

tite manque en pareil cas, c'est qu'elle n'a pas eu le temps matériel de se développer.

**Pathogénie.** — La stomatite mercurielle se présente avec les allures d'une maladie inflammatoire. Cette inflammation de la cavité buccale survenant à la suite de la préparation, de la manipulation ou de l'ingestion de mercure ou de sels mercuriels, est manifestement liée à l'introduction du mercure dans l'économie, et dès lors il est légitime de l'appeler stomatite mercurielle.

Mais comment agit le mercure sur la bouche, et quelle est la genèse des accidents. On remarquera tout d'abord que la stomatite survient, à peu près identique, quels que soient la voie de pénétration et le procédé de pénétration, injection interstitielle, pilules, solutions, frictions, pansement, etc. Par conséquent, il n'y a pas lieu d'invoquer l'action directe immédiate du mercure sur la surface libre de la muqueuse buccale, l'irritation directe, produite par des vapeurs, irritation qui serait comparable par exemple à celle que produit l'acide fluorhydrique sur les muqueuses avec lesquelles il entre en contact. Il est évident que ce n'est pas ainsi qu'on peut expliquer la stomatite qui prend naissance après une injection vaginale, ou une injection de sublimé dans la fesse, ou l'ingestion de pilules de protoiodure. Il faut donc laisser de côté tout d'abord cette première explication.

Mais alors le mercure, pour attaquer la muqueuse, ne peut l'aborder que par deux voies, la voie sanguine, la voie salivaire. Comme il y a généralement gonflement, turgescence et hypersécrétion des glandes salivaires au cours de la stomatite mercurielle, on a fait l'hypothèse que le mercure éliminé par les glandes salivaires pouvait venir enflammer la muqueuse de la bouche.

Cette explication a pu paraître satisfaisante autrefois. Aujourd'hui elle n'est plus admissible. Tout d'abord il est fort difficile de constater dans la salive des traces de mercure ; ces recherches sont négatives dans l'immense majorité des cas.

D'autre part, la tuméfaction des parotides et des sous-maxillaires manque souvent, et quand elle existe, il arrive fréquemment qu'elle se montre seulement après l'apparition des phénomènes buccaux, et elle se présente alors bien plutôt comme une complication que comme une cause de la stomatite.

En outre, le mercure fût-il déversé par la salive, que sa présence dans la cavité buccale ne suffirait pas à expliquer l'explosion des accidents.

Quand on se rince la bouche ou qu'on se gargarise avec une solution mercurielle, on met la muqueuse en contact avec une quantité de sel hydrargyrique infiniment plus considérable que celle contenue dans la salive, si minime que les traces en sont douteuses dans l'immense majorité des cas.

Lanz a essayé de démontrer expérimentalement que la salive n'intervient pas dans la production de la stomatite hydrargyrique. Il a montré qu'on pouvait déterminer la stomatite chez des chats dont on avait préalablement extirpé les glandes salivaires. Ces expériences sont intéressantes ; elles viennent à l'appui des autres arguments qu'on peut invoquer en faveur de la même opinion. Cependant, prises en elles-mêmes elles ne sont pas absolument concluantes. Enlever les grosses glandes salivaires, c'est amoindrir, mais non supprimer l'appareil salivaire.

Quant à la modification qu'exercerait le mercure sur les tissus constituants de la muqueuse buccale, cette modification n'est point douteuse. Mais il n'y a pas là d'action élective, il agit sur les parois de la cavité buccale comme sur toute l'économie, en altérant la résistance des éléments anatomiques et en modifiant leur vitalité. Mais de là à produire une inflammation, il y a loin. Sans doute, certaines substances peuvent par leur seule action amener des inflammations et des suppurations.

On ne saurait arguer dans le cas particulier de cette propriété de certains corps. La tolérance des tissus pour le mercure et ses composés est prouvée par la pratique aujourd'hui répandue dans le traitement de la vérole des injections d'huile grise, de peptonate de mercure, de calomel.

