

tion au moyen de topiques émollients; donner tous les jours 6 ou 8 grammes de chlorate de potasse dans une potion de 150 grammes et, s'il existe des ulcérations, les toucher au nitrate d'argent, à la teinture d'iode, au perchlorure de fer, ou à l'acide chlorhydrique. Le chlorate de potasse a ce grand avantage, qu'étant en partie éliminé par les glandes salivaires, il constitue une sorte de collutoire permanent dont l'action est incessante: on peut même le donner comme *moyen préservatif* dès le début d'un traitement mercuriel; d'ailleurs, on ne devra jamais prescrire les préparations hydrargyriques sans un examen minutieux des dents et des gencives du malade. Dans les cas graves où la nutrition est entravée par une déglutition difficile, on introduit des aliments liquides avec la sonde œsophagienne. L'iodure de potassium, qui paraît faciliter l'élimination du mercure, a été conseillé par quelques auteurs. Les solutions antiseptiques peuvent rendre quelques services quand l'élément infectieux est dominant.

### § 3. STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE

**Historique.** — La maladie qu'on décrit aujourd'hui sous le nom de *stomatite ulcéro-membraneuse* a longtemps été confondue avec d'autres affections de la bouche sous les dénominations confuses de stomacale (*στόμα*, bouche, *κακός* mauvais), chancre aquatique, scorbut buccal, stomatite couenneuse, etc. En 1818, lorsque la légion de Vendée vint tenir garnison à Tours, Bretonneau, tout entier à ses travaux sur la diphthérie, décrivit, sous le nom de *diphthérie buccale*, des ulcérations membraneuses de la bouche que présentaient plusieurs soldats de la légion, et il s'y crut d'autant plus autorisé, que certains malades étaient pris en même temps de diphthérie du pharynx et du larynx<sup>1</sup>. La

1. Trousseau. *Clin. méd.*, t. I, p. 403.

doctrine de Bretonneau fut combattue. En 1855, Rilliet et Barthez rejetèrent l'idée de diphthérie buccale, qu'ils remplacèrent par la dénomination de *stomatite ulcéro-membraneuse*, maladie qui n'a rien de commun avec la diphthérie, et en 1859, M. J. Bergeron, observant une épidémie de cette même maladie chez des soldats de l'hôpital Saint-Martin, lui donna le nom de *stomatite ulcéreuse spécifique*<sup>1</sup>. Cette divergence d'opinion ne condamne pas la doctrine de Bretonneau; elle semble prouver que les malades observés par Bretonneau étaient soumis à une double épidémie, de stomatite ulcéro-membraneuse et de diphthérie. Bretonneau a méconnu la première, mais il avait eu raison de créer la *diphthérie buccale*<sup>2</sup>, et ce serait une grave erreur de rejeter cette manifestation de la diphthérie confirmée par les recherches récentes bactériologiques.

**Description.** — La *stomatite ulcéro-membraneuse* débute comme toute stomatite; après trois ou quatre jours de maladie ou de fièvre, parfois même sans prodromes, apparaissent les symptômes d'une inflammation buccale: sensations de brûlure et de sécheresse, aspect rougeâtre et tuméfié de la muqueuse. Mais ce qui donne à la maladie son cachet spécifique, ce sont les *ulcérations*.

Ces *ulcérations* n'occupent souvent qu'un seul côté de la bouche, et c'est de préférence le côté gauche. La première ulcération qui paraît occupe habituellement la muqueuse buccale au niveau des dernières molaires; on trouve les ulcérations, par ordre de fréquence, aux gencives, dans le repli gingivo-buccal, aux joues, aux lèvres, surtout à la lèvre supérieure, plus rarement à la langue, au voile du palais, aux amygdales. Les ulcérations des gencives sont souvent verticales et peuvent occuper tout le bord gingival, les ulcérations des joues et des lèvres sont plus habituellement ovalaires. Voici comment évolue l'ulcération: au début, c'est une plaque saillante et violacée; cette plaque, de

