

des douleurs et une certaine gêne dans les mouvements de l'organe. — La GLOSSITE DISSÉQUANTE est caractérisée par des sillons profonds qui pénètrent dans l'épaisseur de la langue et semblent la diviser en plusieurs faisceaux; l'épithélium et des débris d'aliments s'accumulent dans ces plis, et y produisent des gerçures et des crevasses souvent fort douloureuses.

La glossite chronique peut être confondue avec le cancer et avec l'induration d'origine syphilitique; les caractères objectifs sont trompeurs; on ne peut se fonder pour le diagnostic que sur le fait d'une inflammation aiguë ayant précédé l'induration, et sur les effets du traitement anti-syphilitique, qui doit être rigoureusement institué dans tous les cas douteux.

TRAITEMENT.

Le traitement des *glossites superficielles* ne diffère pas de celui des stomatites. Celui de la *glossite chronique d'emblée* est tout entier dans la soustraction de la cause irritante qui a produit la lésion; mais souvent, quand elle est ancienne, le résultat est nul, et si les fonctions sont notablement gênées, il n'y a d'autre ressource qu'une opération chirurgicale. Dans les cas récents, on pourrait tenter la médication par l'iodure de potassium et par les eaux iodo-bromurées de Saxon. — La *glossite disséquante* persiste souvent d'une manière définitive; cependant elle peut être guérie, ou en tout cas grandement améliorée par des soins de propreté minutieux, et par la cautérisation des gerçures et des sillons avec le nitrate d'argent.

La *glossite profonde aiguë* exige un traitement énergique; je n'oserais, à l'exemple de Graves, appliquer des sangsues sur l'organe enflammé, bien que, dans le fait qu'il cite, le résultat ait été heureux; les applications dans la région rétro-et sous-maxillaire me semblent mériter la préférence, mais tout cela n'est bon que si l'on a encore quelque temps devant soi. Lorsque le gonflement est tel que l'asphyxie est imminente, il faut une déplétion bien autrement rapide; elle ne peut être obtenue que par des incisions intéressant le quart ou le tiers de l'épaisseur de la langue; si la suffocation persiste après ces scarifications, il n'y a d'autre ressource que de pratiquer la trachéotomie. Dans les cas moins violents qui ne nécessitent pas d'incision, on soulage beaucoup les malades en leur faisant prendre constamment de petits fragments de glace. — Lorsqu'un abcès est reconnu, il faut l'ouvrir aussitôt; mais bien souvent il siège tout à fait à la base de la langue, et, en raison de l'état des parties, l'exploration n'est pas possible; c'est un nouvel argument en faveur des incisions précoces, qui préviennent d'ordinaire la terminaison par suppuration. — Malgré l'autorité de Graves et de Neligan, je condamne absolument le traitement mercuriel; les raisons de cette proscription sont faciles à concevoir.

CHAPITRE III.

GANGRÈNE DE LA BOUCHE. — NOMA.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Indépendamment de la gangrène, qui constitue dans quelques cas la terminaison des stomatites graves, on observe dans les parois buccales une mortification d'apparence spontanée, qui est un type de ces nécroses préparées de longue main par la détérioration de l'organisme (voyez t. I). — La GANGRÈNE DYSTROPHIQUE ou NOMA (1) est une maladie de l'enfance, qu'elle atteint surtout de trois à cinq ans d'après Barthez et Rilliet, de cinq à dix selon Taupin. Un peu plus commune chez les filles que chez les garçons, elle sévit sur les enfants mal logés, mal nourris, dont ces mauvaises conditions hygiéniques altèrent peu à peu la constitution; mais alors même que le terrain est ainsi préparé, il est bien rare

(1) Synonymes : *Stomatite maligne*; — *stomacace*; — *stomatite putride*; — *cancer aqueux*.