D'autre part, le caractère si nettement aigu et bruyamment inflammatoire des lésions n'est pas en rapport avec l'hypothèse de la simple action d'une substance toxique, quand celle-ci est lentement introduite dans les tissus. Ces allures inflammatoires rapprochent la stomatite mercurielle de beaucoup d'autres stomatites qui ne sont pas le moins du monde liées à des intoxications.

On est donc conduit à chercher autre chose. Et cette autre chose, où peut-on la trouver, sinon dans la cavité buccale elle-même. Or, ce qui domine dans la bouche c'est sa septicité. C'est un milieu malpropre, où pullulent des myriades de microorganismes pathogènes.

Nous avons vu en parlant d'étiologie que plus la bouche était sale, plus tôt survenait la stomatite et plus graves étaient les accidents. Mais il y a plus : quand la bouche est absolument saine, qu'il n'y a pas de lésions antécédentes, il n'y a pas de stomatites. Pourtant, si le mercure suffisait, on aurait dû en avoir. Les vieillards, les enfants n'en ont point, malgré tout le mercure du monde. Parce qu'ils n'ont plus de dents autour desquelles s'accumulent tout ce qu'il y a de plus septique dans la bouche. L'étude de la marche de la maladie montre qu'elle débute et qu'elle a son maximum dans les coins de la bouche où la teneur en microbes est le plus considérable. L'examen des détritits, des exsudats qui couvrent les exulcérations montre une flore très riche en microorganismes. Ce sont ces microbes qui sont

cause des phénomènes inflammatoires. Tous les microbes pathogènes de la bouche peuvent amener ce résultat, pourvu qu'on leur fournisse porte d'entrée et terrain favorable. Or, ce dernier facteur est le fait du mercure; c'est lui qui prépare ce terrain et le rend fertile, apte à la culture microbienne. La stomatite mercurielle est donc une lésion septique. C'est un fait que les recherches de Bockart, de Renzi, Galippe mettent hors de doute. On peut même aller plus loin et admettre, avec Galippe, qu'il n'y a pas de différence essentielle entre la stomatite mercurielle et les autres stomatites. Cependant elle garde son individualité, à cause de la notion étiologique si précise qui préside à son développement. Mercure, stomatite. Supprimez le mercure, plus de stomatite : redonnez-le, nouvelle inflammation, et ainsi de suite.

*Signes.* — La stomatite mercurielle présente dans son évolution et son intensité des différences qui font qu'on en peut décrire des formes aiguës ou chroniques, graves ou bénignes. La forme chronique ne peut guère s'observer que chez des individus qui restent indéfiniment soumis à l'influence délétère du mercure. Ainsi les mineurs, les chapeliers, les doreurs. Aussi la voit-on en somme assez rarement. Ce que nous rencontrons couramment dans la pratique, ce sont les stomatites médicamenteuses, presque toujours chez des syphilitiques, sous forme d'accidents aigus et habituellement bénins.

La plupart du temps même, l'inflammation n'occupe pas toute la cavité buccale; elle n'intéresse qu'une région de cette cavité; elle est partielle, en un mot. Voici en effet ce que nous observons très souvent. Un malade est soumis à un traitement mercuriel. Il a mal compris ou mal exécuté, ou complètement négligé les précautions adjuvantes destinées à protéger sa bouche. Il éprouve bientôt de légères douleurs du côté des dents, de la joue, il éprouve une sensation de cuisson, de tension, d'agacement gingival et dentaire. En même temps la salivation est exagérée. La bouche est mauvaise, le malade perçoit une saveur métallique désagréable. Si l'on examine la bouche, on trouve la langue plus ou moins blanche, mais les lésions les plus importantes siègent sur certains points de la gencive. Ricord faisait déjà remarquer que la stomatite était souvent unilatérale, et que le côté affecté était celui sur lequel le malade se couchait habituellement. C'est en effet de ce côté que la salive est entraînée et stagne pendant le sommeil. Il est par là même plus exposé aux infections. La muqueuse de la joue est plus rouge de ce côté que du côté opposé, mais cet état congestif n'a rien de bien caractéristique. D'après Lanz, la moitié qui serait affectée de préférence est celle dont on ne se sert pas dans la mastication.

