissu cellulaire et la couche musculaire du pharynx subissent, d'après le docteur Green, une véritable atrophie, de sorte que la gorge semble alors plus élargie; mais lorsque la guérison s'effectue, on verrait, d'après le même auteur, les parties reprendre graduellement leur aspect normal.

L'angine dont nous parlons est rebelle; elle peut persister de longues années, en offrant de temps en temps des exacerbations qui sont provoquées le plus souvent par le froid, par la fatigue des organes de la voix ou par des écarts de régime.

Pronostic. — Cette affection est non-seulement rebelle, mais elle peut entraîner en outre diverses incommodités: elle peut finir par altérer gravement la phonation, chose fâcheuse pour ceux qui exercent certaines professions; mais jamais la maladie ne peut avoir d'issue funeste, et, quoi qu'en ait dit le docteur Green, elle ne peut jamais dégénérer en aucune lésion organique.

Causes. — L'angine granulée est beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Rare au-dessous de quinze ans, on la rencontre surtout chez les adultes; elle débute le plus souvent, d'après le docteur Green, entre vingt-cinq et trente-cinq ans. C'est une affection qui paraît parfois être héréditaire, et qu'on observe plus spécialement chez les sujets atteints d'éruptions herpétiques sur divers points du tégument externe. Chomel et M. Gueneau de Mussy ont beaucoup insisté sur cette corrélation. C'est avec raison que Chomel regarde la maladie comme étant plus commune chez les individus qui, ayant les narines naturellement trop étroites, sont obligés de respirer presque exclusivement par la bouche pendant leur sommeil; il en résulte une sécheresse habituelle de cette cavité ainsi que de la gorge, et qui amène à la longue une phlegmasie chronique de la muqueuse. L'angine dont nous parlons est plus commune dans les pays où, par suite de variations atmosphériques, règnent plus qu'ailleurs les phlegmasies laryngées; elle atteint plus spécialement aussi tous ceux qui se livrent à l'exercice de la parole, qui abusent du tabac, et qui, par des causes quelconques, ont été fréquemment atteints de phlegmasies aiguës de la muqueuse pharyngée.

Traitement. — Les individus seront placés dans d'excellentes conditions hygiéniques; ils éviteront les refroidissements, ils proscriront les mets épicés, excitants, les boissons alcooliques et l'usage du tabac. Le séjour momentané dans les pays méridionaux est parfois indispensable.

Parmi les moyens curatifs se place en première ligne l'usage des eaux sulfureuses prises aux sources. On a préconisé tour à tour les eaux d'Enghien, celles de Luchon et les Eaux-Bonnes. L'expérience n'a pas prouvé la prééminence d'aucune d'elles. Les malades en boiront un ou deux verres par jour. Mais elles sont utiles surtout en gargarisme ou sous forme de petites douches dirigées sur les parties malades ou en pluie à l'aide d'un appareil pulvérisateur. Les eaux sulfureuses sont d'autant mieux indiquées, que l'altération du pharynx coexiste le plus souvent avec des boutons d'acné, avec la couperose et d'autres éruptions chroniques de la peau, comme si ces diverses lésions étaient l'expression de la même diathèse.

On a encore administré à titre de modificateurs et comme agents altérants, les mercuriaux, le chlorhydrate d'ammoniaque, l'iode, spécialement l'iodure de potassium. Ce dernier est le seul de ces médicaments qui ait réussi quelquefois, mais on n'y aura recours que lorsque les eaux sulfureuses auront échoué.