POUCQUET, *De cheilocace*. Tübingen, 1794. — LENTIN, *Beiträge zur ausüb. Arzneiwissenschaft*. Augsburg, 1797. — BARON, *Journ. de méd. de Leroux, etc.*, 1816. — ISNARD, *Thèse de Paris*, 1818. — *Journ. compl. du Dict. des sc. méd.*, 1819. — SIEBERT, *Hufeland's Journal*, XXXIII. — BILLARD, *loc. cit.* — RICHTER, *Der Wasserkrebs der Kinder*. Berlin, 1828. — *Beiträge zur Lehre von Wasserkrebs*. Berlin, 1832. — *Ueber den Brand der Kinder*. Berlin, 1834. — WIEGAND, *Der Wasserkrebs*. Erlangen, 1830. — FRORIEP, *Path. anat. Abbildungen*. Weimar, 1836. — TAUPIN, *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1839. — HUNT, *Med.-chir. Transact.*, XXVI. — J. TOURDES, *Thèse de Strasbourg*, 1848. — BARTHEZ et RILLIET, *loc. cit.* — LÖSCHNER, *Prajer Viertelj.*, XV. — ALBERS, *Archiv f. physiol. Heilk.*, XI. — WUNDERLICH, BAMBERGER, *loc. cit.* — PUTÉGNAT, *De la stomatite gangréneuse* (*Gaz. hebdom.*, 1865). — LAVIT, *Gangrène de la bouche : traitement par la créosote camphrée; guérison* (*Bullet. thérap.*, 1867). — WERNER, *Ein Fall von Noma bei einem 50 jährigen Manne* (*Zeitschr. f. Wundärzte und Geburtsh.*, 1867).

FLEMING, *Cancrum oris* (*Philad. med. Reporter*, 1869). — GLYNN, *Cancrum oris* (*Brit. med. Journ.*, 1869). — SANTOPADRE, *Stomatite gangrenosa; edema della glottide* (*Rivist. clin. di Bologna*, 1869). — KELLNER, *Ueber Noma*. Berlin, 1870. — EDGAR, *On cancrum oris* (*St.-Louis med. and surg. Journ.*, 1870). — LANGE, *Ein Fall von Noma geheilt durch äussere Anwendung von Oleum Terebenthinæ* (*Memorabilien*, 1871).

SCHMID, *Ueber das Verhältniss von Noma zur Gangræna oris* (*Bayr. ärztl. Intellig. Bl.*, 1872). — SMITH, *Cases of gangrene of the mouth* (*New-York med. Rec.*, 1872). — HILDEBRAND, *De Noma*. Berlin, 1873. — LUCAS CHAMPIONNIÈRE, *Gangrène de la bouche* (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1875).

que la mortification survienne sans causes occasionnelles, et ces causes sont pour la plupart des influences débilitantes : ce sont la rougeole, la scarlatine (rarement la variole), les diarrhées prolongées, les maladies chroniques de la peau et du cuir chevelu. Dans quelques cas, c'est une simple irritation locale telle que saillie d'une dent, salivation mercurielle, qui est l'occasion de l'explosion de la maladie. Chez l'adulte, elle est observée dans l'état puerpéral, à la suite des typhus ou d'un traitement mercuriel, mais elle est rare à cet âge. — Le noma est plus fréquent dans les contrées humides et froides que dans les régions méridionales; il est relativement commun en Hollande et sur le littoral de la mer du Nord. La maladie n'est pas épidémique, et, quoi qu'en ait dit Taupin, elle n'est pas contagieuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La lésion débute presque toujours par la face interne de la joue, et plus souvent à gauche qu'à droite. Ses caractères sont ceux de la gangrène humide en général; la muqueuse prend sur un point limité une couleur rouge violet livide de mauvaise nature, parfois une vésicule ou une bulle pleine de sérosité roussâtre apparaît à ce niveau, puis la tache noircit, le tissu se ramollit dans ses couches superficielles et tombe en débris; en même temps le tissu adipeux disparaît par liquéfaction, les couches profondes sont infiltrées d'une sanie rouge noirâtre parfois coagulée (Albers), et de granulations pigmentaires; et l'excavation grandissant à mesure que les parties mortes se détachent, une perforation totale peut être produite qui met à nu les arcades dentaires. Dans quelques cas, le processus débute dans les couches intermédiaires, et, marchant à la fois vers la peau et vers la muqueuse, il détermine une destruction bien plus rapide. Du reste, les désordres sont loin d'être toujours limités à la joue : soit par continuité, soit par fusées serpentineuses, la gangrène peut s'étendre aux lèvres, aux gencives; elle met à nu le maxillaire, qui s'exfolie; les dents sont ébranlées ou tombent; enfin la mortification peut gagner la paupière inférieure, le nez, et transformer toute une moitié du visage en une masse pulpeuse sur laquelle la peau forme parfois une *eschare noire et sèche*. Dans le foyer de nécrose, les vaisseaux sont obturés par thrombose secondaire, mais les artères afférentes sont perméables (Rilliet et Barthez); le névrilème est coloré comme le tissu ambiant, et même imbibé de liquide, mais la constitution histologique des nerfs n'est pas altérée.

Quand la guérison a lieu, la perte de substance est comblée par un tissu cicatriciel dont la rétraction et les adhérences aux parties osseuses produisent souvent de hideuses difformités et des désordres fonctionnels graves.

SYMPTOMES ET MARCHE.