La gencive supérieure est peu altérée, du moins au début, et dans la forme atténuée que nous étudions. La gencive inférieure elle-même n'est pas atteinte dans toute son étendue. Les lésions

ont un siège d'élection. C'est la partie la plus reculée de la gencive, derrière la grosse molaire postérieure, au pied de l'apophyse coronoïde. Cette région est le siège d'une vive rougeur et d'un gonflement manifeste. La collerette gingivale qui sertit la dernière dent est décollée, et apparaît flottante en arrière de cette dent, son bord libre exulcéré figurant une bande d'un rouge plus intense encore que la muqueuse environnante. Ce bord est saignant pour peu qu'on y touche. Des phénomènes analogues s'observent en un autre siège d'élection : c'est au niveau de l'interstice des deux incisives médianes, et, comme le fait remarquer Fournier, toujours du côté antérieur de la gencive. Enfin toute dent cariée, tout chicot, toute incrustation abondante de tartre s'entoure d'une zone de gingivite intense.

Les lésions, d'abord localisées à quelques points du pourtour de l'arcade dentaire inférieure, se généralisent si le traitement est continué dans les mêmes conditions. Le malade est souvent la cause de cette aggravation des lésions, et cela de deux façons : ou bien par négligence, ou bien par excès de zèle. Ce dernier cas est très fréquent. Il est particulier aux syphilitiques. Il s'observe surtout chez les jeunes gens, principalement chez les individus cultivés, et il est la règle chez les étudiants en médecine. La crainte excessive de voir survenir des manifestations buccales de la syphilis est cause de tout le mal. Une petite ulcération se montre de bonne heure en arrière de la dernière grosse molaire et s'étend verticalement au-devant de la branche montante du maxillaire. Les malheureux voient là une syphilide et doublent leur dose de mercure. Ils ont ainsi bientôt décuplé leur stomatite, qui occupe alors toute la cavité buccale et détermine des phénomènes beaucoup plus sérieux.

La stomatite peut aussi être d'emblée générale et sérieuse, ou bien encore le stade des lésions localisées être trop court pour qu'on ait le temps de l'observer. C'est la forme qu'on rencontrerait le plus ordinairement quand les accidents sont consécutifs à des frictions. C'est en somme la classique stomatite mercurielle. Ici tous les phénomènes sont beaucoup plus accentués. Les troubles fonctionnels sont en particulier des plus pénibles. Ils surviennent très rapidement, parfois en quelques heures. Toute la bouche devient le siège d'une sensation de cuisson intense; la sensibilité des dents est exagérée; celles qui sont saines sont, comme l'on dit, agacées; celles qui sont cariées sont souvent douloureuses et parfois très douloureuses. Toutes donnent au malade une curieuse illusion. Il semble qu'elles soient allongées et qu'on ne puisse plus rapprocher les deux mâchoires autant qu'à l'ordinaire. Une saveur métallique et nauséabonde emplit la bouche. En outre la langue est pâteuse, ses mouvements sont très douloureux.

Manger est à peu près impossible, car l'écartement des mâchoires est difficile et s'exécute d'une façon incomplète; la langue se déplace

avec peine ; toutes les parois de la bouche sont endolories, elles sont le siège d'une tension douloureuse et comme enraidies. La parole même est gênée et confuse, souvent inintelligible. Mais deux phénomènes sont surtout très pénibles, l'un pour le malade, l'autre pour ses voisins. Le premier est la salivation exagérée, l'autre l'excessive fétidité de la bouche.

Cette sialorrhée est si caractéristique de la stomatite hydrargyrique qu'on emploie quelquefois le terme salivation mercurielle comme synonyme de stomatite mercurielle, et que les anciens, donnant à ce symptôme une importance tout à fait prédominante, appelaient simplement cette stomatite « le flux de bouche ». — Elle est d'une abondance extrême. Le malade ne peut suffire à l'avaler. Les mouvements de déglutition sont d'ailleurs si douloureux qu'il y renonce ; mais l'acte de cracher n'est pas moins désagréable. Aussi en voit-on qui se résignent à laisser la salive s'écouler librement par la bouche librement ouverte. La nuit, pendant le sommeil, les mouvements de déglutition n'ayant point lieu, et l'hypercrinie salivaire ne cessant point, la salive se déverse sur l'oreiller qu'elle inonde littéralement. Le malade peut ainsi cracher ou laisser couler un litre, deux litres, trois litres de salive, et parfois davantage. On conçoit qu'une pareille déperdition contribue singulièrement à affaiblir le malade. Il y a des cas où ce signe fait défaut, et même ces cas ne seraient pas rares, puisque, d'après Lanz, il manque chez les deux tiers des malades.

