

Étiologie. — La stomatite ulcéreuse, rare dans nos hôpitaux d'adultes, est fréquente, au contraire, dans les asiles consacrés à l'enfance. C'est une affection qu'on rencontre aussi très-souvent dans l'armée française, où elle frappe spécialement les nouvelles recrues.

Dans ces deux catégories de sujets, la maladie se développe à la suite des mêmes causes. Elle naît sous l'influence de l'encombrement, lorsque des individus sont accumulés dans des espaces trop étroits, lorsque surtout des excès de fatigue, une alimentation insuffisante, une chaleur humide, en débilitant l'économie, la rendent plus susceptible à l'impression de la cause morbide. La stomatite naît presque toujours alors d'une manière spontanée, parfois elle se déclare à l'occasion d'une cause excitante vulgaire, comme un refroidissement, un excès alcoolique, etc.

Nul doute que l'affection ne soit transmissible par le contact et par l'infection de l'air. Un fait, personnel à M. Bergeron, semblerait prouver que la maladie est inoculable; cependant la chose n'est pas encore établie d'une manière rigoureuse. Quoi qu'il en soit, pour le médecin distingué dont le nom a dû être souvent cité dans cet article, l'encombrement comme cause productrice, et la contagion comme cause de propagation, dominent l'étiologie de la stomatite ulcéreuse, du moins chez les soldats; il est probable qu'il en est de même chez les enfants.

Traitement. — Jusque dans ces derniers temps, on conseillait contre la stomatite ulcéro-membraneuse les cautérisations avec l'azotate d'argent ou bien avec l'acide chlorhydrique; les collutoires détersifs, astringents, avec le borax et l'alun; enfin, on touchait les parties malades avec du chlorure de chaux sec qu'on portait avec le doigt sur les points affectés, et sur lesquels on exerçait une friction un peu rude. Mais ces moyens, utiles dans quelques cas, sont pour la plupart douloureux, et n'agissent que fort lentement; il n'en est pas de même du chlorate de potasse. Ce médicament, préconisé en Angleterre par Hunt, en 1847, puis par West, et plus récemment à Genève par M. Chanal, était inusité en France, lorsqu'en 1855, M. Herpin appela l'attention sur lui et démontra son utilité dans plusieurs espèces de stomatites. Administré dans la stomatite ulcéro-membraneuse, il jouit d'une efficacité incontestable et attestée aujourd'hui par des faits nombreux publiés surtout par MM. Blache, Isambert et Bergeron. Sous l'influence de ce médicament, la maladie que nous avons signalée plus haut comme si rebelle se modifie presque aussitôt. En vingt-quatre ou quarante-huit heures, la muqueuse buccale perd sa couleur violette; les fausses membranes se détachent, les ulcérations prennent un aspect rosé de bonne nature, et au bout de quatre à huit jours la cicatrisation est ordinairement complète. Les cas d'insuccès sont infiniment rares; même lorsque le médicament est impuissant pour guérir, il modifie avantageusement l'aspect de la muqueuse. C'est à l'intérieur qu'il convient de prescrire le sel de potasse, à la dose de 1 à 4 grammes chez les enfants, à celle de 4 à 8 chez l'adulte, dans 120 à 250 grammes de véhicule. Ces doses peuvent être même doublées sans inconvénient. Le chlorate de potasse, appliqué directement sur les parties en gargarisme ou collutoire, peut être avantageux; mais son action est plus certaine et plus prompte quand on le donne à l'intérieur. Il n'agit certes pas ici à titre d'altérant, mais éliminé en grande partie par la salive, il exerce une action topique beaucoup plus intime et plus moléculaire en quelque sorte que lorsqu'on le porte directement sur les surfaces malades.

Le chlorate de potasse peut le plus souvent être donné d'emblée, mais quelquefois, surtout chez l'adulte, il existe des signes d'embarras gastrique qui doi-

vent préalablement être combattus par un émétique ou par un éméto-cathartique (10 centigrammes d'émétique, 20 grammes de sulfate de soude).

