

QUATRIÈME CLASSE

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

PREMIER LIVRE

MALADIES DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX.

CHAPITRE PREMIER.

STOMATITES.

La stomatite ou inflammation de la muqueuse buccale (1) est souvent liée à des maladies générales aiguës ou chroniques, dont elle est une des expressions locales; la rougeole, la scarlatine, la syphilis, la scrofule, le scorbut, sont les causes les plus ordinaires de ces stomatites secondaires. Ces dernières ne sont en somme que les symptômes d'une maladie constitutionnelle, et leur description ne peut être séparée de celle des affections qui les provoquent; je ne m'occuperai dans ce chapitre que de la stomatite essentielle ou spontanée.

Cette inflammation présente un assez grand nombre de formes qui sont

(1) Traités généraux sur les maladies des nouveau-nés et des enfants. En outre : GARIOY, *Traité des maladies de la bouche*. Paris, 1805. — MASON GOOD, *Study of Medicine*. London, 1822. — SEBASTIAN, *Recherches anat., physiol., pathol. et sémiol. sur les glandes labiales*. Groningue, 1842. — WAGSTAFF, *On Diseases of the mucous membrane of the throat*. London, 1851. — BAMBERGER, *Krankheiten des chylopoëtischen Systems*. Erlangen, 1854-1864. — HENOCHE, *Beiträge zur Kinderheilkunde*. Berlin, 1861. — ALBRECHT, *Klinik der Mundkrankheiten*. Berlin, 1862. — JARDIN, *Sur les différentes stomatites, leurs caractères différentiels et sur leur traitement* (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, 1868).

DUBARRY, *Consid. à propos de l'atrophie de l'épithélium buccal*, thèse de Strasbourg, 1868. — FAGAN, *Pseudomembranous stomatitis produced by the milk of a cow, with inflamed udder* (*Brit. med. Journ.*, 1869).

HARSHBERGER, *Inflammation of the tongue, mouth and throat* (*Philad. med. and surg. Reporter*, 1872). — UNÉ, *Stomatite intense et rebelle due à un calcul du canal de Wharton* (*Arch. méd. belges*, 1873).

basées sur le siège et la nature de la lésion, ou sur la spécialité de la cause; ces formes, au nombre de cinq, portent les dénominations suivantes : stomatite simple ou érythémateuse; — stomatite folliculeuse ou aphteuse; — stomatite ulcéreuse ou ulcéro-membraneuse; — stomatite mercurielle; — stomatite crèmeuse ou muguet.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

La stomatite simple ou érythémateuse est produite le plus souvent par des irritations locales telles que le contact de corps trop chauds ou trop froids, le travail de la dentition, la malpropreté ou l'inégalité des dents, l'usage d'aliments trop épicés, l'abus des poissons de mer et des crustacés, la mastication du tabac, etc. Dans d'autres circonstances, elle est liée à un état catarrhal de l'estomac, aux époques menstruelles ou à une inflammation du tégument externe, notamment à l'érysipèle de la face, qu'elle précède dans un assez bon nombre de cas. Cette maladie est de tous les âges.

La stomatite aphteuse peut aussi être observée à tout âge, cependant elle est beaucoup plus fréquente chez les enfants et les jeunes gens, plus fréquente aussi chez les sujets de constitution faible qui sont soumis à de mauvaises conditions hygiéniques. Les mêmes irritants locaux qui causent la stomatite simple peuvent aussi donner lieu à la forme aphteuse; assez souvent les aphtes sont sous la dépendance d'un dérangement des fonctions digestives; chez les enfants, on les voit se développer à la suite des diarrhées prolongées; chez les vieillards, à la suite d'un mouvement fébrile d'une certaine durée; ils ne sont pas rares dans l'état puerpéral; enfin, sous l'influence de certaines constitutions médicales, notamment au printemps et à l'automne, ils présentent une généralisation quasi épidémique.

La stomatite ulcéro-membraneuse peut exceptionnellement prendre naissance chez les individus jouissant d'une bonne hygiène, par le seul fait d'irritations locales; mais en général elle est provoquée par de mauvaises conditions de vie telles que l'encombrement, l'habitation des lieux bas et humides, une alimentation insuffisante ou peu réparatrice; l'action de ces causes est puissamment favorisée par les fatigues et les excès de tout genre. La maladie sévit principalement dans les hôpitaux et les asiles d'enfants, puis dans les casernes et dans les camps, où elle frappe surtout les nouvelles recrues. Les remarquables recherches de Bergeron ont établi que, chez les soldats, la stomatite ulcéreuse se propage par contagion, il est infiniment probable qu'il en est de même chez les enfants. Un fait appartenant au même observateur tendrait à prouver que cette maladie est inoculable, mais la question ne peut encore être considérée comme résolue.