Quant à la fétidité, elle est atroce, et elle aussi presque caractéristique. Elle permet, dans un grand nombre de cas, de faire le diagnostic à une distance assez notable de son client, « l'haleine ayant une odeur qu'on peut qualifier de révélatrice » (Fournier). Il est difficile de donner les caractères de cette fétidité, que généralement d'ailleurs on ne songe pas à analyser très à fond ; mais comme le dit M. Fournier, « quand une fois vous l'aurez sentie, elle vous sera très utile pour poser votre diagnostic ». En dépit de cette hypersécrétion salivaire, il semble toujours au malade que sa bouche soit sèche.

L'examen de la bouche montre des modifications considérables dans l'aspect de cette cavité. La langue, toujours notablement tuméfiée, est couverte d'un enduit blanchâtre et adhérent. Quand les arcades dentaires sont rapprochées, elle s'y applique étroitement à cause de son augmentation de volume. Aussi conserve-t-elle les traces de ce contact permanent, ou mieux de cette compression permanente. La langue, en effet, vient se mouler contre les arcades dentaires, et en garde fidèlement l'empreinte. Les bords présentent donc des crêtes verticales qui répondent aux interstices des dents et des dépressions demi-circulaires qui sont la trace des couronnes, et en outre des impressions et saillies irrégulières correspondant aux points

occupés par des chicots, ou qui sont dépourvus de dents. Les joues, les lèvres sont tuméfiées et d'un rouge plus ou moins sombre. Elles conservent aussi l'empreinte des dents, et au niveau de ces empreintes, comme d'ailleurs sur celles qui occupent les bords de la langue, se développent souvent des exulcérations ou des ulcérations véritables.

Mais les lésions les plus importantes sont celles des gencives. Celles-ci sont énormément tuméfiées, doublées et triplées de volume. Elles sont d'un rouge foncé, d'un rouge pourpre. Elles sont décollées autour du collet des dents, et leur bord libre est exulcéré et saignant. Une sorte de gangue pultacée entoure les dents déchaussées au voisinage de leur collet. En pressant sur la gencive, on fait sourdre un liquide puriforme, qui s'accumule dans la rainure qui sépare de la dent la gencive décollée. Les lésions se présentent à leur maximum au niveau des dents cariées et au niveau de la dernière molaire.

Le côté de la gencive qui regarde le vestibule buccal est habituellement un peu plus malade que l'autre. La gencive inférieure est presque toujours aussi plus gravement atteinte que la supérieure. Enfin, on constate fréquemment que, d'une façon générale, les lésions sont plus avancées et plus sérieuses d'un côté de la bouche.

Tandis que la cavité buccale est le siège de cette inflammation intense, le pharynx conserve, ou peu s'en faut, sa physionomie normale. La phlegmasie semble s'arrêter à l'isthme du gosier. Dans certains cas, toutefois, il y a aussi de la pharyngite concomitante, et l'on cite des cas où il est survenu de l'œdème de la glotte ; mais ce sont des cas exceptionnels. Les ganglions sous-maxillaires sont presque toujours engorgés. On voit survenir aussi du gonflement des parotides, d'un seul ou des deux côtés. Les joues, les lèvres sont souvent œdématisées. La palpation de tous les tissus périmaxillaires est douloureuse. Chez certains sujets, les tuméfactions sous-maxillaires et parotidiennes se confondent et l'aspect du malade rappelle celui des gens qui ont les oreillons. Les ganglions sous-maxillaires peuvent s'abcéder, les adéno-phlegmons suppurés ne sont pas très rares.