Nature. — La stomatite ulcéreuse est une phlegmasie spécifique, très-longtemps confondue avec la diphthérie, mais méritant pourtant d'en être distinguée. Rien d'ailleurs ne prouve jusqu'à présent qu'il se forme sur la muqueuse buccale des concrétions identiques avec celles que nous verrons bientôt se produire sur le pharynx ainsi que dans le larynx, et qui caractérisent l'angine diphthérique et le croup. MM. Barrier, Rilliet, Barthez, Bergeron, n'en ont jamais observé d'exemple, et je puis ici joindre mon témoignage à celui de ces médecins distingués. La stomatite ulcéreuse n'offre d'ailleurs rien de commun avec la diphthérie: dans cette affection, en effet, la muqueuse qui recouvre la fausse membrane est peu altérée, tandis qu'elle est manifestement ulcérée dans l'autre; la première a une tendance plus grande à s'étendre et à gagner les voies aériennes, et elle s'accompagne souvent aussi de symptômes graves d'intoxication: or tous ces accidents font toujours défaut dans la stomatite ulcéreuse. Enfin citons comme dernière différence, que le chlorate de potasse agit presque comme un spécifique dans la stomatite ulcéreuse, tandis que son impuissance est aujourd'hui bien démontrée contre toutes les formes de l'affection diphthérique.

La maladie que je viens d'étudier constitue-t-elle une affection essentiellement gangréneuse, et aurais-je dû, à l'exemple de M. Taupin, la décrire sous le nom de *stomatite gangréneuse*? Je ne le pense pas. M. Taupin, en voulant simplifier l'étude des stomatites, me paraît avoir confondu des choses très-différentes. Nul doute qu'il ne faille rapporter à la stomatite ulcéreuse les deux premières formes qu'il nomme *couenneuse* et *ulcéreuse*, mais, même en admettant avec M. Bergeron que ce qu'on décrit généralement comme une concrétion ne soit qu'une eschare de la muqueuse, il n'en faut pas moins distinguer cette maladie incommode, douloureuse mais bénigne, essentiellement contagieuse, de la gangrène qui frappe les parois buccales, affection des plus graves et incapable de se transmettre par voie de contagion. (Voy. t. II, *Gangrène de la bouche*.)

De la stomatite mercurielle.

On désigne sous les noms de *ptyalisme mercuriel*, de *salivation*, ou de *stomatite mercurielle*, l'inflammation de la muqueuse buccale qui se développe consécutivement à l'absorption du mercure.

Symptômes. Marche. Terminaisons. — Au début, les malades éprouvent dans la bouche une saveur métallique et une sensation insolite de chaleur et de sécheresse; mais ce n'est là qu'un phénomène passager, car dès le début on constate une augmentation dans la sécrétion salivaire. Bientôt les gencives se tuméfient, deviennent douloureuses, se ramollissent et saignent au moindre contact. Elles sont d'un rouge blafard dans la plus grande partie de leur étendue, excepté vers le collet des dents, où elles offrent un liséré rouge et violacé, et plus tard blanchâtre, puis elles se détachent des dents. Celles-ci, couvertes d'un enduit sale, limoneux, sont parfois écartées, elles deviennent vacillantes, et lorsque les malades rapprochent leurs mâchoires comme pour mâcher, ils éprouvent une sensation qui leur fait croire que leurs dents sont allongées. Cet allongement est peut-être réel, il s'expliquerait par l'ébranlement que les dents ont subi par suite de la propagation de la phlegmasie dans leurs alvéoles. Comme cela arrive dans toutes les stomatites, la bouche exhale, dès le début