La **stomatite mercurielle** résulte de l'action exercée par le mercure sur la muqueuse buccale et les glandes salivaires; mais il s'agit ici d'une *action après absorption* et non pas d'une action de contact direct; car la maladie survient non-seulement après l'ingestion de préparations mercurielles, mais aussi après des *frictions* ou des *fumigations*. Quel que soit le mode d'introduction dans l'organisme, le mercure une fois absorbé est principalement éliminé par les glandes salivaires, c'est à ce moment-là qu'il agit sur elles et en provoque l'inflammation, et consécutivement celle de la muqueuse. La *susceptibilité individuelle* est ici extrêmement variable; on voit une seule friction avec gros comme un pois d'onguent gris, ou bien une seule cautérisation avec le nitrate acide, déterminer la stomatite, et l'on voit aussi l'usage prolongé du mercure pendant des semaines et même des mois, ne provoquer aucune salivation; il semble que ces sujets soient totalement réfractaires. Mais cette part faite à l'idiosyncrasie, il faut reconnaître que toutes les préparations n'ont pas la même puissance pathogénique; les plus actives sont le calomel, l'onguent napolitain, le mercure métallique et le protoiodure. — Les vapeurs mercurielles auxquelles sont exposés les ouvriers dans certaines industries peuvent aussi déterminer la stomatite, mais elles donnent lieu le plus souvent aux accidents nerveux et cachectiques du mercurialisme chronique.

Dans quelques cas, une stomatite semblable à la mercurielle a été produite par l'iode (Banberger), le *nitrate d'argent* (Guipon) et le *cyanure de potassium* (Jaccoud).

La **stomatite crémense** ou **muguet** est caractérisée par un catarrhe avec prolifération épithéliale, et par un parasite végétal dont le développement et la fructification dans la cavité buccale sont subordonnés à certaines conditions qui ne sont pas entièrement élucidées. L'accumulation de l'épithélium, la fermentation lactique, la faiblesse et la rareté des mouvements de déglutition (ce qui favorise la décomposition de parcelles alimentaires), sont les influences les plus positives; leur action est aidée par le défaut de propreté, l'encombrement, la mauvaise aération; elle l'est également par la débilité de l'organisme. Aussi le muguet a-t-il sa plus grande fréquence chez les *enfants à la mamelle*, surtout dans le premier mois de la vie (Seux), et chez ceux qui vivent dans les hôpitaux et les asiles dont les conditions hygiéniques laissent à désirer; la maladie atteint surtout les enfants chétifs, mal nourris, débilités par un catarrhe intestinal; cependant elle se développe aussi chez les enfants robustes, sous l'influence d'irritations locales telles que celles qui résultent de l'allaitement au biberon, ou du travail de la dentition. — Chez l'adulte, le muguet est très-rarement primitif; il survient secondairement dans le cours de maladies longues et graves, qui ont créé dans la muqueuse buccale les conditions favorables à la germination des parasites; c'est

dans la tuberculose chronique, dans les pneumonies adynamiques, dans le diabète (Banberger), dans la dernière période des cachexies qu'il est le plus souvent observé. La transmission du muguet paraît chose certaine; il y a en sa faveur des faits et des autorités; mais elle n'est point constante: il faut, pour qu'elle ait lieu, que le germe parasitaire trouve un terrain préparé, favorable à son développement, sinon il meurt ou ne se fixe pas; du reste, les expériences de transport direct faites par Oesterlen ont toutes échoué.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — SYMPTOMES.

Dans les stomatites, les caractères anatomiques se confondent presque entièrement avec les symptômes objectifs, qui sont de beaucoup les plus importants; c'est pour ce motif que je les rapproche dans une description commune.

La **stomatite simple** présente les altérations de l'inflammation catarrhale; au début, la muqueuse est sèche, luisante, d'un rouge vif, uniforme ou pointillé; en même temps la fluxion du tissu sous-muqueux donne à la membrane une certaine turgescence, de sorte qu'elle garde l'empreinte des dents; souvent aussi les glandes se dessinent en saillies plus prononcées qu'à l'état normal. Bientôt l'hypersécrétion survient, accompagnée d'une formation abondante de jeunes cellules; ces produits se déposent sur les gencives, la face interne des joues et sur la face dorsale de la langue, qu'ils revêtent d'un enduit plus ou moins épais; à la pointe et à la base de l'organe, les papilles sont rouges, tuméfiées et érigées. L'*examen microscopique* montre que ces dépôts sont composés d'épithélium et de gouttelettes graisseuses, souvent aussi on y trouve des éléments en bâtonnet qui sont les prolongements rompus des papilles filiformes (Kölliker), des vibrions et des champignons. — Le gonflement est naturellement limité aux régions dans lesquelles la muqueuse est doublée d'un tissu conjonctif abondant et lâche: aussi est-il au maximum au niveau des lèvres et des joues; à la langue il n'est appréciable qu'à la face inférieure et sur les bords, et il est nul au niveau de la voûte palatine osseuse; l'inflammation, en ce point, ne se traduit que par la rougeur et la saillie des glandes. Dans quelques cas, la chute de l'épithélium laisse par places de petites ulcérations très-superficielles dont le fond rouge vif est formé par le derme muqueux (*érosions catarrhales*); ces ulcérations sont linéaires ou irrégulières, elles sont extrêmement douloureuses, mais elles se cicatrisent d'elles-mêmes et ne retardent pas la terminaison de la maladie. Cette stomatite n'est pas toujours générale, elle est souvent bornée aux joues, aux gencives (*gingivite*) ou au palais (*palatite*).

