

d'ouate sèche enroulé autour d'un bâtonnet ou enserré entre les mors d'une pince hémostatique est chargé de bleu de méthylène chimiquement pur que l'on porte au contact des parties malades; il est nécessaire d'exercer de légères frictions. Au bout de quelques minutes, le malade se gargarise avec de l'eau bouillie.

8° **Stomatite gangreneuse.** — La gingivo-stomatite gangreneuse ou noma est une affection septique, qui n'évolue que sur un terrain déjà profondément modifié par un mauvais état général antérieur (misère) et par une maladie générale infectieuse (rougeole le plus souvent), ce qui explique sa gravité. Ici encore c'est le traitement antiseptique qu'il faut appliquer dans toute sa rigueur, mais il est souvent impuissant, en raison de la marche envahissante et profonde de la gangrène; aussi est-on réduit à limiter ses progrès en détruisant au *thermo-cautère* le foyer infectieux. S'il n'est pas toujours possible de guérir le noma, on pourra du moins, à l'avenir, en prévenir l'apparition, en faisant avec le plus grand soin l'antisepsie buccale dès le début des maladies infectieuses où il peut se montrer, notamment chez les jeunes enfants traités à l'hôpital pour la rougeole.

Comme gargarisme, on emploiera le suivant :

Eau distillée	400 grammes.
Liquor de Van Swieten	40 —
Alcoolature d'eucalyptus	10 —

On touchera trois fois par jour les parties gangrenées avec un tampon d'ouate imbibé de :

Sublimé	1 gramme.
Glycérine	10 grammes.

ou bien on appliquera pendant quelques instants du *chlorure de chaux sec* et l'on fera suivre cette application d'une irrigation d'eau bouillie. Les *lavages de la bouche* avec une solution chloralée, salicylée ou phéniquée, avec l'eau oxygénée additionnée d'une solution de bicarbonate de soude, seront répétés à intervalles très rapprochés.

Il va sans dire que l'on instituera un traitement général approprié : *alcool, champagne, café*; injections sous-cutanées de *sérum artificiel*. Si l'alimentation par la bouche est impossible, on introduira les liquides au moyen d'une sonde nasale.

9° **Muguet.** — Le muguet est une affection parasitaire inoculable, contagieuse, qui siège le plus souvent au niveau des parties superficielles, gagne les parties profondes de la muqueuse buccale, mais qui peut, dans certains cas, s'étendre de proche en proche à l'œsophage, l'estomac, l'intestin, ou même se localiser sur d'autres points de l'organisme (glotte, seins, organes génitaux), ou bien encore, mais tout à fait exceptionnellement, déterminer une infection généralisée par la voie sanguine (Heller, Virchow, Wagner), en produisant des lésions d'apparence tuberculeuse.

Le parasite n'est pas un oïdium, comme le croyait Ch. Robin; ce n'est pas non plus un saccharomycète, une levure vraie; on le classe aujourd'hui dans les moisissures, dans les hypomycètes (Linossier et Roux).

Le muguet ne se développe que dans certaines conditions cliniques bien déterminées : il affecte surtout les nourrissons, et, parmi eux, ceux qui sont atteints de troubles digestifs légers ou graves; chez l'adulte, il peut survenir au cours de la plupart des maladies infectieuses, notamment de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, de la grippe, de la tuberculose, ou bien au cours des cachexies : cancéreuse, urinaire (Guyon), etc.... Au début on constate les signes d'une stomatite légère superficielle; la langue est dépouillée de son épithélium, rouge, luisante, vernissée, avec augmentation des papilles (langue de chat); puis se produit l'exsudat, d'abord sous forme de points blancs, saillants, ultérieurement d'un enduit continu, assez adhérent, mais peu consistant (fromage mou), se dissociant facilement sous l'eau et se reproduisant rapidement lorsqu'on l'enlève. Au-dessous la muqueuse est intacte, non ulcérée.

Au microscope, l'exsudat apparaît comme étant formé essentiellement de filaments entre-croisés et d'éléments arrondis qui représentent deux formes adultes du parasite.

Une forme bénigne du muguet, chez l'adulte, est le muguet du sein chez les nourrices qui allaitent un enfant atteint de cette maladie.

Existe-t-il des conditions anatomiques spéciales favorisant son développement? A cet égard règne quelque incertitude.