1. J. Bergeron. De la stomatite ulcéreuse des soldats, etc. *Arch. de méd.* Paris, 1859.

2. Mahnan. *Diphthérie bucco-labiale*. Th. de Paris, 1880.

forme irrégulière, ne tarde pas à se ramollir; sa surface est pulpeuse, jaunâtre ou grisâtre; c'est un véritable tissu de *sphacèle*<sup>1</sup> constitué par les éléments de la muqueuse. La pellicule sphacélée est un peu adhérente, elle se détache et laisse à sa place une ulcération facilement saignante, à fond grisâtre, à bords irréguliers et décollés. L'ulcération s'agrandit par l'élimination progressive du détrit us fétide qui tapisse sa cavité, et de larges ulcérations résultent quelquefois de la confluence d'ulcérations plus petites. Les parties qui environnent les ulcérations sont plus ou moins œdématisées. Du septième au quinzième jour environ, commence le travail de réparation; le fond de l'ulcération se déterge; les membranes grisâtres se détachent, laissent à leur place une surface rosée, bourgeonnante, et la *cicatrisation* se fait.

En somme, la stomatite ulcéro-membraneuse est une *gangrène* spécifique, curable, et plus ou moins superficielle de la muqueuse buccale.

Toutefois, les ulcérations ne résument pas en elles toute la lésion. On constate également un état de ramollissement et de tuméfaction de la muqueuse gingivale, qui devient *grisâtre* et *saignante*; aussi quelques auteurs avaient-ils confondu cette stomatite avec le scorbut. Il n'est pas rare d'observer également des symptômes et des lésions d'angine, et même des ulcérations peuvent se développer à l'arrière-gorge, créant une *amygdalite* ulcéro-membraneuse qui sera décrite au chapitre suivant. On voit que cette maladie n'est pas seulement une stomatite, elle est une inflammation ulcéro-gangréneuse de toute la cavité *bucco-pharyngée*.

Dès la première période ulcéreuse de la stomatite, les *symptômes locaux* deviennent intenses: douleurs très vives, mastication impossible, déglutition difficile, haleine horriblement fétide, salivation abondante et teintée de sang,

1. Laboulbène. *Traité d'anat. patholog.*, p. 11. Dans un cas, l'examen histologique d'un lambeau de la muqueuse buccale a fait voir les différents éléments de cette muqueuse, y compris les glandules muqueuses avec leurs canaux excréteurs.

beaucoup moins abondante toutefois que dans la stomatite mercurielle. Les ganglions sous-maxillaires et rétro-maxillaires sont souvent engorgés et restent engorgés jusqu'à la cicatrisation des ulcérations; ces adénites ne suppurent pas, mais elles peuvent persister indéfiniment chez les sujets scrofuleux. Les symptômes généraux, la fièvre, les troubles gastro-intestinaux et nerveux sont plus forts chez l'enfant que chez l'adulte.

La *marche* de la stomatite ulcéro-membraneuse n'est nullement influencée par les maladies intercurrentes (Bergeron). Sa *durée* est variable; bien traitée, elle guérit en huit ou dix jours; mal soignée, elle peut se prolonger des semaines et des mois. La guérison complète est la règle; toutefois, dans les cas graves, on voit le bord alvéolaire du maxillaire se nécroser, et les dents se déchausser et tomber sans présenter aucune trace de carie.

**Diagnostic.** — **Étiologie.** — Le siège, l'évolution et les caractères des plaques ulcéro-membraneuses ne permettent pas de confondre la stomatite ulcéro-membraneuse avec les autres stomatites. Ainsi, dans la *diphthérie buccale*, la douleur et la salivation sont presque nulles; il y a de véritables fausses membranes qui occupent principalement les gencives, la lèvre inférieure et les commissures labiales; ces membranes sont d'abord blanchâtres, puis foncées, et quand on les arrache, on trouve la muqueuse intacte ou seulement exulcérée, ce qui contraste singulièrement avec les ulcérations que je viens de décrire. Mais l'examen clinique est généralement insuffisant, il faut avoir recours à l'examen bactériologique, qui décèle parfois la diphthérie alors qu'on n'y croyait pas. Nous avons observé un cas de ce genre avec mon ancien interne, M. Caussade.

Les plaques muqueuses *syphilitiques* et les ulcérations *tuberculeuses* de la bouche ont des caractères si nettement tranchés, que l'erreur de diagnostic n'est pas possible.