Indépendamment de ces symptômes objectifs, la stomatite simple est caractérisée par une douleur cuisante qu'exaspèrent le contact des corps solides, de l'air froid, des liquides trop chauds ou trop froids, et les simples mouvements de la langue, des lèvres et de la mâchoire; à la sécheresse pénible du début succède bientôt une salivation plus ou moins abondante, et l'haleine prend une odeur désagréable dont le malade a conscience, et qu'il accuse en disant qu'il a un goût fade ou amer, qu'il retrouve dans toutes les substances qu'il ingère. Dans la gingivite résultant de la malpropreté ou de la carie des dents, ce symptôme est très-prononcé, et l'odeur est voisine de la putridité. Ordinairement apyrétique, la stomatite peut cependant provoquer un léger mouvement fébrile chez les enfants et chez les femmes très-excitables; elle se termine par résolution dans l'espace de quelques jours, mais elle récidive avec une grande facilité lorsque la cause provocatrice subsiste, ce qui est souvent le cas pour la gingivite d'origine dentaire.

Dans quelques cas, la maladie passe à l'état chronique, la rougeur s'éteint, c'est l'enduit muqueux de la langue qui est le fait dominant: aussi l'haleine reste mauvaise et le goût réel des aliments est altéré; c'est surtout le matin au réveil que ces symptômes sont accusés, et, si l'on n'y prend garde, on croira à un catarrhe chronique de l'estomac, et l'on fatiguera le malade par un traitement dont il n'a que faire.

La **stomatite aphteuse** (1) ne mérite point le nom de *folliculeuse* qui lui est souvent donné, parce que l'exsudat fibrineux diffus qui la constitue ne siège point exclusivement dans les follicules. Cet exsudat, qui est précédé d'une injection vasculaire, se dépose par places isolées dans le tissu de la muqueuse, sous l'épithélium intact (Bednar, Bamberger); il apparaît comme un noyau grisâtre ou blanc jaunâtre, de forme ronde ou ovale, d'une grosseur variant depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une lentille. Ces dépôts augmentent parfois jusqu'à un diamètre de plusieurs lignes; souvent aussi, quand ils sont très-rapprochés, plusieurs d'entre eux finissent par se réunir et par former des plaques blan-

(1) VON KETELAER, *De aphthis nostratibus, etc.* Leid., 1772. — MATERHAUSEN, *De aphthis infantum.* Francof., 1797. — MIDDENTROP, *De aphthis neonatorum.* Groningæ, 1816. — HEYFELDER, *Beob. über die Krankheiten der Neugeborenen.* Leipzig, 1825. — EISENMANN, *Die Krankheitsfamilie Pyra.* Erlangen, 1835. — WEIGEL, *De aphthorum diagnosi ac natura.* Marburgi, 1842. — HÖNERKOPF, *De natura vegetabili ac diagnosi aphthorum.* Gryphie, 1843. — BERG, *Ueber Aphthen bei Kinder* (trad. de von Brasch). Bremen, 1848. — BEDNAR, *Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge.* Wien, 1850. — ROSSI, *Note sur la stomatite folliculaire, etc.* (Gaz. méd. Paris, 1862). — J. WORMS, *De quelques caractères distinctifs de l'aphte* (Gaz. hebdom., 1864). — NERLIAG, *Stomatite aphteuse* (Gaz. hôp., 1866).

DE CAVAZZANI, *Di una particolare epidemia di afte che domino in Pieve di Cadore nel 1870* (Riv. clin. di Bologna, 1872).

ches saillantes, mais recouvertes d'épithélium. Dès le deuxième et le troisième jour l'exsudat se ramollit, il est éliminé avec l'épiderme qui lui correspond, et il reste des ulcérations à contours très-nets, à bords non décollés, dont le fond est formé par le tissu sous-muqueux, et qui se cicatrisent en une ou deux semaines, sans laisser d'autre trace qu'une tache rouge éphémère.

Suivant que les aphtes sont plus ou moins nombreux, ils sont dits *confluents* ou *discrets*, mais la différence la plus importante résulte de l'âge des malades; cette condition domine le siège de la lésion. Chez les ENFANTS à la mamelle, et dans les premières années de la vie, les aphtes occupent principalement la région palatine dans le point où la voûte osseuse se joint à la voûte membraneuse, et ils ont d'ordinaire une disposition symétrique; de plus, l'exsudat n'est pas folliculaire, comme le croyait Billard, il siège indifféremment dans tous les éléments du tissu muqueux (Bamberger). Chez l'ADULTE, l'exsudation a lieu dans les follicules, ce qui explique l'aspect vésiculeux, puis pustuleux de la lésion, et elle a pour siège de prédilection les lèvres, les joues, les bords et la pointe de la langue.

La symptomatologie caractéristique de la stomatite aphteuse est tout entière dans les caractères objectifs ou anatomiques qui viennent d'être exposés; les autres symptômes, sécheresse de la bouche, puis salivation, douleur cuisante, gêne de la mastication, fétidité de l'haleine, sont communs à toutes les stomatites; chez les enfants, les aphtes sont souvent accompagnés de diarrhée et d'un léger mouvement fébrile. Dans bon nombre de cas, l'irritation gagne par les lymphatiques les ganglions sous-maxillaires et provoque de la douleur et du gonflement; mais cet engorgement est de courte durée. Les aphtes qui se développent dans l'état puerpéral, dans le cours de la fièvre typhoïde et chez les individus cachectiques, peuvent être le point de départ d'une gangrène de la bouche; mais, à l'exception de ces faits, qui sont très-rares, la stomatite aphteuse isolée est sans gravité, et elle se termine par cicatrisation dans un espace de temps qui varie de six à trente jours (Bednar). — Les aphtes coïncident assez fréquemment avec le muguet, mais cette circonstance ne modifie pas la marche des accidents; il en est tout autrement d'une complication constatée par Bednar chez les nouveau-nés, laquelle consiste dans la présence de l'exsudation aphteuse dans le gros intestin; il y a alors un tympanisme abdominal qui gêne la respiration, des selles fréquentes et douloureuses, des vomissements, et la terminaison est toujours mortelle.

