

sont très considérables. Les malades éprouvent des douleurs très vives. La parole et la préhension des aliments sont presque impossibles. Le reste de la muqueuse buccale est d'ordinaire à l'état d'inflammation catarrhale. Les ganglions du cou s'infiltrent et il existe une salivation profuse et très incommode. Dans beaucoup de cas, la langue grossit si démesurément qu'elle entrave la respiration et provoque des accès de suffocation. Il y a ordinairement de la fièvre.

Le *traitement* consiste dans l'usage de la *glace* que les malades tiendront constamment en bouche, si c'est possible. Quelques *scarifications* profondes dans les parties les plus engorgées procurent le plus de soulagement. Dès que la fluctuation se fait sentir quelque part, le pus doit être évacué. Immédiatement après, les souffrances se calment le plus souvent et la guérison complète ne tarde pas à se produire. Ce n'est qu'exceptionnellement que la trachéotomie s'impose, à raison de l'aggravation de la dyspnée.

2. **Glossite disséquante.** On désigne sous le nom de *glossite disséquante*, une affection chronique de la langue, rare et encore entièrement inconnue dans sa cause. A la surface de la langue on voit se développer petit à petit une série de profondes entailles et de hachures qui donnent à l'organe un aspect inégal et bosselé. Les malaises naissent de ce que des excoriations et des ulcérations douloureuses se forment souvent au fond de ces entailles.

Il n'existe pas de traitement spécial contre cette affection peu dangereuse de sa nature. On prescrira des soins de propreté et les différents collutoires désinfectants. Les ulcères devront éventuellement être touchés avec le nitrate d'argent.

3. **Psoriasis de la langue. Leucoplacia.** Mentionnons encore une affection de la surface de la langue dont l'étiologie est également ignorée et qu'on a appelée *psoriasis de la langue* (*tylosis, ichthyose de la langue et de la bouche*). La maladie consiste en un épaissement par places de l'épithélium de la muqueuse, lequel affecte parfois simultanément la muqueuse des joues et des lèvres. La langue présente communément l'image d'une carte géographique (*langue géographique*). Cet état dure d'ordinaire des années et n'occasionne d'inconvénients qu'au cas où il est très prononcé. Pour les hypocondriaques, c'est parfois la source de préoccupations perpétuelles, surtout quand ils y voient un indice de la syphilis.

La remarque que nous venons de faire s'applique à plus juste titre encore à cette affection particulière de la muqueuse linguale et buccale, qu'un lien de parenté rattache au psoriasis de la langue et qu'on a désignée du nom de *leucoplacie*. En ce cas on voit se développer le plus souvent sur les bords de la langue, des taches d'une blancheur équivoque, parfois un

peu *gaufrées* et présentant l'aspect de cicatrices. La muqueuse génienne est également marquée de pareilles plaques blanchâtres qui évidemment ne sont dues qu'à un épaissement de l'épithélium. Ces plaques disparaissent de temps à autre, mais se reproduisent invariablement, de façon que la maladie doit être considérée comme incurable, du moins d'après l'expérience actuellement acquise. Toutefois elle n'a pas de signification particulière, vu que les désordres qu'elle occasionne localement sont le plus souvent de très peu d'importance. Ce n'est que lorsque de petites fissures ou des ulcérations viennent creuser les empreintes du bord lingual que la douleur est parfois très vive. La *cause* de la leucoplacie est jusqu'à ce jour inconnue. Il est certain qu'elle n'a aucun rapport direct avec la syphilis, quoiqu'il soit probable qu'elle se déclare surtout chez ceux qui ont un passé syphilitique, ce qui n'est d'ailleurs pas toujours le cas. La leucoplacie n'a pas non plus de lien de causalité avec l'abus du tabac, puisque nous l'avons rencontrée aussi chez des femmes. Le *traitement*, comme nous l'avons dit, est d'ordinaire inefficace ; toutefois les soins assidus de propreté et l'hygiène de la bouche peuvent prévenir une aggravation de malaises. On essayera de badigeonner les parties malades avec une solution d'acide chromique 1 : 20. — Il importe surtout de connaître cette maladie parce que de cette manière on évitera de la confondre avec des manifestations syphilitiques et qu'on épargnera aux malades des soucis inutiles et un traitement mercuriel intempestif.

CHAPITRE SIXIÈME.

NOMA.

(Gangrène de la bouche.)

Sous la dénomination de noma (*cancer aqueux*) on désigne une *gangrène de la joue* qui a toutes les allures d'une affection spontanée et atteint de préférence les enfants débilités et cachectiques. Cette maladie est rare, se montre parfois à titre d'affection primitive, mais communément à la suite d'états morbides graves (rougeole, scarlatine, typhus, pneumonie, etc.). Exceptionnellement on l'a aussi observée chez les adultes. Bien qu'à priori il soit hautement probable que le noma est une affection microparasitaire, on ne s'est pas encore livré à des recherches approfondies à cet égard. Il est à remarquer que le noma est proportionnellement plus fréquent sur les plages humides (de la Hollande par ex.) que chez nous.

