de la mâchoire (Abelin) ou il détermine la suffocation et la mort (Besserer, Peacock). — Des trois enfants que j'ai traités, l'un a eu son abcès restant à la partie supérieure du pharynx, tandis que chez les deux autres, il était venu fermer à demi l'ouverture laryngée; ce qui amena des accès de suffocation fort graves et probablement mortels, si je n'eusse incisé l'abcès.

Les abcès rétro-pharyngiens amenant la suffocation de l'enfant peuvent être pris pour un croup, ainsi que cela s'estru (Belot) sur un enfant de quatre mois qui a été trachéotomisé sans succès, et sur un enfant de sept mois qui est mort de suffocation; mais si l'on fait attention qu'il n'y a pas ici de sifflement larvngo-trachéal, on évitera cette erreur.

Traitement. — Contre la pharyngite aiguë, il fautappliquer une ou deux sangsues sur les côtés du cou et les arrêter avec le perchlorure de fer au bout d'une heure. — Une fois l'abcès formé, il faut l'ouvrir soit au dehors s'il fait saillie sous la mâchoire, soit dans le pharynx, avec un bistouri pointu enveloppé de linge jusqu'à 1 centimètre de sa pointe, et percer la partie la plus saillante. Comme les enfants ne se prétent pas du tout à l'opération et même résistent au médecin, il faut maintenir la bouche ouverte de force avec un coin de bois ou mieux avec mon doigtier de métal placé sur l'index gauche et enfoncé sous les molaires, de façon que le bout du doigt puisse abaisser la base de la langue. — Cela fait, le bistouri porté par la main droite ouvrira l'abcès.

Cette incision suffit pour guérir les abcès rétro-pharyngiens aigus et empécher une suffocation mortelle. — Si l'on ne peut la faire, il faudra recourir à la trachéotomie. Une fois ouvert, l'abcès se vide peu à peu, son contenu est rejeté par l'expectoration; mais dans quelques cas l'ouverture se referme, et il faut presser avec le doigt sur le pharynx pour amener la rupture du foyer.

Sur 15 cas cités par Schmitz, 13 ont guéri, 2 ont été suivis de mort. — Dans 7 cas, l'incision a été faite par le pharynx, dans 3 cas par la région cervicale, et dans les 5 autres par le pharynx et par la surface cutanée cervicale.

Quant aux abcès rétro-pharyngiens symptomatiques d'une carie des vertèbres cervicales, le traitement local est le même, mais il faut y joindre l'emploi des moyens orthopédiques et d'un traitement général antiscrofuleux (I).

CHAPITRE IV

CORPS ÉTRANGERS DU PHARYNX

Voici un curieux exemple de corps étranger du pharynx, observé par le docteur Adam chez un enfant de huit mois. Il s'agit d'une portion d'étui arrétée dans l'arrière-bouche et d'aiguilles éparpillées dans le pharynx.

Observation. — Je fas appelé, dit M. le docteur Adam (de Chaumont en Vexin), auprès d'un enfant âgé de huit mois. Sa mère, ayant à s'absenter, l'avait couché et lai avait laisse son étui plein d'aguilles comme in joure pour l'amuser. Quand la mère rentra, elle trouva son enfant sans mouvement et pouvant à peine pousser quelques sonpirs; voyant d'un autre obté des aiguilles éparses çà et là sur le lit avec un des bouts de l'étui, elle devina le malheur qui étati arrivé; elle n'eut que la fravec un des bouts de l'étui, elle devina le malheur qui étati arrivé; elle n'eut que la fravec de crier et s'évanouit.

Quand j'arrivai, je trouvai l'enfant presque asphyxié, la face blenâtre et la bouche pleine d'écume sanguinolente; lui ayant ouvert la bouche, je portai le doigt indicateur dans l'arrière-bouche et touchai distinctement plusieurs aiguilles. Comme il n'y avait pas

(1) Voyez Scrofule,

à attendre, je procédai immédiatement à leur extraction. Avec les deux doigts index et médius de la main gauche, j'abaissai fortement la mâchoire inférieure et la langue dans toute son étendue, puis saisissant des pinces à anneaux de la main droite, j'allai à la recherche des aiguilles, qui se trouvaient fichées sous la voîte palatine, sur la base de la langue et sur les différentes parois du pharynx; malgré le peu de lumière que donnait une mauvaise chandelle, malgré l'écoulement de sang, je parvins à extraire cinq aiguilles l'une après l'autre; il en restait une sixième horizontalement située et fixée une extrémité dans la base de la langue et l'antre extrémité dans la paroi postérieure du pharynx; faisant alors une forte pesée sur l'extrémité fichée dans la base de la langue, je pus dégager l'autre et retirer l'aiguille saus la briser.