La **stomatite ulcéro-membraneuse** (1) est un type du *processus anatomo-*

(1) Synonymes, *Stomatite ulcéreuse*; — *stomatite diphthérique ou pseudo-membraneuse*; — *stomatite gangréneuse*.

BRETONNEAU, *Des inflammations spéciales, etc.* Paris, 1833. — GUERSANT et BLACHE, JACCOUD. — Path. int., 6^e édit.

mique désigné par les Allemands sous le nom de *diphthérie*; l'exsudation inflammatoire n'est pas bornée à la surface de la muqueuse, elle occupe l'épaisseur même à une profondeur variable, de sorte que l'élimination du produit a nécessairement pour conséquence une perte de substance, une ulcération, résultant de la mortification de la portion de muqueuse comprise dans l'infiltration. Il n'y a donc pas là un simple dépôt sous-épithélial ou intra-folliculaire comme dans l'aphte, il n'y a pas non plus une simple fausse membrane comme dans le croup, il y a infiltration et eschare de la muqueuse, ainsi que l'a fort bien indiqué Bergeron.

L'hyperémie initiale peut être générale, la muqueuse est rouge et tuméfiée, surtout sur les gencives, les lèvres et les joues; parfois ce sont de petites vésicules qui précèdent l'ulcération, mais le plus souvent elle est annoncée par une saillie limitée, de teinte violacée ou livide, qui, d'abord dure, se ramollit et présente ensuite une solution de continuité superficielle; dès le moment de son apparition, la petite ulcération a mauvais aspect, les bords sont irréguliers et parfois décollés, le fond n'est pas détergé, au contraire il est tapissé d'un détritit grisâtre ou jaunâtre, dont l'adhérence est très-forte lorsque l'élimination n'est pas encore avancée; ce détritit est noirâtre lorsqu'il a été pénétré par du sang. — Les ulcérations siègent le plus souvent sur les gencives, viennent ensuite les joues et les lèvres; dans ces dernières régions elles sont ovalaires ou arrondies, mais sur les gencives elles sont allongées dans le sens vertical, et peuvent occuper toute la hauteur du rebord gingival; des solutions de continuité voisines peuvent confluer et former de larges plaques ulcérées. Il est très-rare que la lésion occupe le voile du palais ou les amygdales; sur les joues et les lèvres elle est souvent unilatérale, elle semble être plus fréquente à gauche qu'à droite. L'engorgement ganglionnaire est à peu près constant, et il persiste jusqu'au moment où débute le travail de réparation. — Les *symptômes locaux* sont en rapport avec le nombre et l'étendue des ulcérations; ce sont, comme toujours, des douleurs, de la salivation, la fétidité de l'haleine, mais ces deux derniers phénomènes sont infiniment plus marqués que dans les autres stomatites, la mercurielle exceptée. — Les *symptômes généraux* peuvent être nuls, même avec des altérations notables; dans d'autres cas, il y a de la fièvre, de l'abattement, de la céphalalgie, des nausées et des vomissements, de sorte qu'on

Dict. en 30 vol., art. STOMATITE. — BARRIER, *Traité des maladies de l'enfance*. — BARTHEZ et RILLIET, *Traité des maladies des enfants*. — ISAMBERT, *Études sur le chlorate de potasse*. Paris, 1856. — BERGERON, *De la stomatite ulcéreuse des soldats et de son identité avec la stomatite des enfants, dite couenneuse, diphthérique, ulcero-membraneuse*. Paris, 1859. — VIELMI, *Gazz. med. ital. Pror. Sarde*, 1862. — BELTZ, *Stomatite ulcero-membraneuse chez un adulte (Gaz. hôp., 1868)*.

FEUVRIER, *Relat. d'une épidémie de stomatite ulcéreuse (Rec. de mém. de méd. milit., 1873)*.

peut croire à l'invasion d'une maladie beaucoup plus sérieuse; alors même qu'ils sont très-accentués, ces phénomènes durent bien rarement au delà d'un septénaire.

Une fois formées, les ulcérations entrent dans une phase stationnaire de durée variable qui est constituée par la persistance et la reproduction de l'exsudat; la détersion du fond de l'ulcère marque le début de la réparation, qui est caractérisée en outre par la cessation du ptyalisme, de l'engorgement ganglionnaire et de la fétidité de l'haleine; les tissus, qui sont souvent tuméfiés au voisinage des ulcères, reprennent leur volume normal, et la cicatrisation a lieu sans trace appréciable. Quand la maladie suit cette *marche aiguë*, sa durée totale est comprise entre une et trois ou quatre semaines. — Mais, dans certains cas, elle devient *chronique* et dure plusieurs mois, soit que les ulcérations primitives persistent sans tendance à la réparation, soit qu'il y ait plusieurs poussées successives. Les maladies intercurrentes telles que le choléra, la dysentérie, la fièvre typhoïde, ne modifient pas la stomatite (Bergeron).