La maladie commence, sans cause appréciable, par une mortification peu apparente de la *face interne* de la joue, par conséquent de la muqueuse génienne, le plus souvent de celle qui avoisine la commissure buccale. A

l'extérieur on ne tarde pas à apercevoir un œdème collatéral dur et une infiltration diffuse qui gagne de proche en proche toute l'épaisseur de la joue. Cette gangrène se propage rapidement. Si dans le principe la muqueuse présente dans l'étendue d'un centime à peine, une coloration d'un vert sale, bientôt une vaste destruction gangréneuse s'empare de toute la joue et des parties avoisinantes. Des lambeaux sphacelés de tissu cellulaire se détachent et une sanie putride s'épanche constamment dans la cavité buccale. L'œdème collatéral finit par s'étendre à toute la moitié correspondante de la face. Les ganglions lymphatiques voisins sont toujours fortement engorgés.

En même temps la *fièvre* fait rarement défaut, elle peut monter jusqu'à 40°,0 et au delà. Il est remarquable qu'au début l'état général résiste quelque temps, mais graduellement se déclare un profond affaiblissement, quelquefois aussi un état septicémique de tout l'organisme (fièvre, hébétude, délire, etc.). Souvent il se forme, à la suite de l'aspiration de particules mortifiées, des pneumonies lobulaires à caractère *gangréneux*. La déglutition de la sanie grisâtre provoque souvent un *dévoisement* intense et infect. Les *malaises locaux* mis en regard de la gravité de l'affection ne sont la plupart du temps pas très accusés. C'est ainsi qu'il y a quelquefois absence complète de douleur.

L'*issue* du noma est presque toujours mortelle. La *mort* arrive, tantôt avec les symptômes d'un collapsus subit, tantôt par l'aggravation progressive de l'état général, après 2 à 4 semaines de maladie. Ce n'est que par exception qu'on a observé des cas de *guérison*. La gangrène se délimite, les parties mortifiées s'éliminent et la guérison finit par se faire à la longue, à la faveur d'une énorme cicatrice qui défigure horriblement.

Le *traitement* du noma doit viser avant tout à mettre un terme aux progrès de la gangrène en séparant tous les tissus déjà nécrosés. On n'y parvient guère par la cautérisation locale avec l'acide chlorhydrique concentré ou l'acide nitrique fumant, la pierre infernale, le perchlorure de fer, etc. Il serait de beaucoup préférable d'enlever toute la partie mortifiée au moyen du thermocautère de PAQUELIN. Ce n'est qu'à la première période qu'on pourrait se promettre de réussir par cette méthode. Mais quand le noma est avancé, ce remède ne sert plus à grande chose.

Indépendamment du traitement local, il faut avoir soin de désinfecter soigneusement la cavité de la bouche. A cet effet, il n'y a rien de plus efficace que de rincer la bouche avec de l'eau salicylée, de l'eau phéniquée ou l'hypermanganate de potasse, et d'y saupoudrer de l'iodoforme. Il faut veiller autant que possible à maintenir les forces du malade.

CHAPITRE SEPTIÈME.

PAROTIDITE.

(Oreillon, Ourles, Giffles.)

L'inflammation de la glande parotide, la *parotidite*, se déclare sous forme de maladie infectieuse spéciale, primitive d'origine, le plus souvent de nature épidémique, et puis comme complication secondaire au cours de beaucoup d'autres affections graves. Chacune de ces parotidites demande une description particulière.

1. **Parotidite idiopathique primitive.** *Oreillons épidémiques, fièvre oreillaire.*

Étiologie. Cette maladie paraît de loin en loin à l'état d'épidémies qui prennent parfois une assez grande extension. On rencontre aussi par-ci par-là des cas sporadiques. Ce sont les enfants et les jeunes gens qui sont le plus souvent atteints. Il n'y a que les enfants à la mamelle ainsi que les vieillards qui présentent à l'endroit de cette affection une remarquable immunité. Les hommes y sont notablement plus enclins que les femmes.

Il est incontestable que les oreillons appartiennent à la classe des maladies infectieuses spécifiques. Cependant on ne connaît encore rien de précis sur la nature de l'agent d'infection. En tout cas il est à présumer que la matière infectieuse passe de la bouche dans la parotide par le conduit de STÉNON.

Des observations nombreuses tendent à faire croire à la *contagiosité* directe de la maladie. La *période d'incubation* ne paraît pas être d'une longueur constante. En moyenne elle est de 14 jours environ.

Symptômes et marche. Quelquefois après un *stade prodromique* de 1 à 2 jours, marqué par quelques manifestations fébriles légères, une infiltration d'une des glandes parotides annonce le début de la maladie. Le gonflement apparaît exactement au devant et au-dessous du lobule de l'oreille, lequel s'écarte de plus en plus de la tête. Les jours qui suivent, l'enflure s'accroît rapidement et, grâce à l'œdème collatéral de la joue et du plancher buccal, peut atteindre des proportions excessives. Alors les traits de la face sont considérablement altérés et, l'affection étant d'ailleurs exempte de danger, la physionomie paraît tellement comique qu'on lui a appliqué plusieurs sobriquets populaires. Plus tard la parotide du côté opposé s'entreprend fréquemment à son tour.

La terminaison par suppuration n'a presque jamais lieu dans l'oreillon véritable. La boursouffure n'acquiert que rarement non plus une grande dureté. D'ordinaire elle garde une consistance quelque peu pâteuse. La peau qui la recouvre est communément pâle et luisante. Outre la parotide,