Il ne restait plus d'aiguilles, et cependant l'enfant ne revenait pas. Comme d'ailleurs on n'avait pu retrouver la partie manquante de l'étui, je pensai que ce corps étranger pouvait bien sêtre arrêté a fond de l'arrière gorge, ou même dans l'escophage. En face d'une mort imminente, je songeai d'abord à la trachéotomie; mais, avant de recourir à cette ressource extrême, je portai encore une fois la pince le plus loin possible; je sentis un corps résistant, et saissi se l'erbord de l'étui, qui fut immédiatement extrait. Des insuffiations et les différentes pratiques usitées contre l'asphyxic furent mises immédiatement en usage. L'enfant revint peu à peu, et quand la respiration se fut rétablie, il vomit à plusicars reprises du sange caillé mêlé à des mucosités.

Trois jours après, l'enfant se livrait à ses jeux comme par le passé ; il était guéri.

CHAPITRE V

TUBERCULES DU PHARYNX

Bucquoy, Féréol, Martineau, Isambert ont publié plusieurs cas de tuberculose du pharynx. Ce dernier en a vu un cas, le seul peut-être qui ait été signalé chez les enfants.

La petite fille avait quatre ans et demi. Les lésions couvraient toute l'arcade du gosier, piliers, luette, etc. Elles étaient caractérisées par la présence de granulations grises tuberculeuses semblables à des grains de semoule et entourées d'une zone inflammatoire d'un rouge vif, mais très restreinte. L'épiglotte est également infiltrée et très volumineuse, et il est probable que le larynx est atteint très profondément, bien que l'examen laryngoscopique n'ait pu être complet. L'auscultation révèle des râles sonores très abondants, mêlés à des bruits transmis du larynx. Habituellement cette lésion se termine par la tuberculose miliaire des poumons.

Je n'ai jamais vu de cas semblables et je me borne à enregistrer celui-ci.

CHAPITRE VI

STOMATITE

Les maladies de la bouche sont nombreuses chez les enfants. Leur fréquence s'explique, d'une part, par la fluxion continuelle de la muqueuse buccale, provoquée par le travail profond, précurseur de l'évolution dentaire, et de l'autre, par la sympathie qui uni cette membrane à la muqueuse intestinale, si souvent en souffrance chez les jeunes sujets.

Je décrirai successivement : 1º la stomatite simple; 2º la stomatite uleéreuse ou uleéro-membraneuse; 3º la stomatite mercureille. Quant à la stomatite parasitaire ou mquet, je la décrirai plus loin.

I. - Stomatite simple.

La stomatite simple est décrite par plusieurs auteurs sous le nom de stomatite érythémateuse. C'est l'inflammation de la muqueuse buccale que l'on veut ainsi désigner.

Elle s'étend quelquefois au canal de Sténon qu'elle ferme, et il en résulte des oreillons ou des parotides (1'.

La stomatite occupe en général la totalité de la muqueuse de la bouche et se développe sur les geneives, la face interne des joues et la voûte palatine. La muqueuse présente une rougeur qui est tantôt diffuse, tantôt pointillée, ou disposée par plaques. Son tissu offre un gonflement plus ou moins considérable.

La bouche est chaude, rarement sèche, souvent douloureuse, autant qu'on en peut juger, chez les enfants à la mamelle, par les cris qu'ils poussent en prenant le sein ou en acceptant les aliments qu'on leur donne. Chez les enfants, la salivation est considérable; il s'écoule de la bouche un liquide incolore, glaireux et filant, dont la quantité est plus abondante que de coutume.

Chez les enfants, la salive s'écoule involontairement de la bouche jusquevers l'âge de deux ans, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il y ait un nombre de dents assez considérable pour retenir ce liquide.

La stomatite simple ne détermine pas d'accidents généraux; elle n'est pas accompagnée de réaction fébrile, à moins que son intensité ne soit considérable. Celle qui se manifeste au moment de l'évolution dentaire, souvent accompagnée de douleurs profondes chez certains enfants, occasionne quelquefois une fièrre assex vive.

La dentition laborieuse est la cause la plus fréquente de la stomatite simple qu'on observe chez les enfants à la mamelle. Plus tard, on la rencontre dans le cours de certaines fièvres éruptives, la rougeole, la scarlatine ou la variole; elle est souvent le résultat de l'irritation de la muqueuse de la bouche par diverses causes locales, telles que l'application de substances irritantes ou vénéneuses, certaines opérations pratiquées dans le voisinage de cette cavité, etc.

Cette maladie est facile à guérir, et n'entraine pas en général de conséquences fácheuses pour les enfants; elle se transforme quelquefois en stomatite ulcéreuse. C'est la seule terminaison qu'on doive craindre; encore est-il facile de la prévenir par un traitement convens ble.

Il faut faire des lotions mueilagineuses dans la bouche des enfants, leur donner un morceau de racine de guimauve à presser entre les arcades dentaires, et leur barbouiller l'intérieur de la bouche avec un collutoire astringent. Ce moyen est nécessaire lorsque la phlegmasie devient très considérable.

	24 Miel				3	parties
	Borax.				 1	-
et employez	avec un pinceau.					

On peut prescrire le collutoire suivant :

24	Miel rosat, ,	30 grammes.
	Sulfate d'alumine	2 -
Mêlez et employez avec		distribution of

(1) Voyez ces mots.

Si la maladic est accompagnée d'une réaction générale très vive, ce qui est rare, il faut ne pas hésiter à placer quelques sangsues, en petite nombre, sous la mâchoire.

La stomatite des fièvres éruptives doit être combattue par les mêmes moyens. Il faut surtout examiner avec soin l'état de la muqueuse buccale pour saisir le progrès de la maladie, et s'opposer à sa transformation en stomatite ulcéreuse ou diphthéritique.

§ II. — Stomatite ulcéreuse eu ulcéro-membraneuse.

La stomatite ulcéreuse, autrefois désignée sous le nom de gangrène scorbutique des geneires, succède toujours à la stomatite simple. C'est ce que l'on appelle également la stomatite ulcèro-membraneuse, et pour Bretonneau ces fausses membranes sont de la diphthérite.

La muqueuse buccale est tuméfiée, sa chaleur est considérable, et elle présente une rougeur ordinairement diffuse, et quelquefois plus apparente en quelques points de son étendue. De plus, on observe, sur le bord des gencives, sur la voite palatine et sur la langue, sur la surface interne des joues, près de la commissure des lèvres, à cette commissure et sur les lèvres même, des évosions et des ulcérations grisâtres plus ou moins nombreuses, dont la forme est très variée.

Ces ulcérations sont tantôt arrondies sur la surface interne des joues ou sur la voûte palatine, et tantôt longitudinales, ce que l'on observe sur le bord libre des geneives. Leurs bords sont rouges, violacés et prêts à saigner au moindre attouchement. Leur fond est grisatre, recouvert tantôt par du mueus ggisatre, épais, au-dessous duquel on voit la muqueuse ulcérée, tantôt par une pseudo-membrane difficile à enlever, adhérente à la muqueuse, qui se trouve détruite en grande partie. Ces petits ulcères reposent quelquefois sur des tissus subjacents un peu endurcis, mais cette circonstance est rare et ne s'observe que dans l'épaisseur des joues, à l'endroit correspondant aux solutions de continuité de la muqueuse.

Au premier degré, on voit des points d'un blane jaunâtre qui forment sur la muqueuse une saillie légère, bien moindre que celle des aphthes. Ce sont autant d'exsudations purulentes et pseudo-membraneuses, au-dessous desquelles existe une érosion ou une ulcération de la muqueuse. L'ulcération s'agrandit en longueur et en largeur, et elle creuse plus ou moins rapidement.

Les ulcérations de la houche, situées à la face interne des joues et sur les bords tuméfiés de la langue, sont en général arrondies; celles des gencives, situées au bord libre, à la sertissure des dents, sont plus longues que larges, et sont placées transversalement. Elles détruisent quelquefois le bord de la gencive, dénudent l'os maxillaire, et sont la cause de l'ébranlement des dents, et quelquefois de la nécrose de la màchoire. J'ai plusieurs fois retiré des séquestres osseux de l'os maxillaire produits par cette forme de la stomatite. Une fois même, chez une fille de trois ans, ce séquestre considérable était formé par la partie moyenne du maxillaire supérieur et comprenait les alvéoles des deux dents incisives médianes. Il en résulta une perte de substance énorme et une difformité définitive. Les ulcérations des lévres et de leur commissure sont longitudinales et s'agrandissent avec une grande facilité. Les efforts de cicatrisation sont à chaque instant rompus par le mouvement continuel de ces parties.

Symptômes. — La maladie commence par les geneives, qui sont volumineuses, boursouflées, rouges et saignantes. Elles s'ulcèrent à leur bord libre et se couvrent ensuite d'un enduit pultacé grisàtre. Des gencives, la phlegmasie aigu8 gagne la face postérieure des lèvres, la langue et la voûte palatine, et la face interne des joues, qui sont couvertes çà et là par une exsudation semblable à celle dont nous avons parlé, et au-dessous de laquelle la muqueuse est ulcérée.

Les ulcérations sont arrondies dans la bouche, et longitudinales sur les genoives et sur les lèvres. Si la maladie se prolonge, le tissu sous-muqueux s'endurcit au niveau des ulcérations, et il reste dans cet état plusieurs jours après leur cicatrisation.

Les ganglions sous-maxillaires sont gonflés; ils deviennent durs et douloureux si la phlegmasie est intense. C'est là l'origne des tumeurs scrofuleuses du cou chez certains enfants prédisposés par leur tempérament aux affections tuberculeuses.

La stomatite ulcéreuse est, comme la stomatite simple, accompagnée par une salivation assez abondante; l'halcine esthorriblement fétide et les enfants paraissent quelquefois beaucoup souffrir. Il en est quirestent la bouche béante et les lèvres écartées par suite d'une contraction forcée des muscles de ces parties. Ils portent constamment les doigts dans leur bouche, et semblent vouloir se débarrasser de quelque chose qui les géne et les fait souffrir.

Cela donne à la physionomie des enfants un aspect particulier, d'où résulte un excellent signe extérieur de leur maladie. Cet écartement force des lèvres indique assez le siège de la douleur, que spécifie davantage la direction de la main continuellement portée dans la bouche. De tels signes suffisent pour appeler l'attention du médecin, et pour lui faire connaître la maladie pour laquelle on le consulter.

La stomatite existe quelquefois seule, sans aucun trouble morbide, mais elle est souvent précédée ou suivie d'un dérangement d'entrailles plus ou moins marqué, qui augmente de beaucoup la gravité de la maladie. On observe alors les symptômes de l'entéro-colite, tels qu'ils seront indiqués plus loin. Il est inutile d'en parler iei, mais il faliait les mentionner pour attirer l'attention sur ce sujet. La plupart des enfants affectés par la stomatite sont faibles de constitution ou détériorés par les maladies antérieures, et surtout par l'entérite. C'est encore une circonstance dont il faut tenir compte dans la thérapeutique.

La stomatite ulcéreuse se guérit assez vite lorsqu'elle est bien traitée, et qu'elle ne se développe pas chez un enfant trop affaibli ou atteint d'une maladie sérieuse du tube digestif. Dans ce cas, elle peut se prolonger assez longtemps. Elle dure de huit jours à un mois.

Parfois elle s'étend en profondeur, dénude les os maxillaires, et il en résulte des séquestres plus ou moins considérables qui s'éliminent graduellement.

Une fois après guérison de la stomatite ulcéreuse, j'ai vu le canal de Sténon s'obstruer et des oreillons se produire conformément à la théorie que j'ai fait connaître relativement au mécanisme de octte maladie (1).

Causes. — Les causes de la stomatite ulcéreuse sont assez difficiles à saisir; cependant on peut dire que le travail de la dentition exerce une grande influence sur son apparition. — Elle est presque toujours le résultat d'une irritation mécanique, causée par la carie d'une dent et le tartre dentaire accumulé. — Les affections de l'intestin, y prédisposent d'une manière notable. Elle se développe plus souvent chez les garçons que chez les filles, et chez les enfants mal soignés, mal nourris, mal logés, appartenant

Traitement. — Le traitement repose sur plusieurs indications importantes. Il faut d'abord donner de la force à la constitution des enfants à l'aide des substances médicamenteuses toniques, et combattre les maladies antérieures par des moyens appropriés.

On procède ensuite au traitement local de la maladie. Si par hasard ellé avait pour origine l'irritation causée par une mauvaise dent, ou l'accumulation du tartre, on devrait faire enlever la dent. A part cette circonstance, les moyens habituellement mis en usage contre la stomatite sont les suivants:

Au début, les gargarismes émollients, les injections émolientes ou alcalines chez les jeunes enfants qui ne peuvent se gargariser, sont fort utiles. Lorsque la phlegmasie s'étend, il faut la combattre par les moyens topiques.

Je mettrai en première ligne la cautérisation des parties ulcérées avec le nitrate d'argent ou l'acide chlorhydrique, et dans les intervalles l'usage d'un collutoire de borax et de miel, parties égales de chacun. Ce moyen m'a réussi un très grand nombre de fois, tant en ville que dans mon hôpital.

Chanal et Herpin ont mis en honneur un autre moyen d'un usage facile: c'est le chlorate de polasse à l'intérieur, à la dose de 2 et 4 grammes par jour, donnés par prises de 50 centigrammes à 1 gramme toutes les trois ou quatre heures, dans une tasse decamomille ou dans un julep gommeux. Cette substance, que j'ai employée plusieurs fois avec succès, ne réussit pas toujours, et n'empêche pas nécessairement la gangrène de la bouche de se produire, et n'empêche pas nécessairement la gangrène de la bouche de se produire, et n'empêche pas nécessairement la gengrène de la bouche de se produire et ne produit pas à cette dose l'effet physiologi que appréciable. Isambert soutient que le chlorate de potasse agit par absorption, tandis qu'au contraire, de nombreux exemples démontrent que son action est principalement topique comme celle du chlorure de chaux. Il suffit en effet de faire gargariser les malades, ou de toucher les geneives ulcérées avec un pinceau imbibé d'une solution de 3 grammes de chlorate sur 400 grammes d'eau, pour arriver à une guérison aussi rapide que si le remède était administré à l'intérieur.

Bouneau préconise l'emploi du chlorure de chaux sec, et il regarde ce moyen comme fort utile. Il faut prendre du chlorure de chaux bien sec et parfaitement pulvérisé. On trempe le doigt humeeté dans cette poudre, et on le porte ainsi chargé sur les parties malades. Cette opération doit êtrerépétée deux fois par jour, s'il est nécessaire. Elle détermine le rejet des concrétions qui couvrent les ulcères, modifie leur surface et facilite leur cicatrisation. On peut aussi passer le pinceau trempé dans la liqueur de Van-Swieten.

Aussitôt après avoir employé ce topique, il faut injecter dans la bouche un liquide mucilagineux, et pencher en avant la tête des malades pour les empêcher d'avaler cette dissolution de chlorure.

J'aime mieux employer le chlorure de chaux sous forme de collutoire :

aux classes pauvres, habitant des lieux humides, malsains et peu aérés. On l'observe dans toutes les saisons. Elle est sporadique et contagieuse, sans doute au moyen de microbes jusqu'ici peu connus. La contagion se fait alors par transmission directe au moyen d'un verre, d'une cuiller ou de tout autre corps que les enfants portent à leur bouche. J'en ai vu un très curieux exemple chez une mère qui avait gagné la maladie par le contact avec son enfant.

⁽¹⁾ Mahieux, thèse,

Si la phlegmasie buccale est très vive, si les ganglions du cou sont fort engorgés, il peut être convenable d'aider à la médication topique par l'application de sangsues sous la mâchoire. Leur nombre doit être proportionné à l'âge des sujets. On applique en outre de la pommade jodurée ou belladonée.

§ III. - Stomatite mercurielle.

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE VII

APHTHES

On donne le nom d'aphthes à l'éruption vésiculeuse suivie d'ulcération arrondie qui s'accomplit à l'intérieur de la bouche, au niveau des follicules muqueux. Je laisse de côté la stomatite ulcéreuse, le muguet, la gangrène de la bouche, affections toutes différentes et faciles à distinguer. Les aphthes sont discrets, confluents ou quappreneux.

§ I. Aphthes discrets et confluents.

Symptômes.—Les aphthes sont caractérisés par une petite vésicule blanchâtre suivied ulcération de la membrane muqueuse de la bouche. On les observe surtout à la face interne des lèvres et des joues, sur les gencives, sur la langue, sur le voile du palais, et quelquefois dans le pharynx. Ils peuvent, diton, se développer dans le canal intestinal, mais le fait est loin d'être démon-

(1) Bouchut, Gazette des hopitana, 1843.

tré, car si l'on trouve quelquefois dans le tube digestif une entérite ulcéreuse avec ses caractères ordinaires, je ne pense pas que la nature de cette altération puisse être rapprochée de celle de l'affection qui existe dans la bouche.

Peu après l'apparition de la vésieule, on constate à sabase une petite dureté à peine sensible. Elle se rompt, laisse échapper le liquide qu'elle renferme, et elle est alors remplacée par une petite ulcération grisaire, à bord rouge, peu saillant, qui reste stationnaire un instant, et se cicatrise ou bien s'élargit, et revient pour passer à l'état favorable à la cicatrisation.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ II. - Aphthes gangreneux.

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

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

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

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

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

Traitement. — Il faut arrêter, dès son début, la marche de la gangrène sur les aphthes. On ne peut le fa'rc qu'à l'aide d'une médication énergique.

Sans perdre de temps à employer des remèdes palliatifs, il faut porter les caustiques sur les parties malades, afin de modifier leur vitalité et de les placer dans des conditions favorables à la cicatrisation. — Les aphthes gangeneux doivent être touchés avec un pinceau légèrement imbibé de créosote, — de teinture de coaltar saponiné; — d'acide hydrochlorique, — d'alcoot camphré, — de liqueur de Van-Swieten, ou avec le crayon de nitrate d'argent. La cautérisation par le nitrate acide de mercure ne peut être employée dans cette circonstance à cause des accidents desalivation qu'il en pourrait résulter.

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

CHAPITRE VIII

GANGRÈNE DE LA BOUCHE

Cette maladie ne paraît avoir fixé l'attention des médecins que depuis environ trois siècles. Elle a fait le sujet de beaucoup de monographies intéressantes.

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

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

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

Cette maladie se développe surtout chez les enfants de la classe pauvre, mal logés, mal nourris, qui habitent des lieux bas et humides, et dont la constitution est cachectique ou affaiblie par des maladiessérieuses.—Ainsi, le sphacèle se montre à la fin des fièvres éruptives et surtout de la rougeole, des fièvres muqueuses ou typhoides; dans le cours de la pneumonie, de la coqueluche, etc.; après une stomatife ulcéreuse cachectique qui en est le point de départ. La présence d'une altération générale de l'économie paraît donc être nécessaire à son développement. C'est une diathèse quanqueuse.

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

Lésions anatomiques. — Lorsqu'on étudie les altérations anatomiques occasionnées par la gangrène de la bouche, on trouve dans les parties sphacélées des caractères peu différents de ceux qu'on observe dans les autres parties du corps frappées par la gangrène.

La peau est noire ou d'un rouge livide au niveau de l'eschare, qui est limitée par un cercle d'un rouge plus coloré et plus distinct. Celle qui environne les parties gangrenées se putréfie rapidement et prend une couleur verdâtre prononcée. Les téguments sont, en général, gonfiés et infiltrés de

(1) Tourdes, thèse. Strasbourg.

sérosité opaline, mêtée à quelques filets de sang et quelquefois de sérosité rougeatre sanguinolente.

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

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

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

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

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

On trouve dans les autres organes des lésions propres aux complications de la gangrène de la houche. L'intestin grêle et le gros intestin, chez les enfants à la mamelle, sont souvent affectés. Ils présentent les altérations de l'entéro-colite. Les poumons sont le siège d'une congestion hypostatique étendue, au milieu de laquelle on trouve fréquemment des noyaux de pneumonie lobulaire et des infarctus emboliques. Le cœur offre de l'endocardite végétante (1). Billard a rencontré une fois la pleurésie et la péricardite. Enfin, Baron indique l'épanchement de sérosité dans l'arachnoïde et dans les ventricules cérebraux comme un phénomène constant, ayant quelques rapports avec la maladie qui nous occupe. Ce rapport est loin d'être démontré.

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

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

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

Lorsque la maladie est ainsi déclarée, l'haleine devient d'une fétidité caractéristique, dite fétidité gangreneuse, et la salive, sécrétée en grande abondance, acquiertune odeur insupportable. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés. On voit apparaitre sur l'une des joues, au milieu ou principalement à la partie inférieure, au-dessus de l'arête de la mâchoire, une tuméfaction notable d'abord, sans changement de couleur à la peau. Cette tuméfaction est due à l'engorgement du tissu cellulaire; elle correspond à une eschare intérieure, placée à l'angle de réunion de la geneive avec la muqueuse de la joue, ou sur la face interne de cette partie. Ce signe tiré de l'aspect extérieur du malade est fort important; il suffit, dans beaucoup de circonstances, pour faire présumer la formation de la gangrène.

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

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

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

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

Les accidents généraux sont loin d'être en rapport avec l'étendue et la gravité de ces altérations. L'absence de réaction est surtout marquée chez les enfants à la mamelle. Au reste, cette affection ne déroge pas, à cet égard,

de ce qu'on observe dans leurs autres maladies, qui ne sont presque jamais accompagnées par une fièvre continue ayant toujours le même degré d'intensité.

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

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

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

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

La première période ne dure guère plus de sept jours, et la seconde cinq à dix jours. Quelquefois elle se prolonge encore pendant une semaine avant d'arriver à la terminaison fatale.

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

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

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

Complications. — La complication la plus ordinaire de la gangrène de la bouche, c'est la pneumonie lobulaire, embolique, consécutive aux infarctus et provoquée par l'endocardite vézétante et la thrombose cardiaque. On observe aussi fort souvent la diarrhée. Ce phénomène est franchementinflammatoire au début de la maladie; quand il parait à l'approche de sa termi-

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

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

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

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

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

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

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

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

Lorsque le sphacèle est caractérisé à l'extérieur par une légère teinte marbrée de la peau à l'endroit d'une infiltration profonde, il faut cautériser par la bouche, et cautériser hardiment deux ou trois fois par jour. On ferait sagement en cautérisant à l'extérieur pour arriver sur les tissus profonds. Ce moyen peut encore éviter une petre de substance considérable, car le sphacèle peut être limité aux points d'action du caustique.

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

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

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

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

On doit aussi tâcher de modifier la surface des parties gangrenées à l'aide de pommades stimulantes, l'onguent styrax, par exemple. La plaie doit être saupoudrée avec de la poudre de camphre, qui est excellente, ou avec un mélange de poudre de charbon et de poudre de quinquina. Lorsque l'eschare est près de se détacher et qu'il s'écoule dans la bouche une sanie infecte et dan-

gereuse à avaler, il y a des moyens à employer qui sont loin d'être inutiles. Il faut placer les enfants sur le flanc, en inclinânt la tête du côté malade, et faire injecter dans la bouche, à de fréquents intervalles, une décoction émolliente ou aromatique de racine de guimauve ou d'infusion de sauge et de romarin, mélée à une quantité plus notable de vin aromatique. Si l'odeur est insupportable, il faut ajouter à ces liquides une petite proportion de chlorure d'oxyde de sodium, de salicol, de phénol, de permanganate de potasse ou de salovjate de soude. On y insufflera de la poudre de camphre et d'iodoforme avec avantage. Enfin, il faut proscrire du traitement de la gangrène de la bouche les frictions mercurielles aussi bion que les applications de sangues. Le premier de ces moyens, par son action spécifique sur la bouche, aurait un but tout opposé à celui que l'on doit remplir; l'autre peut devenir la source, si les piqures s'enflamment, d'une nouvelle mortification des tissus.

Aphorismes.

234. La gangrène de la bouche, maladie exclusive de l'enfance, est toujours la conséquence d'une prédisposition acquise par la misère et le séjour à l'hôpital, par les maladies antérieures, telles que la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoide, et comme cause déterminante la présence d'un aphthe ou d'une ulceration de la muqueuse buccale.

235. La stomatite ulcéro-membraneuse et les aphthes de la joue sont souvent l'origine de la gangrène de la bouche chez des enfants prédisposés.

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

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

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

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

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

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

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

243. Dans la gaugrène de la bouche, la mort alieu par pneumonie infectieuse lobulaire ou par septicémie et résorption purulente.

 $244.\ {\rm La}$ gangrène de la bouche est souvent accompagnée de gangrène de la vulve et de l'anus.

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

246. Le chlorate de potasse à l'intérieur, le vin de quinquina, l'arséniate de воиснит. — моиу.-жés. — 8° gdr.