Le siège, la forme, la profondeur des ulcérations, la présence du détritit membraneux qui en revêt le fond, les distinguent nettement des ulcérations aphteuses. On ne confondra pas non plus la stomatite ulcero-membraneuse avec les ulcérations vives et saignantes que produisent sur la face interne des joues les dents déviées ou brisées; ces ulcérations, d'ailleurs, siègent presque toujours au niveau des dernières molaires.

La *stomatite mercurielle* (1) débute par une saveur métallique désagréable bientôt appréciable pour l'observateur, et par une salivation dont l'abondance va croissant; en même temps, la muqueuse buccale est rouge et tuméfiée, elle prend l'empreinte des dents; les gencives, siège initial du gonflement, sont douloureuses, saignent au moindre contact, elles sont bordées d'un liséré livide qui devient blanchâtre, et elles se détachent des

(1) GRAINGER, *De modo excitandi ptyalismum et morbis inde pendentibus*. Edinb., 1753. — OTTO, *De ptyalismo generatim*. Francof., 1804. — MITSCHERLICH, *De saliva indole in nonnullis morbis*. Berolini, 1834. — DONNÉ, *Hist. physiol. et path. de la salive*. Paris, 1838. — VAN SETTEN, *De saliva ejusque vi ac utilitate*. Groningæ, 1837. — WRIGHT, *On the Physiology of the Saliva*. London, 1842. — JACOBOWITSCH, *De saliva*. Dorpati, 1858. — LEHMANN, *Lehrb. der physiol. Chemie*. Leipzig, 1853. — RICORD, *Leçons sur le chancre*. Paris, 1858. — OVERBECK, *Mercur und Syphilis*. Berlin, 1861. — KUSSMAUL, *Untersuchungen über den constitutionellen Mercurialismus*. Würzburg, 1861. — VON GORUP-BESANEZ, *Lehrb. der physiol. Chemie*. Berlin, 1862. — BEAULIES, *Quelques considérations sur la stomatite mercurielle*, thèse de Strasbourg, 1862. — GUIPOT, *Obs. de stomatite argentique, etc.* (Bulet. de thérap., 1866). — CABARET, *Stomatite mercurielle déterminée par des frictions avec l'onguent citrin (Journ. des conn. méd., 1867)*.

ERSTEIN, *Ueber die Behandlung der Salivation mit Atropin* (Berlin. klin. Wochen., 1873).

Voyez la bibliographie de L'INTOXICATION MERCURIELLE.

dents. Celles-ci, couvertes d'un enduit sale, sont souvent vacillantes, et lorsque les malades rapprochent les mâchoires, ils ont la sensation que leurs dents sont allongées; l'haleine est alors extrêmement fétide; l'odeur est vraiment caractéristique, elle ne ressemble pas à celle des autres stomatites. A cela peuvent être bornés les accidents dans les cas légers; mais, dans les cas de moyenne intensité, la langue participe au gonflement, elle ne peut plus être contenue dans la bouche; sa pointe, toujours exposée, se dessèche et brunit, tandis qu'une salive filante et fétide s'écoule incessamment de la cavité buccale; en même temps la face en totalité est tuméfiée, ainsi que les glandes salivaires, et l'on voit apparaître sur les lèvres et à la face interne des joues des ulcérations arrondies, plus larges que profondes, recouvertes d'un enduit pelliculaire d'un blanc sale, ou de concrétions irrégulières de même couleur. Quand les symptômes arrivent à cette intensité, la fièvre s'allume, l'insomnie est complète, il y a de la céphalalgie, parfois du délire, et l'on observe un amaigrissement rapide qui tient et à l'impossibilité d'une alimentation convenable, et à l'hypersecretion salivaire; cette dernière cause suffit par elle-même. Wright ayant employé pour ses expériences 250 grammes de sa propre salive pendant une semaine, perdit durant cet intervalle onze livres de son poids; or le ptyalisme mercuriel peut atteindre plusieurs litres en vingt-quatre heures. Enfin, des altérations plus graves encore peuvent être produites, savoir la chute des dents, la gangrène des gencives et des joues, et la nécrose des maxillaires; ces faits n'étaient pas très-rares à l'époque où l'on cherchait à provoquer la salivation dans tout traitement mercuriel, mais fort heureusement on ne les voit plus aujourd'hui. — La salive contient du mercure, le cyanure de potassium est considérablement diminué, et, par suite de l'inflammation locale, les matériaux organiques, mucus, albumine et graisse, présentent une augmentation notable.

La guérison est la terminaison ordinaire de la maladie, mais la durée est plus ou moins longue; de quatre à sept jours dans les cas bénins, elle peut s'étendre à trois ou quatre semaines dans les cas graves. Elle laisse parfois à sa suite une susceptibilité extrême de la muqueuse buccale, ou bien un ptyalisme simple qui peut persister assez longtemps pour affaiblir le malade et altérer la digestion; dans d'autres circonstances, les dents déchaussées et ébranlées finissent par tomber, bien qu'elles ne soient pas cariées.