Depuis Gubler on admet qu'un milieu acide est nécessaire au développement du muguet. Effectivement la salive, qui est alcaline chez l'adulte, à l'état de santé, est acide dans les maladies qui se compliquent du muguet; d'autre part, chez l'enfant au sein, où les glandes salivaires n'existent encore qu'à l'état rudimentaire, l'acidité du milieu buccal est presque le fait normal. Enfin, l'influence favorable du traitement par les alcalins, qui est classique depuis les travaux de Gubler, confirme encore l'opinion qui fait de l'acidité du milieu buccal la condition préalable nécessaire du développement du muguet. Toutefois, il existe des faits contradictoires. Audry a montré que le muguet se cultive très bien sur les milieux alcalins, et certains auteurs ont tendance à considérer l'acidité du milieu comme le résultat de la vie du muguet et non comme sa cause prédisposante (Linossier et Roux).

Il paraît logique d'envisager la question sous un autre aspect : l'acidité ne serait pas seulement locale, mais générale, c'est-à-dire que l'alcalinescence du sang serait diminuée sous l'influence de l'auto-intoxication de l'organisme, dans les cas de gastro-entérites, de pyrexies, de cachexies.... Ces divers états morbides déterminent donc une modification générale du milieu humoral, et notamment l'acidité de la bouche favorable au développement du muguet; d'autre part, ils privent la muqueuse buccale de ses moyens de résistance en provoquant la sécheresse de la bouche, ainsi que la desquamation épithéliale qui entrave la phagocytose.

Les mesures prophylactiques ne sont pas toujours efficaces; cependant il faut toujours les prendre, surtout dans les milieux hospitaliers, où le parasite existe en permanence. Elles consistent essentiellement dans des *soins minutieux et répétés de la bouche*, dans l'*asepsie des biberons et des tétines*. Quand les enfants sont nourris au sein, pour éviter la contagion de la nourrice, on utilisera des bouts de sein en caoutchouc; en tous cas, on fera laver les mamelons après chaque tétée à l'eau boricuée.

La bouche de l'enfant sera nettoyée, après chaque tétée, avec un tampon d'ouate hydrophile imbibée d'eau de Vichy, et l'on enlèvera les débris de lait qui peuvent subir dans la bouche la fermentation acide; mais on évitera les attouchements pouvant amener la desquamation de l'épithélium.

On supprimera les boissons et aliments sucrés; on fera exclusivement usage de lait stérilisé chez les enfants élevés au biberon.

Chez l'adulte on prendra les soins habituels : lavages au moyen du bock rempli d'eau boriquée ou d'eau de Vichy.

Lorsque le muguet est développé, il faut instituer à la fois un traitement local et un traitement général destiné à combattre l'auto-intoxication et à modifier, par suite, le milieu humoral.

Le **traitement local** par les alcalins est certainement le meilleur : il suffit dans l'immense majorité des cas. S'il échoue parfois, il faut attribuer les causes de l'insuccès au mauvais état général qui entretient des conditions favorables à son développement ; chez les cancéreux, les urinaires, les athrepsiques, on ne parvient pas toujours à débarrasser complètement ou définitivement la bouche de l'enduit crémeux du muguet.

Le traitement par des alcalins comprend l'emploi de *collutoires au borate de soude* :

Borax	4 grammes.
Glycérine	20 —

et de *nettoyages de la bouche avec l'eau de Vichy ou l'eau de chaux, ou avec une solution de bicarbonate de soude* à 5 pour 100. On fait précéder ce nettoyage de l'application du collutoire et l'on procède plusieurs fois par jour au nettoyage. Au borax on peut associer le *bicarbonate de soude*, le *benzoate de soude* (Tordeus), le *chlorate de soude*, mais il est essentiel de ne pas employer comme véhicule du borax le miel rosat ou le sirop de mûres, substances sucrées qui subissent la fermentation acide.

Chez la nourrice on fera laver le mamelon, après chaque tétée, à l'eau bouillie et on le recouvrira de glycérine boratée (au tiers).