La stomatite ulcéro-membraneuse revêt souvent le caractère *épidémique*; elle est contagieuse, elle ne paraît pas

inoculable<sup>1</sup>, il y a pourtant des faits positifs d'inoculation. Elle atteint les enfants de 4 à 10 ans, et surtout les adultes, quand elle trouve des conditions favorables de développement, conditions qui lui sont offertes par une mauvaise hygiène, par l'encombrement, par une nourriture insuffisante, etc. Ainsi s'expliquent les épidémies observées chez les soldats; chez les marins<sup>2</sup>, dans les hospices, dans les prisons. Les recherches *bactériologiques* concernant la pathogénie de cette stomatite et de l'amygdalite ulcéreuse qui souvent l'accompagne, ont toujours décelé la présence de deux micro-organismes, un spirille et un bacille fusiforme (Vincent)<sup>3</sup>. On n'a pu jusqu'ici ni cultiver ces bacilles, ni reproduire expérimentalement la lésion: on ne peut donc, pour le moment, leur assigner un rôle vraiment spécifique; cependant « leur présence constante en culture presque pure dans l'exsudat est une présomption suffisante pour les considérer comme cause de la maladie<sup>4</sup> ».

Le *traitement* préventif doit soustraire les individus à toute cause de contagion et les éloigner du milieu épidémique. Le traitement curatif a pour agent essentiel le chlorate de potasse. On administre tous les jours (pour un adulte) 4 à 6 grammes de chlorate de potasse dans une potion de 120 grammes, et, s'il y a lieu, on touche les ulcérations au nitrate d'argent, et mieux encore, avec de petits tampons d'ouate hydrophile très légèrement imbibés d'une solution de sublimé à 1 pour 1000.

#### § 4. LE MUGUET

Le *muguet* est encore nommé *blanchet* ou *stomatite crémeuse*. On l'a nommé *muguet* parce qu'il rappelle par son aspect la petite fleur blanche, le *convallaria maialis*. Il res-

1. Cotelan. *Stomat. ulcér. épidém.* *Arch. de méd. nav.*, 1877.

2. Maget. *Stomat. ulcér. des soldats et marins*. Th. de Paris, 1879.

3. Vincent. Recherches bactériologiques sur l'angine à bacilles fusiformes. *Annales de l'Institut Pasteur*, août 1899.

4. Lesueur. *Stomatite ulcéro-membraneuse*. Th. de Paris, 1900.

semble à première vue à un enduit blanchâtre et crémeux qui recouvre en divers points la muqueuse buccale. Cet enduit est formé par la réunion de plaques, qui ont l'aspect de lait caillé, et qui sont elles-mêmes formées par un semis de grains saillants et blanchâtres.

Mais la description du muguet serait fort incomplète si elle restait limitée au muguet buccal. La bouche est, il est vrai, le lieu d'élection du muguet, néanmoins les travaux de ces dernières années ont montré quelle est sa fréquence dans d'autres régions. Aussi, bien que cet article ait sa place au chapitre des maladies de la bouche, il doit comprendre nécessairement la description du muguet tout entière. Je commencerai donc par retracer l'*histoire naturelle* du muguet, et j'étudierai ensuite les modifications qu'il présente suivant les régions où il se développe.

**Histoire naturelle. — Anatomie pathologique.** — Si l'on examine au microscope une parcelle du muguet buccal, on voit deux éléments distincts: l'un qui sert pour ainsi dire de trame, et dans lequel on ne trouve ni pus ni fibrine, est formé par des cellules pavimenteuses de tout âge, la plupart dégénérées et granuleuses; l'autre, l'élément spécifique, est formé de filaments entrecroisés et de corpuscules arrondis. Ces filaments avaient été considérés autrefois comme un mycélium de champignon (*μύκης*, champignon), et les corpuscules arrondis étaient regardés comme les graines de ce champignon (*σπορά*, graine). A cette époque le muguet fut décrit comme un végétal de la famille des champignons, un cryptogame du genre *oidium*, l'aphthophyta (Gruby); l'*oidium albicans* (Robin)<sup>1</sup>, le *syringospora* (Quinquaud)<sup>2</sup>. Après les travaux de M. Audry on a admis que le muguet est une levure<sup>3</sup>. M. Audry range le muguet parmi les saccharomycètes; il décrit sa forme levure, il fait connaître les résultats qu'il a obtenus par des cultures sur des milieux solides (pommes de terre) et dans les milieux liqui-

1. A. Robin. *Hist. nat. des végétaux parasites*. Paris, 1835.

2. Quinquaud. *Arch. de physiol.*, 1865, mars, p. 290.

3. Évolution du champignon du muguet. *Rev. de méd.*, juillet 1887.