Le **muguet** (1) (stomatite pultacée, crêmeuse, millet) débute par une

(1) VÉRON, *Obs. sur les maladies des enfants*, Paris, 1825. — LÉLUT, *Arch. gén. de méd.*, 1827. — GUERSANT et BLACHE, *Dict. en 30 vol.*, art. MUGUET. — VALLEIX, *Maladies des nouveau-nés*. — OESTERLEN, *Heidelb. klin. Annalen*, 1831. — GRUBY, *Compt. rend. Acad. sc.*, 1842. — OESTERLEN, *Roser und Wunderlich's Viertelj.*, 1852. — TROUSSEAU et DELPECH, *Journ. de méd.*, 1845. — BERG, *Ueber Aphthen bei Kindern* (trad.

hyperémie douloureuse de la bouche qui devient remarquablement sèche, luisante et chaude; quelle qu'ait été la réaction antérieure du liquide buccal, il est alors notablement acide. Berg et Vogel, qui, au rapport de Bamberger, ont signalé le fait, ont donné cette acidité comme la condition principale de la végétation parasitaire; cette opinion, défendue par Gubler, est peut-être trop absolue, puisque chez les enfants à la mamelle la réaction acide est assez fréquente pour avoir été donnée comme normale. Cette PHASE CATARRHALE, de durée fort courte, est en outre caractérisée par une riche formation de cellules épithéliales; celles-ci tombent au fur et à mesure, et, en raison même de leur abondance, elles séjournent et s'accumulent dans les régions les moins mobiles de la muqueuse; les germes des champignons répandus dans l'atmosphère pénètrent dans la bouche et se fixent sur ces amas de cellules, où ils trouvent un terrain favorable à leur germination.

Le DÉVELOPPEMENT DU PARASITE marque la seconde période ou période d'état de la maladie; on voit alors sur les lèvres, le pharynx, le voile du palais, la langue, des points ou des dépôts membraniformes blancs, qui font une légère saillie et ressemblent exactement à de petits morceaux de lait concrété. Ces produits sont d'ordinaire très-peu adhérents à la muqueuse, qui est normale ou légèrement injectée; des foyers isolés peuvent confluer, et dans les cas intenses la cavité buccale apparaît comme revêtue d'un éclatant tapis de neige. Il résulte des recherches de Reubold que le muguet ne se développe que sur les muqueuses à *épithélium pavimenteux*; de la bouche il peut gagner le larynx jusqu'aux cordes vocales supérieures; il s'étend souvent dans l'œsophage, qu'il tapisse parfois en couche assez épaisse pour produire un véritable rétrécissement du canal; on peut le retrouver, en outre, à l'entrée du vagin et à l'orifice anal; mais dans l'estomac et l'intestin il n'est jamais autochtone, il arrive tout formé par suite des mouvements de déglutition. Les masses blanches caséuses qui caractérisent le muguet montrent, au microscope: 1° des cellules épithéliales extrêmement nombreuses avec des corpuscules muqueux; 2° une masse finement granuleuse; 3° les champignons (*oidium albicans* de Robin, — *aphthophyta* de Gruby) sous forme de spores ou de filaments tubuleux simples et ramifiés. On a longtemps discuté sur le siège

de von Busch). Bremen, 1848. — ROBIN, *Hist. nat. des végétaux parasites*, Paris, 1853. — REUBOLD, *Virchow's Archiv*, VII. — VOGEL, *Henle und Pfeufer's Zeits. f. rat. Med.*, VIII. — GUBLER, *Mém. de l'Acad. de méd.*, XXII, 1852. — SEUX, *Recherches sur les maladies des nouveau-nés*, Paris, 1855. — MAURAN, *Considérations sur le muguet*, thèse de Montpellier, 1867. — BAMBERGER, *loc. cit.*

REISZ, *Soor der Magenschleimhaut* (*Nordisk. med. Arkiv*, 1869). — PARROT, *Arch. de physiologie*, 1870.

PISANI, *Del borace contro il mughetto* (*Il Morgagni*, 1873).

sus- ou sous-épithélial du parasite. Reubold a établi qu'il se développe dans l'interstice des cellules épithéliales, dont il pénètre les diverses couches dans toutes les directions. On voit par ces détails combien est erronée la description des auteurs qui ont assigné au muguet une exsudation pseudo-membraneuse; il est bon de noter aussi que l'oïdium n'appartient point exclusivement à cette stomatite: il y est constant parce que les conditions locales résultant du catarrhe buccal sont éminemment favorables à son développement, mais on le retrouve dans d'autres circonstances, notamment dans la stomatite mercurielle (Bamberger).

Quand il est discret, le muguet ne produit d'autres symptômes que les phénomènes objectifs; quand il est abondant, il gêne la succion chez les enfants nouveau-nés, et chez les individus plus âgés il rend la mastication et la déglutition difficiles et douloureuses. Toujours apyrétique chez les enfants au-dessus de cinq ou six ans et chez l'adulte, il provoque assez souvent de la fièvre chez les enfants plus jeunes, lorsque les phénomènes inflammatoires sont très-prononcés. — A moins que la déglutition du produit morbide ne produise dans l'intestin un travail de fermentation, et par suite une diarrhée rebelle avec érythème des fesses et des cuisses; à moins que le muguet ne soit tellement abondant et tellement persistant qu'il compromette l'alimentation, la maladie n'a par elle-même aucune gravité, et elle se termine dans l'espace de trois à sept jours par une guérison complète. Comme cette stomatite est très-souvent secondaire, et qu'alors elle se développe dans le cours de maladies fort sérieuses (catarrhe intestinal chez les enfants, tuberculose et cachexies chez les adultes), on lui a attribué une gravité et un danger qui sont le fait de l'affection première et non celui de la lésion buccale. C'est sans doute cette faute d'interprétation qui a inspiré le sombre tableau de Valleix.