de la maladie, une très-grande fétidité; mais l'odeur a ici quelque chose de tout spécial, je pourrais même dire de pathognomonique. Des gencives, la phlegmasie s'étend bientôt aux autres points tapissés par la muqueuse buccale, sur les lèvres, sur les joues et à la langue. Partout la muqueuse est tuméfiée et comme infiltrée; elle offre çà et là un enduit crémeux blanchâtre, d'abord pointillé, puis étendu en nappe et qu'on détache aisément; ailleurs ce sont des plaques diphthéritiques, grisâtres et plus ou moins adhérentes: cette disposition est surtout remarquable sur la langue. La maladie continuant à s'accroître, on voit la tuméfaction des parois buccales et des parties renfermées dans cette cavité augmenter; les joues, au niveau des grosses molaires, les lèvres, surtout l'inférieure, et la langue à sa pointe et à son bord, présentent des sillons verticaux, dus à l'empreinte que les dents ont faite sur des tissus mous. Le plus souvent il n'y a qu'une dépression recouverte fréquemment d'une pseudo-membrane et limitée par des crêtes d'un rouge vif, correspondant à l'interstice des dents; cependant, dans quelques cas, des ulcérations plus ou moins profondes existent à ce niveau. La langue, par suite de l'extension de la phlegmasie aux tissus subjacents à la muqueuse, devient plus volumineuse, et cette augmentation est telle parfois, que ne pouvant plus être contenu dans la bouche, l'organe sort de cette cavité et fait saillie au delà des arcades dentaires, qui pressent douloureusement sur lui. La pointe de la langue ainsi exposée à l'air se dessèche et brunit; la pression contre les dents étant alors devenue plus forte que tantôt, on voit les ulcérations s'agrandir et se multiplier; plusieurs prennent une couleur grisâtre, et parfois même des eschares, en général circonscrites, se forment en plusieurs points. Toute la face est alors tuméfiée; le gonflement s'étend aux glandes salivaires, ainsi qu'aux ganglions sous-maxillaires; aussi la pression exercée sur ces parties est-elle très-douloureuse. Quelques malades se plaignent aussi de la gorge et souffrent des oreilles par suite de l'extension de la phlegmasie au pharynx et aux trompes d'Eustache. L'extension aux parties molles qui entourent les articulations temporo-maxillaires est cause que quelques malades peuvent à peine desserrer les dents même pour boire. Si, lorsque cette disposition se rencontre, les parties molles de la bouche et la langue surtout, sont très-tuméfiées, la respiration peut être très-gênée; l'asphyxie pourrait même se produire si les narines obturées en partie par une cause quelconque ne permettaient pas à l'air d'arriver aux poumons en quantité suffisante. Pendant que les lésions des parties molles augmentent, on voit en même temps la sécrétion salivaire redoubler; les malades ayant constamment la bouche plus ou moins entrouverte, il s'en écoule incessamment et involontairement un fluide clair, grisâtre, d'une odeur fade, parfois fétide, dont la quantité a pu s'élever à plusieurs litres dans les vingt-quatre heures. Lorsque la maladie présente cette acuité, la fièvre s'allume, le sang tiré de la veine est couenneux, il y a une céphalalgie vive et un état de malaise considérable, car ces malheureux malades ne peuvent plus mâcher, ni avaler, ni entendre, ni parler, ni dormir, les douleurs qu'ils éprouvent et la sécrétion incessante de la salive qui s'écoule hors de la bouche s'opposant à tout sommeil. Si la stomatite, au lieu de s'amender, continue ses progrès, on peut voir les gencives tomber en putrilage; la phlegmasie se propageant au périoste alvéolo-dentaire, les dents noircissent, deviennent de plus en plus vacillantes, puis tombent, les joues se gangrènent, et une portion considérable des os maxillaires peut se nécroser. L'état général est alors en rapport avec ces graves désordres, qui heureusement sont rares aujourd'hui, mais qui communs autrefois, ont provoqué la mort de beaucoup

de malades. Ceux qui ont survécu ont eu des convalescences longues, pénibles, en rapport avec l'épuisement qu'ils ont subi, et très-souvent on a vu succéder aux désordres dont j'ai parlé, des cicatrices vicieuses qui ont défiguré les malades, ont gêné ou empêché les fonctions de la bouche et des organes qui y sont contenus.

Lorsque les parties molles seules ont été atteintes, et lorsqu'il n'a existé que des ulcérations superficielles, on voit, après un temps variable, la surface se déterger et la cicatrisation se faire; en même temps le ptyalisme diminue, la muqueuse perd sa couleur violacée pour devenir rosée et plus ferme, les dents reprennent leur solidité, bientôt les malades peuvent manger sans douleur des substances molles, humides; mais ce n'est que plus tard qu'il leur est possible de mâcher des corps solides, comme du pain, sans provoquer de la douleur et le saignement des gencives.