La stomatite mercurielle est habituellement apyrétique, sauf toutefois quand surviennent de larges ulcérations et des suppurations, périostites des maxillaires, phlegmons de la joue, adéno-phlegmons sous-maxillaires. Mais l'état général est rapidement et gravement altéré. Le malade est très affaibli et d'une pâleur extrême. Sans doute, il faut faire dans ces phénomènes une part notable à l'intoxication mercurielle, qui entraîne, comme l'on sait, une anémie rapide, et agit de la façon la plus fâcheuse sur la nutrition de tous les tissus. Mais les douleurs, la difficulté et l'insuffisance de l'alimentation, la déperdition de salive, la résorption des produits sep-

tiques sécrétés dans la bouche infectée, tout cela contribue singulièrement à produire le mauvais état général.

Enfin on observe parfois, bien rarement il est vrai, des formes graves, qui se montrent surtout chez des sujets dont la résistance est diminuée par quelque tare, en particulier chez ceux qui ont de mauvais reins. Ce sont, en somme, les mêmes symptômes que ceux que nous venons de décrire, mais plus accentués encore ; les joues et les lèvres sont considérablement tuméfiées, la langue énorme vient faire saillie hors des arcades dentaires, des ulcérations profondes se montrent sur les gencives, les joues et la langue, et finalement peuvent se produire des nécroses partielles des maxillaires.

**Marche.** — La stomatite mercurielle décroît rapidement après trois ou quatre jours passés à la période d'état, et quand on a supprimé le mercure et mis en œuvre un traitement convenable, la bouche reprend son aspect normal du dixième au quinzième jour.

Mais quand il y a des ulcérations, des mortifications de la muqueuse ou du maxillaire, il faut naturellement plus de temps pour obtenir la réparation. D'autre part, quand il s'agit d'une stomatite partielle et légère, trois, quatre ou cinq jours suffisent pour obtenir la guérison. Les lésions préexistantes sont presque toujours notablement aggravées après cet épisode aigu. En effet, la stomatite mercurielle revêt des aspects particulièrement sérieux et a des conséquences spécialement funestes, quand elle frappe des bouches atteintes déjà de maladies organiques ou diathésiques, ou de lésions étendues et graves des muqueuses.

On sait qu'en pareil cas les incertitudes du diagnostic conduisent volontiers le médecin à s'en remettre à un traitement d'épreuve pour décider de la nature syphilitique ou non-syphilitique de la maladie. Or les cancers, les leucoplasies, les tuberculoses sont parfois considérablement aggravés et activés dans leur évolution par la stomatite, qui d'ailleurs survient en pareil cas avec une grande facilité et se montre plus rebelle, plus lente à guérir.

La façon dont le traitement hydrargyrique est appliqué aurait une certaine influence sur l'évolution des accidents. Ainsi les accidents seraient plus fréquents, plus brusques et aussi plus graves à la suite des frictions. On remarquera cependant que les partisans de chaque méthode d'administration de mercure paraissent admettre assez volontiers que la leur est plus inoffensive que les autres, surtout en ce qui concerne la stomatite.

Certes, la stomatite soignée convenablement se termine toujours par la guérison. Mais insuffisamment traitée ou pas du tout traitée, il n'en saurait être de même. Il est donc fréquent de voir chez les malades abandonnés à eux-mêmes les accidents se prolonger. Les phénomènes aigus disparaissent rapidement, mais les gencives demeurent tuméfiées, deviennent molles, friables, saignantes. Cette

gingivite chronique peut persister ainsi indéfiniment, ou du moins jusqu'à la chute des dents les plus atteintes. Ces altérations gingivales s'observent bien plus sûrement encore quand le sujet demeure soumis à l'action prolongée et persistante du mercure. C'est ce qui arrive chez les mineurs et les ouvriers qui manipulent le mercure. Chez eux les gencives restent ainsi perpétuellement tuméfiées, mollasses et d'une coloration d'un rouge violacé. Des poussées de périostite se produisent de temps à autre, et de temps à autre aussi des accidents de stomatite plus ou moins étendue. Les dents se déchaussent, deviennent branlantes et finalement tombent. La disparition de ces organes, ou tout au moins des molaires, est pour le mineur le gage de délivrance. Une fois débarrassé de ses dents, il n'aura plus à craindre d'accidents du côté de la bouche.

**Pronostic.** — Sans doute, on voyait autrefois des stomatites mercurielles susceptibles d'entraîner la mort. Sans doute les formes sérieuses et même graves s'observent encore parfois de nos jours. Mais dans l'immense majorité des cas, ce que nous voyons dans la pratique de tous les jours, c'est une inflammation bénigne et discrète, qui non seulement n'expose pas les jours du malade, mais encore guérit avec une grande simplicité et dans un court délai. L'ennui habituel est la difficulté qu'apporte dans le traitement de la syphilis le défaut de tolérance de la bouche. On peut toujours faire supporter le mercure, après avoir pris, comme il convient, les précautions nécessaires, le reprendre, les accidents terminés, en apportant plus de soin pour en empêcher le retour.

Une stomatite légère peut même guérir malgré la continuation du traitement, la désinfection bien comprise des dents et de la bouche suffisant à ramener les choses à l'état normal. On peut même arriver à ce résultat, en apparence paradoxal, de guérir par des lavages au sublimé une stomatite mercurielle, fait qui trouve dans la théorie microbienne de ces accidents buccaux une interprétation aussi simple que plausible. Mais il faut compter avec les susceptibilités individuelles, compter surtout avec la négligence de beaucoup de malades, qui ne veulent point s'astreindre à toutes les minutieuses précautions qu'exige le bon état de la bouche. Aussi très souvent laissent-ils purement et simplement de côté leur traitement mercuriel. D'autres n'arrivent pas à la guérison complète ; ils conservent de la gingivite chronique et finissent par perdre leurs dents. La stomatite mercurielle est donc un fâcheux accident, dont on ne saurait trop s'attacher à empêcher le développement par un traitement préventif.

**Traitement.** — Avant d'administrer le mercure à un malade, il est en effet indispensable d'examiner sa bouche, et dans un nombre considérable de cas on trouvera que sa bouche n'est pas en état de supporter le mercure. Il faudra donc lui prescrire en même temps que le traitement toute une série de mesures concernant l'hygiène

de la bouche. On peut être assuré néanmoins que leur exécution laissera presque toujours à désirer, et que souvent elles seront laissées de côté et considérées comme une sujétion trop pénible. C'est que ces habitudes de minutieuse propreté ne peuvent être acquises qu'avec lenteur et par des gens soigneux; mais qu'attendre à cet égard de la plupart de nos malades d'hôpital? Heureusement que souvent l'à peu près suffit. A tout hasard, il faut donc recommander à son malade de se rincer la bouche après chaque repas et de se brosser les dents matin et soir avec une poudre dentifrice, dont les moins compliquées sont les meilleures, ou mieux encore avec du savon tout simplement; en outre de se rincer la bouche avec une solution de chlorate de potasse, ou encore avec une solution antiseptique, chloralée, boriquée, salicylée. S'il y a de la gingivite chronique autour des dents cariées ou des chicots, il faut tout de suite les nettoyer, toucher ces points malades avec de la teinture d'iode, de l'eau phéniquée, de l'acide chromique, et s'il y a des chicots ou des dents atteintes de carie pénétrante, qui soient mal tolérés et douloureux, le mieux est d'en faire l'ablation.

La stomatite une fois déclarée, il faut suspendre le traitement, et mettre en œuvre la série de moyens que nous venons d'énumérer. Le chlorate de potasse a passé pendant un temps pour un quasi-spécifique en pareil cas. Il y a là une évidente exagération. C'est néanmoins le médicament qu'on prescrit le plus souvent et que son prix modique et son innocuité rendent précieux pour la thérapeutique des pauvres gens. On le prescrit en potions à l'intérieur, en lavages et en poudre. Mais les solutions antiseptiques sont encore mieux indiquées, même les antiseptiques mercuriels, à très faible dose bien entendu. Enfin de nouvelles indications sont tirées des douleurs parfois fort vives que le malade éprouve. Dans les formes très aiguës où le malade peut à peine écarter les mâchoires, où la muqueuse dépouillée en nombre de points de son épithélium est intolérante et réagit douloureusement au moindre contact, les solutions antiseptiques sont mal tolérées pendant les quelques jours que dure cette phase aiguë. Il faut alors prescrire l'eau de pavots ou l'eau de guimauve, liquides qui ont bouilli, liquides aseptiques, et toujours bien tolérés.