Le traitement par les alcalins doit être employé chez les enfants, à l'exclusion de tout autre traitement local ; chez l'adulte, dans les cas rebelles, lorsque le muguet gagne en profondeur (M. Letulle a vu les filaments dépasser le corps muqueux de Malpighi), on peut avoir recours à l'application de substances antiseptiques. Bazin employait la solution hydro-alcoolique de *sublimé* au 50^e en attouchements répétés deux ou trois fois par jour. Cette solution est trop concentrée et l'on peut se contenter d'une solution à 1 pour 1000 ou 2000 (Quinquaud). On peut encore utiliser le *nitrate d'argent* à 2 ou 5 pour 100 (Grosz, de Buda-Pesth), le *collargol* à 0 gr. 50 ; 1 gramme pour 50 (P. Tissier), le *permanganate de potasse* à 1-4 pour 1000, l'*acide borique* à 4 pour 100, l'*eau oxygénée* (bon moyen), la *saccharine* en solution hydro-alcoolique :

Saccharine	1 gramme.
Alcool à 60°	50 grammes.

Faire cinq fois par jour un lavage de la bouche au moyen d'une cuillerée à café de cette solution versée dans un demi-verre d'eau.

T. Escherich donne à sucer aux enfants un tampon d'ouate stérilisée, saupoudré de 0 gr. 50 d'acide borique pulvérisé, additionné d'une très petite quantité de saccharine, entouré de soie ou de batiste fine, et ficelé.

Le **traitement général** doit surtout viser chez l'enfant les troubles digestifs. A l'hospice des Enfants-Assistés, M. Hutinel fait pratiquer deux fois par jour

un *lavage de l'estomac* avec 500 grammes d'eau de Vichy, introduits au moyen d'une sonde de Nélaton (n° 20) reliée par un tube en verre à un tuyau de caoutchouc dont l'autre extrémité porte un entonnoir en verre ; ces lavages ont pour action principale d'entraîner les produits toxiques contenus dans l'estomac ; de plus, le contact de la sonde excite les contractions musculaires de l'organe et favorise la sécrétion d'acide chlorhydrique ; enfin, peut-être ont-ils pour effet de rendre au sang l'alcalinité qu'il avait perdue sous l'influence des troubles digestifs. (Cohendy, Thèse de Paris, 1899.)

Les antiseptiques prescrits par la bouche, tels que résorcine (Baginsky) à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme en potion, le benzonaphtol, le bétol, etc., n'ont aucune action sur l'intoxication générale. Si l'on soupçonne la propagation du muguet au tube digestif, on pourra prescrire le *borate de soude* à la dose de 4 à 6 grammes chez l'adulte, à moindres doses chez l'enfant :

Borate de soude	0 gr. 50 — 2 grammes.
Glycérine neutre	} aa 15 grammes.
Eau distillée	

Une cuillerée à café avant chaque tétée.

Aux localisations viscérales, d'ailleurs exceptionnelles, du muguet, on ne peut opposer aucun traitement efficace. Des essais de sérothérapie expérimentale ont été pratiqués, mais ils n'ont pas reçu de consécration clinique. Au surplus, le diagnostic de la mycose généralisée est à peu près impossible.

ANGINES AIGÜES; PSEUDO-DIPHTERIES

Les angines dites aiguës, c'est-à-dire toutes les angines qui ont un début brusque, une évolution de courte durée et s'accompagnent de réaction fébrile plus ou moins accusée, de phénomènes généraux, sont d'origine infectieuse.

La démonstration clinique de cette nature infectieuse est amplement faite par la constatation de la contagion dans certains cas et par celle des troubles généraux souvent fort graves qui peuvent accompagner les angines, tels que l'hyperthermie, l'albuminurie, les adénites suppurées, l'endocardite, la méningite, la pleurésie, les arthropathies. (Bouchard, Kannenberg, Landouzy, etc.)

La démonstration bactériologique est plus malaisée, car, si le microscope et les cultures démontrent la présence constante d'agents microbiens au niveau et dans la profondeur des amygdales enflammées, il est souvent difficile, parfois impossible, d'isoler ceux qui doivent être incriminés dans chaque cas en particulier. La difficulté réside dans ce fait que les amygdales et le pharynx sont, à l'état normal, le réceptacle d'innombrables germes et que ces mêmes germes s'y retrouvent à l'état pathologique. L'un d'entre eux, le streptocoque, est un hôte constant de la cavité buccale, aussi a-t-on eu tendance à lui attribuer le principal rôle dans l'étiologie des angines aiguës non diphtériques. M. Veillon (Thèse de Paris, 1894) a constaté sa présence vingt-quatre fois sur vingt-sept cas d'angine ; et dans sept de ces cas il existait à l'exclusion d'autres microbes pathogènes ; dans les autres cas, il était le plus souvent associé au pneumocoque plus ou moins virulent et parfois au staphylocoque. Ces résultats bactériologiques