Durée. — La maladie a une durée plus ou moins longue. Lorsqu'elle est très-bénigne, elle peut se terminer en quatre ou six jours; mais pour peu qu'elle soit grave, elle se prolonge pendant au moins deux septénaires et quelquefois au delà. Il n'y a pourtant pas toujours un rapport exact entre la gravité de la maladie et sa durée: il n'est pas rare, en effet, de voir des stomatites mercurielles de médiocre intensité, produire pendant plusieurs mois une salivation abondante qui épuise les malades. Ces ptyalismes mercuriels à marche chronique sont presque toujours entretenus par quelque altération de la muqueuse, qui est gonflée, saignante, ulcérée dans quelques points; cependant, chez un petit nombre, les parties molles semblent être revenues à leur état physiologique; elles sont alors plutôt pâles que rouges: on dirait qu'il n'existe dans ces cas qu'une simple habitude de sécrétion morbide. Le plus souvent la guérison, une fois survenue, est définitive: cependant quelques personnes conservent encore pendant longtemps un état de susceptibilité de la muqueuse buccale, qui se gonfle et s'ulcère facilement; chez d'autres, les dents se carient, ou bien elles tombent avant l'âge, spontanément et sans être gâtées.

Diagnostic. — Le diagnostic de la stomatite mercurielle n'est jamais difficile; la puanteur toute particulière de la bouche serait à elle seule un caractère presque pathognomonique. On a prétendu qu'il était quelquefois difficile et même impossible de distinguer les ulcérations mercurielles de celles qui sont produites par le virus syphilitique. Cependant nous pensons que la distinction est facile: car les premières occupent la face interne des joues et correspondent communément à la saillie des dents; les autres sont ordinairement situées sur le pharynx et sur les amygdales, ou bien à la face supérieure de la langue, quelquefois aux lèvres. Les ulcérations de cause vénérienne sont arrondies, leur fond est grisâtre, leurs bords sont taillés à pic, tandis que celles que le mercure produit sont assez superficielles, et couvertes de concrétions membraneuses irrégulières.

La stomatite mercurielle a quelque ressemblance avec la stomatite ulcéro-membraneuse, cependant elle s'en distingue aisément; car, dans la stomatite diphthéritique la production pelliculaire est plus épaisse, plus adhérente que dans la stomatite mercurielle, dont l'exsudation est blanchâtre et souvent pulvaccée. La première est circonscrite, tandis que la seconde envahit ordinairement toute la bouche et excite partout un gonflement considérable. Dans les deux affections, la cavité buccale exhale une odeur infecte; mais, dans la stomatite mercurielle, elle a quelque chose de spécial et qu'on reconnaît aisément; enfin, presque toujours il est possible d'arriver aux commémoratifs et de reconnaître que l'individu a employé une préparation mercurielle quelconque.

Pronostic. — Aujourd'hui la stomatite mercurielle compromet rarement la vie, excepté lorsqu'elle provoque dans la bouche des destructions considérables, ou bien encore lorsque la tuméfaction des parties molles, et surtout de la langue, est telle qu'il peut en résulter une gêne très-grande de la respiration, et même l'asphyxie si les narines sont obstruées ou sont naturellement trop étroites. Le pronostic n'est grave que dans ce cas; dans tous les autres la maladie n'est qu'incommode, dégoûtante, souvent rebelle, mais nullement dangereuse.

Elle peut même être un signe favorable. Lorsqu'en effet on donne du mercure à titre d'altérant dans certaines phlegmasies graves et qu'il amène la salivation, cette circonstance seule porte à espérer que la maladie aura une heureuse issue. Chomel m'a dit bien souvent n'avoir jamais vu succomber les femmes atteintes de péritonite puerpérale chez lesquelles il avait été assez heureux pour provoquer une stomatite mercurielle.

Étiologie. — Toutes les préparations de mercure peuvent déterminer la stomatite, mais cet accident est plus facilement produit par les composés insolubles. De tous ces médicaments, c'est peut-être le calomel qui la provoque le plus sûrement lorsqu'on le donne à doses très-fractionnées. Après lui viennent l'onguent mercuriel en frictions, la pommade citrine (nitrate de mercure), les préparations de mercure métallique usitées jadis à l'intérieur, et le protoiodure dont on abuse tant de nos jours. Citons aussi les vapeurs mercurielles auxquelles sont exposés les ouvriers de certaines industries, mais qui cependant provoquent plutôt le tremblement, la cachexie, qu'une stomatite.

