

rations se recouvrent promptement de plaques opalines, demi-transparentes, très adhérentes, ce qui suffit à les distinguer de l'enduit de la stomatite pultacée, qui se détache avec la plus grande facilité.

Ces ulcérations coïncident le plus souvent avec de l'herpès labial; elles surviennent surtout pendant le cours de la première dentition.

Le traitement est le même que celui de la stomatite aphteuse. Dans la forme récidivante (herpès récidivant buccal) qui est souvent confondue avec des lésions syphilitiques de la bouche, outre le traitement local, on mettra en œuvre les moyens propres à modifier le terrain arthritique (hygiène, régime alimentaire, alcalins, etc.).

6° Stomatite impétigineuse. — C'est aussi une stomatite infantile.

Elle coïncide avec l'impétigo du tégument externe (Hench, Bergeron), qui est une affection contagieuse, inoculable (Vidal, Piffard, Kohn, Dewèvre), spécifique. MM. Sevestre et Gastou ont montré qu'elle était due au staphylocoque. Elle s'observe chez les enfants débilités, scrofuleux, chez les convalescents de rougeole ou de coqueluche. Elle est caractérisée par des pustules bientôt remplacées par des plaques opaques et visibles seulement à contre-jour (Sevestre et Gastou); ces plaques deviennent plus tard grisâtres, épaisses, adhérentes. Elles apparaissent habituellement sur le bord libre de la lèvre inférieure, vers les commissures, ou de la lèvre supérieure, à droite et à gauche du lobe médian.

Elles envahissent ultérieurement la face interne des lèvres, rarement la muqueuse des joues; elles respectent les gencives. Elles ont l'apparence diphtéroïde en certains points, mais sur les lèvres elles se dessèchent rapidement et prennent l'aspect de croûtes sanguinolentes.

L'évolution est rapide; en cinq ou six jours tout est terminé.

La perlèche n'est qu'un impétigo de la commissure des lèvres.

La stomatite diphtéroïde décrite par quelques auteurs se confond avec la stomatite impétigineuse. Toutefois Mongour (*Presse médicale*, mars 1898) n'admet pas sa spécificité: le staphylocoque n'est pas seul en cause; des microbes variés peuvent la produire, parmi lesquels on trouve parfois le bacille diphtérique.

Les lavages d'eau boriquée, chloralée, ou avec une solution faible de sublimé (Comby), les onctions à la vaseline boriquée, l'attouchement des ulcérations avec le salol sulfuriciné, avec l'acide lactique en solution au tiers constituent le traitement.

7° Stomatite ulcéro-membraneuse. — La gingivo-stomatite ulcéro-membraneuse est le type des stomatites septiques. Depuis les travaux de Desgenettes (1795), de Larrey, cette maladie a été surtout observée endémiquement dans les corps de troupe, avec recrudescences épidémiques périodiques. A partir de 1875, la maladie a perdu son caractère épidémique, et depuis 1890 elle est devenue exceptionnelle, peut-être sous l'influence des progrès de l'hygiène (Kelsch, *Acad. de médecine*, 26 juillet 1904). Aussi, sa transmissibilité admise par les médecins militaires de la génération précédente, notamment par Taupin, Léonard, Malapert, etc., a-t-elle été contestée de nos jours, notamment par M. Laveran; seul, M. Kelsch croit encore à la contagion, et pense que l'on doit distinguer deux variétés de stomatite ulcéro-membraneuse, l'une contagieuse et épidémique; l'autre, due à la malpropreté, à l'usage du tabac, à l'accumulation du tartre, à l'évolution de la dent de sagesse.

Mêmes incertitudes en ce qui concerne les agents microbiens :

Bergeron admettait qu'il s'agit d'une affection spécifique; à la suite des travaux de Vincent sur la symbiose fuso-spirillaire (1896), certains médecins: Bernheim, Salomon, Lacoarret, Niclot et Marotte, Lesueur, Siredey, etc..., considérèrent le bacille fusiforme de Vincent et les spirilles comme les agents exclusifs de la stomatite ulcéro-membraneuse. Mais M. Vincent lui-même a combattu cette opinion (*Soc. de Biologie*, 20 février 1904). Sur 21 cas de stomatite observés par lui, la double infection par le bacille qui porte son nom et par les spirilles n'était en cause que 10 fois; dans les autres cas, divers microbes pathogènes pouvaient être incriminés. D'ailleurs M. Letulle a fait des réserves sur la valeur pathogène de la symbiose du bacille fusiforme et des spirilles, qu'il a rencontrés dans différents cas d'ulcérations buccales.

En somme, la stomatite ulcéro-membraneuse est due à des infections polymicrobiennes, ainsi que M. Galippe l'avait pressenti (1890). Sous l'influence de causes diverses, au premier rang desquelles il faut placer l'accumulation du tartre, l'évolution dentaire, les saprophytes de la bouche entrent en scène et produisent la stomatite. Sa gravité, dans certaines circonstances, est due au mauvais état général des sujets atteints.

Ce qui est incontestable, c'est qu'elle est plus nettement et plus fréquemment contagieuse que les autres stomatites; aussi, lorsqu'on aura constaté son apparition dans une agglomération d'individus (soldats, écoliers), faudra-t-il isoler les malades, faire désinfecter leurs effets, et prescrire des soins préventifs de la bouche, chez les sujets non encore atteints.

L'administration du sulfate de quinine sera utile pour combattre les phénomènes fébriles; un purgatif salin contribuera à débarrasser l'intestin des substances toxiques véhiculées par la salive déglutie.

Depuis les travaux de Bergeron (1855), le chlorate de potasse est considéré comme le spécifique de cette affection, ce qui ne laisse pas de l'étonner, le pouvoir antiseptique de cette substance étant à peu près nul. Il faut d'ailleurs reconnaître que l'action favorable du chlorate de potasse n'est pas constante, tandis que l'antisepsie buccale a déterminé rapidement la guérison dans tous les cas où elle a été appliquée. Cependant M. Brindel a récemment préconisé à nouveau l'emploi du chlorate de potasse.

Il est utile de faire précéder le traitement par les lavages de la bouche et topiques modificateurs d'un nettoyage des dents et des interstices dentaires; entre chaque espace interdente et sur chaque rebord alvéolaire on passe un petit tampon de coton plongé dans une solution phéniquée au 20°.

Ceci fait, on touche les ulcérations avec l'acide chromique au dixième, avec un collutoire au chlorure de chaux :

Glycérine	50 grammes.
Chlorure de chaux	5 —

ou avec du chlorure de chaux pur, porté sur le doigt légèrement mouillé, avec l'eau oxygénée, avec la solution de permanganate de potasse à 1 pour 500 ou mieux encore avec la solution concentrée d'acide lactique précédemment indiquée, et on complète le traitement par des lavages répétés avec des solutions phéniquées faibles, additionnées de thymol (0,50 pour 1000), ou une solution chloralée (à 2 ou 3 pour 1000).

Le bleu de méthylène paraît être le médicament spécifique de la stomatite due au bacille de Vincent (Siredey, Chauffard, Simonin, etc.). Un petit tampon