L'invasion du mal est des plus insidieuses, parce qu'il débute sans douleurs par un symptôme objectif qui peut fort bien passer inaperçu : c'est un changement de couleur circonscrit, ou bien une vésicule qui se rompt rapidement; puis survient une ulcération inodore, grisâtre ou gris noirâtre, qui siège ordinairement à la face interne de l'une des joues, quelquefois sur le repli gingivo-buccal ou sur la gencive. Le caractère gangréneux de cette ulcération d'abord très-limitée se révèle par son extension rapide en surface et en profondeur, et par l'odeur de l'haleine; le plus souvent cette odeur est d'emblée franchement gangréneuse, dans quelques cas elle ressemble d'abord à celle de la stomatite mercurielle (Richter). Dès que l'ulcération est formée, la joue et la lèvre sont gonflées et œdémateuses, les ganglions s'engorgent, et un liquide salivaire d'abord, puis sanguinolent et gangréneux, s'écoule de la bouche, tandis qu'une partie est avalée par le malade avec des particules nécrosées; cette auto-infection est pour une grande part dans la production de l'état général grave qui survient plus ou moins rapidement. Quand les choses en sont à ce point, avant tout changement de couleur à la peau, apparaît au niveau de l'ulcération, dans les couches profondes, un noyau d'engorgement de 1 à 2 centimètres de diamètre, au niveau duquel la peau devient tendue, luisante, comme huileuse ou marbrée; le gonflement et l'œdème précèdent d'un ou deux jours le développement de ce noyau, qui devance lui-même de vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures la formation de l'eschare cutanée; celle-ci survient du quatrième au septième jour, mais elle n'est pas constante, elle manque dans les cas légers; à partir de son apparition, la gangrène, quand elle n'est pas arrêtée par un traitement énergique, fait des progrès rapides et produit les effroyables délabrements qui ont été indiqués dans le paragraphe précédent.

Dans les premiers jours de la maladie, l'état général peut rester bon, il est même des enfants qui gardent leur gaieté et leur appétit; mais avec les progrès du mal, et surtout sous l'influence de l'ingestion des liquides buccaux, un état adynamique survient qui est caractérisé par l'abattement, la pâleur de la face, la petitesse et la fréquence du pouls, souvent aussi par du délire nocturne; une diarrhée abondante témoigne par sa fétidité de l'action nocive exercée sur l'intestin par les débris gangréneux. La mort peut avoir lieu à ce moment-là, c'est-à-dire dans le cours ou à la fin du second septénaire, sans autre accident, par le seul fait des progrès de la gangrène et de l'adynamie; souvent elle est déterminée par une pneumonie qui est une complication extrêmement fréquente. Enfin, lorsque les malades survivent jusqu'à l'élimination, ils peuvent être tués alors par

l'abondance de la suppuration et la septicémie. — La guérison, toujours lente, est extrêmement rare; la maladie, d'après le relevé de Tourdes, est mortelle 73 fois sur 100.

L'œdème, le noyau d'engorgement, la rapidité des accidents, distinguent le noma de la STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE; — le début par la muqueuse le différencie de la PUSTULE MALIGNÉ.

TRAITEMENT.

Une bonne aération, une alimentation substantielle, le quinquina et le vin, sont les bases du traitement interne; il est utile en outre de faire faire des lavages de la bouche avec une solution diluée de permanganate de potasse au 1/1000, afin de neutraliser l'odeur et de modifier les propriétés malfaisantes des liquides avalés par les malades; on peut aussi, suivant la même indication, administrer le chlorure de soude ou la poudre de charbon; dans un cas, la térébenthine employée comme topique a donné à Lange une guérison complète. Mais il importe avant tout de limiter la marche envahissante de la gangrène, et, pour atteindre ce but, il faut circonscrire la partie morte par une cautérisation profonde, soit avec le caustique de Vienne, soit plutôt avec le fer rouge; cette cautérisation doit toujours être pratiquée à une petite distance au delà de l'eschare.

CHAPITRE IV.

PAROTIDE. — PAROTIDITE. — OREILLONS.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

L'inflammation de la parotide et du tissu cellulaire qui l'entoure est PRIMITIVE et IDIOPATHIQUE, ou SECONDAIRE et SYMPTOMATIQUE (1). Dans la

(1) Synonymes : *Cynanche parotidea*; — *angine parotidienne*.