Les produits caséux du muguet sont plus saillants, plus blancs, plus mous, plus lactés enfin que les produits étalés et fibrineux des angines pseudo-membraneuses; ils ressemblent davantage aux dépôts pultacés de l'angine scarlatineuse, mais dans cette dernière circonstance l'intensité de la fièvre et le gonflement ganglionnaire préviendront la confusion; dans un cas douteux, l'examen microscopique du dépôt jugerait la question.

TRAITEMENT.

Il faut, avant tout, éloigner les causes probables de la maladie, examiner attentivement l'état des dents, surveiller et favoriser le travail de la dentition, puis retrancher de l'alimentation les substances irritantes; et pour peu que les douleurs soient vives, il convient de ne permettre aux malades que des bouillies ou des aliments de consistance molle. S'il y a des symptômes de catarrhe gastrique ou gastro-intestinal, on aura soin

d'administrer un émétique ou un éméto-cathartique; en tout cas la constipation doit être combattue. Il va sans dire que chez les fumeurs on interdira l'usage du tabac pendant toute la durée du mal. Ces moyens fort simples, aidés de quelques lotions buccales émollientes ou légèrement acidulées, suffisent dans la FORME CATARRHALE.

La STOMATITE APHTEUSE légère n'exige aucune autre médication; mais, dans les cas intenses, il est utile, soit pour calmer les douleurs, soit pour hâter le travail de la cicatrisation, de faire sur les ulcérations les plus étendues une cautérisation très-superficielle avec le crayon de nitrate d'argent. Le régime demande une attention particulière, surtout lorsque les aphthes récidivent fréquemment; presque toujours alors ils sont liés à un état d'irritation de la muqueuse gastro-intestinale, lequel est provoqué lui-même par une alimentation trop épicée ou trop exclusivement animale: dans ces cas-là, en même temps qu'on agit par les moyens ordinaires sur la muqueuse buccale, il faut modifier le régime, y introduire les viandes blanches et les végétaux herbacés, et proscrire d'une manière absolue, pour un certain temps du moins, les poissons de mer, les crustacés, les viandes salées et fumées. Quelques laxatifs complètent utilement le traitement.

Dans la STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE, il faut placer les malades dans de bonnes conditions hygiéniques, les soustraire, en cas d'épidémie, au foyer de transmission, et instituer la médication par le chlorate de potasse, dont l'efficacité est établie par de nombreuses observations. Les lotions, avec la solution de ce sel sont un adjuvant, mais c'est à l'intérieur que le chlorate potassique doit être administré, à la dose de 2 à 8 grammes dans une potion de 150 à 200 grammes; dès le deuxième jour les produits membraneux se détachent, le fond des ulcérations prend une teinte rosée de bonne nature, et la cicatrisation est dès lors très-rapide: ces heureux effets doivent être attribués à une action directe du sel, qui est en grande partie éliminé par les glandes salivaires. Pour l'usage externe, j'ai l'habitude d'ajouter à la solution de chlorate l'alcoolat de cochlearia composé à la dose de 20 grammes pour 250; ce mélange m'a toujours paru plus efficace que la simple solution de sel potassique. Si, malgré ce traitement, les ulcérations restent stationnaires, ou s'il s'en produit de nouvelles, il ne faut pas hésiter à toucher les parties malades avec le nitrate d'argent, je l'ai fait avec un plein succès dans plusieurs cas de stomatite ulcéro-membraneuse que j'ai observés chez l'adulte; le chlorate de potasse administré plusieurs jours de suite avait modifié favorablement la surface des ulcères, mais il n'y avait aucune tendance à la cicatrisation; elle marcha rapidement après la cautérisation. Chez les individus débilités, il faut avoir soin de prescrire une bonne alimentation et des toniques; l'appauvrissement constitutionnel est la cause la plus ordinaire de la répétition et de la chronicité de la maladie.

Le chlorate de potasse à l'intérieur est également le meilleur moyen de combattre la STOMATITE MERCURIELLE; mais dans une maladie qui peut rapidement déterminer des désordres graves, il ne faut pas se borner à cette médication; il est prudent d'agir directement sur la muqueuse et particulièrement sur les gencives, soit au moyen de l'alun en poudre (Velpeau), soit de préférence avec l'acide chlorhydrique fumant, porté sur les points ramollis à l'aide d'un pinceau (Ricord); en même temps on administre des purgatifs énergiques et répétés, et si la salivation est assez abondante pour empêcher le sommeil, on donne l'opium, qui, indépendamment de son action sédative ordinaire sur le système nerveux, diminue les sécrétions bucco-salivaires (Graves). Quand les accidents inflammatoires du début sont enrayés et que la maladie entre dans une phase d'amélioration, on peut en hâter la terminaison par des collutoires saturnins, contenant 1/8 ou 1/6 de sous-acétate de plomb, ou par des attouchements avec l'alun. Si quelques ulcérations persistent, il faut les toucher avec le nitrate d'argent ou l'acide chlorhydrique. Dans certains cas, c'est la pression des dents qui maintient les ulcérations; il convient alors de suivre le conseil de Ricord, et de couvrir les dents de pâtes molles préparées avec la guimauve et l'opium ou le chlorure de soude. — Il va de soi que, dès le début des accidents, l'usage des préparations mercurielles doit être totalement suspendu.

