

*Droits de traduction et de reproduction réservés.*

MANUEL  
DE  
PATHOLOGIE INTERNE

---

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

---

CHAPITRE I

MALADIES DE LA BOUCHE

§ 1. STOMATITE ÉRYTHÉMATEUSE

---

**Description.** — Les inflammations de la bouche se nomment *stomatites* (στόμα, bouche). La *stomatite érythémateuse* (catarrhe buccal) est la plus simple et la plus fréquente des stomatites; elle est de tous les âges: ses causes habituelles sont la dentition, l'évolution de la dent de sagesse, la carie dentaire, les dents artificielles, l'abus du tabac et des mets épicés, l'ingestion de liquides bouillants, l'accumulation du tartre, la malpropreté de la bouche. Les nombreux micro-organismes, d'espèces diverses, qui habitent la bouche, jouent un rôle considérable dans la pathogénie des stomatites. Parfois la stomatite érythémateuse est également associée à des troubles *digestifs* (dyspepsie, constipation), elle accompagne souvent le catarrhe de l'estomac.

Les brightiques ont parfois une stomatite qui a quelque tendance à devenir ulcéreuse ; est-elle due à l'élimination de principes toxiques ou à l'adjonction des microbes de la bouche (?), la question n'est pas résolue<sup>1</sup>.

La stomatite s'annonce par une douleur qu'exaspère le chaud, le froid, le contact des aliments et les mouvements de mastication. La bouche est chaude, sèche et pâteuse, l'haleine est mauvaise, fétide, le goût est émoussé.

Souvent l'inflammation de la muqueuse se limite à une région déterminée, aux joues, à la langue (*glossite*), au voile du palais (*palatite*), aux gencives (*gingivite*). La muqueuse enflammée est rouge, sèche et luisante ; elle est hérissee, suivant la région, de papilles ou de glandes tuméfiées. Sur le bord gingival sont accumulées des plaques épithéliales opalescentes ; partout où la muqueuse est doublée d'un tissu conjonctif lâche, aux joues, aux lèvres, il y a du gonflement et de l'œdème ; par places, l'épithélium desquamé laisse à nu des érosions et des ulcérations superficielles très douloureuses. Le retentissement sur les ganglions sous-maxillaires est peu accusé.

La marche et la *durée* de la stomatite dépendent de ses causes ; il y a des stomatites qui sont entretenues ou ravivées par la présence d'une carie dentaire, par l'évolution lente de la dent de sagesse, par l'accumulation du tartre. La *gingivite chronique* associée ou non à de la période alvéolaire est fréquente chez les *diabétiques* ; la chute des dents en est souvent la conséquence. La stomatite érythémateuse est facilement combattue par des gargarismes émollients, par des collutoires au borate de soude, par des pastilles et des potions au chlorate de potasse. On prescrira des lavages fréquents de la bouche avec des solutions antiseptiques : le thymol à 1 pour 100, l'hydrate de chloral à 1 pour 100. La cause de la stomatite (lésions dentaires) doit être surveillée avec soin<sup>2</sup>.

1. Barié. Stomatite urémique. *Arch. de méd.*, 1889.

2. David. *Les microbes de la bouche*. Paris, 1890.

## § 2. STOMATITE MERCURIELLE

**Étiologie.** — Quel que soit le mode d'introduction du mercure dans l'organisme, que ce soit par la peau (frictions), par l'appareil respiratoire (vapeurs mercurielles), par les muqueuses (cautérisation au nitrate acide de mercure), par les voies digestives (calomel, proto-iodure, mercure métallique), une fois absorbé, le mercure est en partie éliminé par les glandes salivaires et son action sur la muqueuse buccale provoque l'inflammation à laquelle on a donné le nom de *stomatite mercurielle*.

Certains ouvriers sont plus spécialement exposés aux accidents hydrargyriques ; ce sont les doreurs et les ajusteurs au feu, les étameurs de glace, les mineurs qui vivent au milieu de vapeurs métalliques, les chapeliers qui manient le nitrate acide de mercure. Les préparations mercurielles employées contre la syphilis, les frictions à l'onguent napolitain, les injections sous-cutanées, les fumigations, le calomel à doses fractionnées, le proto-iodure d'hydrargyre, peuvent provoquer la stomatite avec une intensité qui varie suivant la susceptibilité de chaque individu ; ainsi tel malade supporte sans inconvénient des frictions mercurielles répétées, tandis que tel autre est pris de stomatite pour une seule friction faite avec quelques grammes d'onguent napolitain. La stomatite mercurielle est presque inconnue avec les injections hypodermiques de bi-iodure, les mieux tolérées de toutes les préparations mercurielles. J'ai fait pratiquer depuis quelques années plus de dix mille injections de bi-iodure d'hydrargyre et je n'ai jamais constaté le moindre accident.

**Pathogénie.** — La nature de la stomatite mercurielle est fort discutée. D'abord considérée comme purement toxique, la stomatite mercurielle est actuellement regardée comme septique (Galippe). Il me paraît difficile de ne pas admettre qu'il s'agit le plus souvent d'une stomatite toxi-infectieuse, le mercure préparant d'autant plus rapidement la

voie à la pullulation microbienne de la muqueuse buccale (Bockart) qu'il existe de la gingivite ou des altérations dentaires antérieures.

**Description.** — La stomatite mercurielle est *aiguë* ou *chronique*. L'inflammation débute presque toujours derrière la dernière dent molaire et du côté où dort le malade (Ricord). Il est à remarquer que les symptômes sont plus accusés à la mâchoire inférieure et au niveau des dents cariées. