

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DE LA GANGRÈNE DU PHARYNX

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

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

DE LA GANGRÈNE DE LA VULVE

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

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

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

SIXIÈME GENRE DE LÉSIONS DE NUTRITION

DE L'ULCÉRATION

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

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

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

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

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

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

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