JACOBI, *De angina parotidea*. Göttingen, 1796. — KOPF, *De angina parotidea*. Göttingen, 1799. — MURAT, *la Glande parotide considérée sous ses rapports anat., physiol. et pathol.* Paris, 1803. — ELSÄSSER, *De natura parotidum malignarum in morbis acutis*. Tübingen, 1809. — OZANAM, *Maladies épidémiques*, II. Paris, 1817. — HUPPERTZ, *De parotide*. Berolini, 1823. — CRUVEILHIER, *Revue méd.*, 1830. — NAUMANN, *Hecker's Annalen*, 1833. — LOUYER-VILLERMAY, *Journ. des conn. méd.-prat.*, 1835. — EISENMANN, *Die Familie Rheuma*. Erlangen, 1841. — GRAVES, *loc. cit.* — BAILLARGER, *Gaz. méd.*, 1853. — TROUSSEAU, *Arch. gén. de méd.*, 1854. — VIRCHOW, *Charité-Annalen*, 1858. —

forme primitive, le processus phlegmasique dépasse très-rarement la phase de fluxion, la maladie est sans gravité; dans la forme secondaire, l'inflammation aboutit très-souvent à la suppuration et à la fonte putride du tissu; l'innocuité ou le péril ne dépend point de la lésion parotidienne elle-même, il est subordonné aux conditions pathologiques préalables. Ces différences étiologiques et cliniques ont été le point de départ d'une séparation complète entre la parotide spontanée et la symptomatique; pour consacrer plus nettement cette division, on a donné en France une dénomination différente à chacune des formes: on a appelé *oreillons* la parotidite spontanée, et l'on a conservé pour l'autre les noms de *parotide* ou *parotidite*; après quoi, pour étayer cette dichotomie sur une base anatomique qui seule pouvait la rendre acceptable, on a admis que dans les oreillons l'inflammation occupe le tissu cellulaire qui environne la glande, tandis que dans la parotidite elle intéresse le tissu glandulaire lui-même. Or c'est là une pure hypothèse; c'est moins encore, c'est une erreur: pour les oreillons, il n'y a pas d'autopsies, et la question de siège demeure lettre close, car on ne peut arguer de la rapidité de l'évolution pour localiser la lésion dans le tissu cellulaire plutôt que dans la glande; mais pour les parotides symptomatiques il y a des autopsies, et elles montrent tantôt que le tissu périglandulaire et la glande sont également pris, tantôt que le tissu cellulaire est seul altéré, la glande étant à peine touchée: les observations de Graves, entre autres, sont des plus nettes. Le critérium anatomique hypothétiquement invoqué est donc illusoire, et il n'y a pas lieu de conserver comme espèces morbides distinctes l'oreillon

BAMBERGER, *loc. cit.* — MEYNET, *Obs. d'oreillons suivis de métastase sur les ovaires* (*Gaz. méd. Lyon*, 1866). — RIZET, *Note sur une épidémie d'oreillons* (*Arch. de méd.*, 1866). — BOUTEILLIER, *Des oreillons et de leur métastase chez la femme*, thèse de Paris, 1866. — BOUGART, *De l'oreillon* (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1866). — GRISOLLE, *De l'atrophie des testicules consécutive aux oreillons* (*Gaz. hóp.*, 1866). — MALABOUCHE, *Étude sur la maladie généralement désignée sous le nom d'oreillons*, thèse de Montpellier, 1867. — MICHEL, *Thèse de Paris*, 1868. — COMBEAU, *Thèse de Paris*, 1868. — PETER, *Parotides, thrombus et métastase* (*Gaz. hóp.*, 1868). — SALLAUD, *Thèse de Montpellier*, 1868. — GUENEAU DE MUSSY, *Études cliniques sur le phlegmon parotidien* (*Gaz. hebdom.*, 1868).

ROPAS, *Essai sur les oreillons*, thèse de Paris, 1869. — DEBIZE, *De l'état typhoïde dans les oreillons*, thèse de Paris, 1869. — CARPENTIER, *De l'oreillon considéré comme maladie générale et éruptive*, thèse de Paris, 1869. — DUROZIEZ, *Cinq cas d'oreillons. Contagion* (*Gaz. hóp.*, 1870). — BLONDEAU, *Sur une épidémie d'oreillons* (*Eodem loco*, 1870).

CROCO, *De la parotide consécutive aux maladies aiguës graves* (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1874). — RADCLIFFE, *Parotitis; translation to testis and brain with threatened acute mania. Recovery* (*Philad. med. Times*, 1874).

BOUCHUT, *Sur la nature et le traitement des oreillons* (*Compt. rend. Acad. Sc.*, 1873). — GILLET, *Mort subite dans un cas d'oreillons* (*Gaz. hóp.*, 1873).

JACCOUD. — *Path. int.*, 6^e édit.