Dans les cas où les moyens généraux ont été impuissants, on a conseillé l'emploi d'une médication topique. On a employé les gargarismes aluminés, les insufflations de tannin, d'alun ou de bismuth; ou de l'eau tenant en dissolution les deux premiers et lancée sur le point malade à l'aide d'un appareil de pulvérisation. Comme ces moyens sont assez communément insuffisants pour détruire le bourgeonnement de la muqueuse, on a eu recours à la cautérisation par l'azotate d'argent. On se servira, non pas d'une solution de ce sel, mais du crayon même, solidement fixé et dépassant le porte-caustique de quelques mil-

linètres seulement, pour éviter les chances de rupture. Avec le crayon, on a l'avantage de mieux limiter l'action du caustique sur les points les plus malades, et d'opérer ainsi une cautérisation plus énergique et plus profonde. Je ne dirai rien des révulsifs, dont on a souvent abusé et qui pourtant n'ont aucune utilité.

De l'amygdalite, ou angine tonsillaire.

SYNONYME. — Esquinancie, inflammation de l'amygdale.

L'*amygdalite*, ou l'inflammation des amygdales, est caractérisée par le gonflement, la dureté, la rougeur de ces glandes, avec chaleur, sécheresse à la gorge et difficulté plus ou moins grande dans la déglutition. L'amygdalite peut exister à l'état aigu ou à l'état chronique.

Anatomie pathologique. — Dans les cas rares où l'on peut examiner anatomiquement les amygdales enflammées, on trouve leur volume augmenté; leur surface est rouge et injectée, la muqueuse qui les tapisse, épaissie, friable, est parfois recouverte de quelques concrétions membraniformes. Les cryptes, dont l'agglomération semble constituer l'amygdale, sont tuméfiés, et de leurs orifices, devenus plus distincts, on fait suinter par la pression un fluide visqueux, rougeâtre; d'autres fois, leur cavité est remplie de fausses membranes ou plutôt d'une matière sébacée et concrète qu'on énuclée facilement et qui exhale une odeur fétide. Ordinairement la phlegmasie atteignant simultanément les tissus cellulaires sous-muqueux et interfolliculaire, on trouve le parenchyme de la glande induré et friable; souvent alors il existe dans son épaisseur un ou plusieurs abcès; enfin, dans quelques cas plus rares, tout le tissu de l'organe, devenu bleuâtre, est ramolli et évidemment mortifié.

À l'état chronique, l'amygdalite est anatomiquement caractérisée par l'induration et par l'augmentation de volume de l'amygdale. Le tissu cellulaire est épaissi et induré; les follicules sont hypertrophiés, leurs cavités sont plus larges, leur orifice est dilaté, et ils contiennent une matière sébacée ayant la consistance et l'odeur du fromage pourri. Dans sa forme aiguë, on trouve souvent que la phlegmasie s'est propagée au larynx ou tout au moins à l'épiglotte, qui est dure, arrondie, bleuâtre ou rouge, et assez semblable, comme nous l'avons dit, à une grosse cerise.

Symptômes. — L'amygdalite débute ordinairement sans prodromes ou bien après des prodromes légers. Les malades accusent d'abord une sensation de chaleur et de sécheresse à la gorge, ils ont de la gêne et de la douleur en avalant; car les amygdales, placées en dedans du constricteur supérieur du pharynx, sont douloureusement comprimées par la contraction de ce muscle pendant le phénomène de la déglutition. Bientôt pourtant tous ces symptômes augmentent. La douleur s'exaspère alors par la pression exercée extérieurement au niveau des amygdales; la sécrétion salivaire, devenue plus abondante, et l'augmentation de volume des amygdales, provoquent de fréquents mouvements de déglutition, qui sont marqués par des grimaces et des contorsions de la face, en raison de la douleur vive que les malades ressentent pendant que les muscles du pharynx se contractent. À un degré plus avancé, la déglutition peut devenir impossible; dans ces cas, les boissons ne franchissent pas l'isthme du gosier; et si elles arrivent jusqu'au pharynx, elles excitent fréquemment des contractions spasmodiques telles, que le liquide reflue dans la bouche et s'échappe par les narines. Presque tous ces malades éprouvent une toux gutturale très-pénible, qui augmente beaucoup les souffrances; on les voit alors, après