La facilité avec laquelle la stomatite est produite varie beaucoup chez les divers individus; il en est, en effet, qui résistent aux mercuriaux sous quelque forme et à quelque dose qu'on les administre, tandis que d'autres ont une susceptibilité telle, qu'une petite friction avec l'onguent gris, ou une cautérisation avec le nitrate acide de mercure, ou l'administration de 15 à 20 centigrammes de calomel, déterminent une abondante salivation. Une température froide, l'habitation dans des lieux humides, une constitution molle, le peu d'activité des principales sécrétions et surtout de la transpiration cutanée, sont les circonstances qui favorisent le plus souvent le développement de la stomatite mercurielle.

Traitement. — Dès les premiers indices de salivation, tous suspendent l'emploi des mercuriaux. Mais le traitement employé pour conjurer les symptômes a beaucoup varié. Les uns, dans l'espoir de faire avorter la maladie, ont conseillé les astringents et les cautérisations superficielles. On a employé, dans ce but, les collutoires d'alun, de sous-acétate de plomb, qui n'ont réussi que lorsque la maladie est bénigne. Les cautérisations superficielles avec l'azotate d'argent, et surtout avec l'acide chlorhydrique, ont au contraire une efficacité réelle à titre d'agents abortifs, pourvu toutefois qu'on les emploie dès le début de l'affection. Pour obtenir ce résultat, on touche les gencives et la portion de la muqueuse qui commence à se boursoufler, avec un pinceau de charpie trempé dans de l'acide chlorhydrique pur, en ayant soin d'essuyer les dents lorsque l'acide les a touchées. Cette cautérisation superficielle, qui sera répétée deux ou trois fois, change le mode d'inflammation de la muqueuse et épargne presque toujours au malade les désagréments et souvent les dangers de la stomatite. Cette pratique a été surtout conseillée par M. Ricord et par M. Baumès. Je la crois généralement bonne, et ne partage nullement les préventions qu'avait contre elle un savant pathologiste, mon regrettable ami le professeur Requin.

La plupart ont donné la préférence au traitement antiphlogistique : c'est à lui d'ailleurs que tous arrivent lorsque les moyens abortifs ont échoué. Si la réaction est vive et les symptômes inflammatoires considérables, on pratique une ou deux saignées générales; mais le plus souvent il suffit de faire une ou plusieurs applications de sangsues sous la mâchoire inférieure. Ces parties seront couvertes de cataplasmes émollients; on prescrira des gargarismes mucilagineux, des bains tièdes, des pédiluves irritants, et l'on fera, en outre, sur le tube digestif, une révulsion énergique à l'aide de purgatifs; enfin, on donnera l'opium pour calmer les souffrances, pour procurer du sommeil, mais non dans l'espoir d'agir directement, comme on l'a cru, sur la maladie elle-même. Aussitôt que les symptômes inflammatoires se seront modérés, on rendra les collutoires astringents par l'addition du miel rosat et du sous-acétate de plomb, qu'on a élevé successivement à la dose de 8, 12, 20, 30 grammes et plus, pour 120 de véhicule. Mais on doit préférer l'alun, à la dose de 50 à 80 grammes par litre de liquide; ou bien trois ou quatre fois par jour, on porte directement ce sel avec le doigt sur les gencives : c'est la pratique que suit M. Velpeau. Avec les astringents on continue les moyens révulsifs, et l'on excite les principales sécrétions, notamment la transpiration, par l'emploi des bains de vapeur ou des bains sulfureux. La persistance des ulcérations exige souvent qu'on cautérise celles-ci avec le nitrate d'argent ou avec l'acide chlorhydrique; mais comme elles persistent souvent par suite de la pression des dents, on devra, d'après le conseil de M. Ricord, couvrir celles-ci de pâtes molles préparées avec la guimauve et l'opium, ou chargées de chlorure de soude. Cette précaution suffit souvent à elle seule pour guérir des ulcérations qui avaient résisté à tous les autres moyens. Il est inutile de dire que, lorsque la maladie est très-aiguë, il faut soumettre les malades à une diète rigoureuse; plus tard, lorsque l'inflammation se modère, on donne du lait, du bouillon, des potages, des bouillies, des gelées, ou tout aliment qui ne nécessite pas d'efforts de mastication.

Pendant longtemps les médecins employèrent contre la stomatite des substances dans le but de neutraliser le mercure : tels étaient les acides sulfurique, azotique, les chlorures, l'iode, l'or, et surtout le soufre et les sulfures. Mais l'expérience a suffisamment démontré, aujourd'hui, l'impuissance de pareilles médications.