Le MUGUET sera souvent prévenu chez les enfants à la mamelle, si l'on a soin d'enlever complètement le lait qui reste dans leur bouche chaque fois qu'ils ont pris le sein; et chez les enfants plus âgés, on peut arriver au même résultat en maintenant la bouche dans un état de propreté parfaite, et en veillant à ce qu'il n'y séjourne jamais de particules alimentaires. Une fois développé, le muguet doit être traité par des lotions alcalines (Gubler), et par l'application d'un collutoire composé par parties égales de miel rosat et de borax. Si la lésion est très-confluente, on peut, avant de se servir des astringents, barbouiller fortement la muqueuse avec le crayon de nitrate d'argent, afin de détacher une partie des concrétions. S'il y a de la diarrhée ou quelque autre complication, elle sera combattue par un traitement approprié. — En raison de l'influence pathogénique probable de l'acidité buccale, les lotions et les collutoires acides doivent être proscrits; si même l'acidité de la bouche est très-prononcée, ou si la dysphagie fait penser que le muguet s'est étendu à l'œsophage, on peut donner pour boisson de l'eau de Vichy, pure ou coupée avec du lait.

CHAPITRE II.

GLOSSITE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

L'inflammation de la langue, ou glossite (1), est SUPERFICIELLE OU PROFONDE. La première est presque toujours liée à une stomatite et reconnaît les mêmes causes que l'inflammation buccale; dans quelques cas elle est isolée et résulte de morsures plus ou moins nombreuses: telle est la glossite des épileptiques; le plus ordinairement pourtant, c'est une inflammation profonde qui est produite en pareille circonstance. — La GLOSSITE PROFONDE est rare; elle est causée par le traumatisme, par le contact de corps aigus ou de substances caustiques, souvent elle résulte de piqûres d'insectes. Comme *maladie secondaire*, elle a été observée dans la pyohémie, le typhus, le rhumatisme articulaire (Lawrence), la variole

(1) BLOEDAU, *De glossitide*. Ienæ, 1795. — FERGUSSON, *Phys. med. Journal*, 1802. — RAGGI, *Sulla glossitide*. Pavia, 1809. — VIOLLAUD, *Essai sur la glossite*. Paris, 1815. — MARCOUD, *Dissert. sur la glossite*. Strasbourg, 1815. — HOSACK, *Essays on various subjects of med. Sc.* New-York, 1824. — DESORMEAUX, in *Dict. en 30 vol.* — MARIOLIN, *Eodem loco*. 2^e édit. — REINISCH, *De Glossitide*. Lipsiæ, 1837. — GOTTEL, *Beobachtung einer wahren Glossitis* (*Græfe und Walther's Journal*, VII). — REQUIN, GRISOLLE, *Traité de pathol. interne.* — WUNDERLICH, *Handb. der Path. und Therapie*. Stuttgart, 1854. — ARNOLD, in *Betz Memorabilien aus der Praxis*, 1856. — GRAVES, FÜRSTER, BAMBERGER, *loc. cit.* — RENZ, *Zur Aetiolog. der Glossitis superficialis* (*Würzb. med. Journal*, 1862). — DEMME, *Ueber Glossitis und ihre Behandlung* (*Schweizer Archiv*, 1863). — EYANS, *Edematous glossitis* (*The Lancet*, 1863). — BENDL, *Glossitis parenchymatosa* (*Wiener med. Zeitschr.*, 1866). — J. FORMOREL, *Glossite aiguë causée par l'impression du froid* (*Union méd.*, 1867).

VAN DER MEERSCH, *Glossite aiguë idlopathique* (*Bullet. Soc. méd. de Gand*, 1863). — BROCHIN, *Ulçère rebelle de la langue chez un phthisique* (*Gaz. hôp.*, 1869). — JUKES, *A case of idiopathic glossitis* (*Brit. med. Journ.*, 1870). — M. LEGRAND, *Stomatite et glossite idiopathiques* (*Union méd.*, 1870). — BERTHOLLE, *Glossite parenchymateuse* (*Eodem loco*, 1870). — TRÉLAT, *Note sur l'ulcère tuberculeux de la bouche et en particulier de la langue* (*Arch. gén. de méd.*, 1870).

FÉRÉOL, *Ulcération tuberc. de la langue* (*Union méd.*, 1872). — CLARKE, *Treatise on the diseases of the tongue*. Renschaw, 1873. — BÉHIER, *Glossite aiguë a frigore* (*Gaz. hôp.*, 1874). — ADAMS, *Case of temporary engorgement of the tongue improperly called glossitis* (*Med. Press and Circular*, 1874). — WARD, *Acute glossitis taking place six successive times in the same Patient* (*Eodem loco*, 1874). — KROCH, *Glossitis* (*Eodem loco*, 1874). — LABOULENE, *Sur les ulcérations tuberc. de la langue* (*Union méd.*, 1874).