On peut encore, et cela vaut encore mieux, faire quelques applications locales de cocaïne, qui toujours calment les douleurs, et dans les cas sérieux auxquels nous faisons allusion rendent les lavages et l'alimentation moins pénibles.

**Glossite aiguë parenchymateuse** (1). — Nous désignerons

(1) *Mém. de l'Acad. de chir.* : Louis, *Mém. phys. et pathol. sur la langue*, et DE LA MALLE, *Précis d'observations sur le gonflement de la langue et sur le moyen le plus efficace d'y remédier*. — MAISONNEUVE, thèse de conc., 1848. — CHASSAIGNAC, *Traité de la suppuration*. Paris, 1859. — N. GUENEAU DE MUSSY, *Arch. méd.*, 1879. —

sous ce terme, qui a pour synonymes les expressions de *glossite phlegmoneuse*, *gonflement de la langue*, *prolongement aigu de la langue*, *macroglossite aiguë*, une inflammation dont le siège est le corps charnu de la langue.

Il s'agit donc d'une glossite profonde, et par là même distincte de toutes celles qui n'intéressent que les couches superficielles.

Ces dernières, les glossites aiguës corticales, sont d'observation banale, et font partie de toutes les stomatites.

La glossite profonde, affection autrement sérieuse, est aussi rare que ces dernières sont communes.

L'inflammation du parenchyme lingual s'accompagne presque toujours d'une vive inflammation de la muqueuse; mais le fait important et qui caractérise la maladie, c'est l'envahissement des couches musculaires profondes.

La glossite aiguë profonde se présente souvent avec des aspects cliniques graves qui ne la laissent pas passer inaperçue. Aussi est-elle connue depuis fort longtemps. Sans remonter à Hippocrate, Arétée et Galien qui en feraient mention dans leurs écrits, nous en trouvons des exemples intéressants cités par Amb. Paré, et dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie. Louis, dans son Mémoire sur la langue, un des meilleurs de l'illustre écrivain, en rapporte plusieurs observations, et De la Malle, en quelques pages, montre, en citant des cas de la pratique de son père et de la sienne propre, et la physionomie de la maladie dans les cas urgents et graves, et la manière d'y porter remède. Plus près de nous, je citerai sans préjudice d'une foule de courtes publications et d'observations isolées, les descriptions de Maisonneuve, de Chassaignac, de F. Clarke, de Butlin, les articles importants de G. de Mussy, de Dyce Duckworth, de Maurel, les thèses de Caulier et de Thébaud. Tout récemment, un consciencieux examen histologique et bactériologique de MM. Sabrazès et Bousquet est venu combler, partiellement au moins, une grosse lacune que les travaux antérieurs avaient laissé persister dans l'anatomie pathologique de l'affection.

**Étiologie.** — La glossite parenchymateuse aiguë s'observait autrefois avec une fréquence relative, au cours de la variole et des accidents buccaux graves déterminés par la médication mercurielle trop libéralement administrée. Elle se présentait alors avec un caractère de gravité considérable, et dans les vieux livres il est sans cesse question de leur terminaison par la gangrène.

Mais, la variole est devenue rare, et même est destinée à disparaître;

DYCE DUCKWORTH, *Med. and surg. Journal*. — BOECKEL, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1884. — CAULIER, thèse de Paris, 1884-1885. — MAUREL, *Gaz. méd.-chir. de Toulouse*, 1890. — RENDU, *France méd.*, 1892. — THÉBAUD, thèse de Paris, 1894. — WAGNER, *New York med. Journ.*, 1893. — SABRAZÈS et BOUSQUET, *Presse méd.*, 1897.