Dans ces dernières années, sur l'initiative de M. Herpin, on a combattu la stomatite mercurielle par le chlorate de potasse, administré à la dose et de la manière que j'ai indiquée précédemment (p. 262). Cette substance donnée dès le début arrête souvent la stomatite dans sa marche; administrée pendant que la maladie est à son état, elle la modifie parfois d'une manière si prompte, qu'en quelques jours on rend à la muqueuse sa couleur et sa fermeté. Cependant hâtons-nous de dire que si le chlorate de potasse agit souvent utilement, il échoue néanmoins quelquefois et n'a pas à beaucoup près, contre la stomatite mercurielle l'efficacité que nous lui avons reconnue contre la stomatite ulcéro-membraneuse. Ce médicament peut être donné à toutes les périodes de la maladie et quelle que soit l'acuité des symptômes locaux. Il ne contre-indique point d'ailleurs l'emploi des autres moyens. Si j'ai parlé du chlorate de potasse à propos du traitement chimique, ce n'est pas que j'admets que ce médicament agit à titre de neutralisant. Le mécanisme de son action nous échappe. Il n'y a probablement ici, comme nous l'avons dit ailleurs (p. 263), qu'une impression topique intime, presque moléculaire, sur la membrane muqueuse. M. Demarquay a, dans ces derniers temps, employé également avec

avantage contre la stomatite mercurielle l'iodate de potasse à la même dose que le chlorate.

Prophylaxie. — Nous n'ajoutons aucune confiance aux moyens vantés jadis pour prévenir la salivation, tels que l'iode, le camphre, le soufre et ses diverses préparations, ou l'hydrate de chaux qu'on associait au mercure. Les seuls moyens prophylactiques efficaces de la stomatite mercurielle appartiennent à l'hygiène. Pour prévenir l'action du mercure sur la bouche, on entretiendra la liberté du ventre; les malades seront garantis du froid humide; ils seront vêtus de flanelle et l'on excitera les fonctions de la peau. C'est probablement en agissant de la sorte, en favorisant l'élimination du mercure, et non, comme on l'a cru, par une action chimique, que les bains sulfureux, pris surtout aux sources, préviennent presque toujours la salivation lorsqu'on les administre dans le cours d'un traitement mercuriel.

Nature. — Beaucoup de médecins, même encore de nos jours, regardent la stomatite mercurielle comme une maladie des glandes salivaires, spécialement des parotides; mais il suffit d'avoir lu avec quelque attention la description précédente pour être convaincu que ce qu'on nomme vulgairement la *salivation mercurielle* n'est autre qu'une variété de la stomatite. L'inflammation des glandes salivaires ne constitue jamais le phénomène prédominant; elle est toujours consécutive. La supersécrétion de la salive qu'on observe dépend d'ailleurs bien moins d'une action directe que le mercure exercerait sur les glandes salivaires, que de l'inflammation de la muqueuse buccale, qui agit sympathiquement sur elle, en vertu de cette loi qui veut que la plupart des sécrétions soient activées lorsqu'une phlegmasie existe à l'extrémité d'un conduit excréteur. Ajoutons enfin que le fluide qui s'échappe de la bouche est en grande partie fourni par les follicules de la muqueuse; et comme on y a découvert une petite quantité de mercure, il est à supposer que le métal agit directement sur la muqueuse pour l'enflammer.

DE LA GLOSSITE

La *glossite*, ou inflammation de la langue, peut n'occuper que la membrane muqueuse; d'autres fois elle envahit primitivement ou consécutivement le tissu même de l'organe; de là la distinction de la glossite en *superficielle* et en *profonde*.

Symptômes. Marche. Terminaisons. — La glossite superficielle peut être caractérisée par les diverses altérations qu'on rencontre dans les variétés de stomatite que nous venons d'étudier. C'est ainsi que nous avons vu le muguet commencer presque toujours par la langue. On voit également cet organe être fréquemment le siège d'aphthes, de productions membraneuses et d'ulcérations diverses. Il est une autre forme de glossite superficielle dans laquelle il existe à peine une très-légère tuméfaction de l'organe; sa surface rouge, sèche, entièrement dépouillée d'épithélium, montre à nu les papilles saillantes; cela explique la douleur cuisante que le contact des substances les plus douces excite. Le goût est en même temps perverti, altéré; la parole est difficile, les ganglions du cou sont un peu tuméfiés et douloureux. Souvent aussi il existe quelques troubles du côté des organes digestifs, comme de la soif et de l'insappétence.