un plus ou moins grand nombre de secousses douloureuses, rejeter des mucosités visqueuses, opaques ou jaunâtres, sécrétées par la membrane muqueuse enflammée. La bouche, dans cette affection, exhale une odeur désagréable; la voix est nasonnée; dans la plupart des cas, elle est comme étouffée et semble se passer uniquement dans la gorge. L'exploration de cette partie montre que les amygdales sont plus volumineuses; elles se dessinent sous forme de deux tumeurs rouges et dures, qui obstruent plus ou moins complètement l'isthme du gosier, et ne sont souvent séparées l'une de l'autre que par le voile du palais qui est rouge, gonflé et repoussé en avant avec ses piliers antérieurs. On rencontre parfois sur les surfaces malades des concrétions jaunâtres, irrégulières, qui y adhèrent plus ou moins intimement, ou bien ce sont des points blanchâtres, lenticulaires, disséminés et formés par une concrétion qui distend les follicules de l'amygdale; ce sont là des productions sans nulle importance, et qui surtout n'ont aucune parenté avec les concrétions diphthéritiques. Dans l'amygdalite qui accompagne la plupart des scarlatines, l'exsudation qui recouvre les parties enflammées est pultacée, blanchâtre, ainsi que nous l'avons déjà noté à la page 132.

Le plus souvent les amygdales sont d'un volume inégal; quelquefois il n'y en a qu'une seule qui forme saillie: dans ce cas, la luette est fortement déviée du côté opposé. L'exploration des parties affectées n'est pas toujours chose facile. Il arrive, en effet, assez souvent que les malades ne peuvent desserrer les mâchoires, à cause de l'extension de la phlegmasie à toutes les parties voisines, et parce que les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux. Dans l'angine tonsillaire, la plupart des malades éprouvent une douleur plus ou moins vive dans une oreille ou dans les deux à la fois, lorsque la phlegmasie a gagné l'orifice pharyngien des trompes d'Eustache. Cette douleur, que l'on calme souvent par la pression qu'on exerce sur l'oreille avec la paume de la main, est tantôt constante, tantôt elle est ressentie seulement pendant l'acte de la déglutition; elle s'accompagne fréquemment de bourdonnement, de dureté de l'ouïe, de surdité complète ou bien d'une crépitation particulière, en raison de l'obstacle apporté par le gonflement des parties à la libre circulation de l'air.

Pour peu que l'amygdalite ait une certaine intensité, elle excite divers troubles sympathiques. La plupart des malades accusent du malaise, de la céphalalgie, ils ont une fièvre plus ou moins vive; leur langue est blanche, la bouche est pâteuse; il y a de la soif et de l'inappétence; très-fréquemment, enfin, on observe l'ensemble des symptômes qui caractérisent l'état bilieux ou gastrique. Quelques malades pourtant, quoique assez fortement atteints, n'ont pas de fièvre et conservent leur appétit; mais ils ne peuvent le satisfaire, à cause de la tuméfaction des parties et des douleurs que les efforts de déglutition provoquent. Chez d'autres, la douleur n'est vive qu'au commencement du repas; souvent alors ils le terminent avec peu de souffrance, ce qu'on peut expliquer peut-être en disant que les premiers aliments ont agrandi le passage en le déblayant des mucosités qui l'obstruaient, et ont habitué les parties enflammées au contact des corps étrangers. Les symptômes locaux que je viens de décrire, comme la douleur de gorge et d'oreille, la difficulté d'avaler, etc., n'existent que d'un seul côté lorsque l'inflammation n'envahit qu'une des deux amygdales.

Les troubles fonctionnels offrent une intensité variable, suivant l'étendue ou la gravité de la phlegmasie, et suivant le volume que les amygdales acquièrent. Nous venons de voir que l'amygdalite pouvait exister presque sans déranger la santé générale, tandis que d'autres fois elle s'accompagnait des acci-