Dans certains cas, l'inflammation semble se circonscire à l'appareil folliculaire, surtout aux follicules qui occupent la base de l'organe; c'est cette forme de glossite que Requin désignait sous le nom de *papillaire*. Les papilles, rouges,

dures et saillantes, déterminent alors un sentiment de chaleur, de picotements, qui augmente et devient insupportable pour peu que les aliments soient sapides. Comme Requin, je n'ai encore rencontré cette forme de glossite que chez les femmes nerveuses, hystériques; elle est ordinairement très-opiniâtre.

Dans la glossite profonde ou parenchymateuse, les symptômes sont bien autrement graves: en quelques heures, on voit la langue acquérir un volume tellement considérable, qu'après avoir rempli toute la bouche, elle sort en partie au dehors, tandis que sa base fait saillie vers le pharynx et repousse l'épiglotte, ce qui produit fréquemment des accidents d'asphyxie. On conçoit aussi que, dans ces cas, la déglutition et l'articulation des sons doivent être impossibles. Enfin, la circulation cérébrale éprouve elle-même une gêne extrême, par suite de la compression des vaisseaux du cou: c'est ce qui explique les symptômes apoplectiques que quelques malades présentent; la face est alors bouffie et bleuâtre; la partie de la langue qui sort de la bouche est tendue, rouge ou violacée. Les symptômes généraux sont en raison directe de l'intensité de la phlegmasie et du trouble des fonctions respiratoires.

La glossite peut être générale ou bien être limitée à une moitié de la langue; dans ce dernier cas, l'organe est pour ainsi dire contourné: de sorte que c'est le bord gonflé et non la pointe qui sort entre les arcades dentaires.

La glossite parenchymateuse peut se terminer par résolution ou bien être suivie d'induration, de suppuration et de gangrène. L'induration persiste souvent très-longtemps, c'est-à-dire des mois et même plusieurs années avant de se résoudre; c'est ce qu'on voit, par exemple, dans un fait rapporté par M. Graves. S'il y a suppuration, l'abcès siège le plus ordinairement à la base de l'organe. Cette circonstance fait qu'il est parfois difficile de reconnaître la présence du pus, les malades ouvrant à peine la bouche et l'intumescence de l'organe mettant également obstacle à une exploration régulière.

Quelques individus atteints de glossite meurent asphyxiés. L'asphyxie survient ordinairement à une époque encore peu avancée de la maladie, c'est-à-dire au bout de trente-six à quarante-huit heures.

Diagnostic. — D'après ce que je viens de dire, il est évident que le diagnostic de la glossite est toujours facile; je parle de la forme aiguë, il n'en est pas de même de la forme chronique. Il est souvent difficile, en effet, de distinguer une glossite chronique d'un squirre commençant. Celui-ci, étant malheureusement aussi commun que la glossite chronique est rare, sera toujours soupçonné, à moins que l'induration n'ait succédé à un état franchement aigu. Les indurations de la langue qui ne sont pas cancéreuses sont bien moins la suite d'une phlegmasie légitime que le résultat d'une infection vénérienne. Les antécédents des malades, les symptômes concomitants éclaireront le médecin qui, dans le doute, trouvera d'ailleurs dans le traitement spécifique le moyen le plus sûr d'éclairer le diagnostic.

Pronostic. — On comprend aisément combien le pronostic doit être grave lorsque l'inflammation occupe les tissus cellulaire et charnu de l'organe. La gangrène ne laisse guère d'espoir de salut, cependant il existe dans la science plusieurs cas où, nonobstant une si fâcheuse terminaison, la guérison a pu avoir lieu. La glossite parenchymateuse est la seule dont le pronostic comporte quelque gravité.

Étiologie. — La glossite superficielle se développe ordinairement sous l'influence des mêmes causes que les diverses espèces de stomatite étudiées précédemment. Rarement spontanée, la glossite succède presque toujours à quelque cause directe; les plaies de l'organe, les morsures que se font si souvent les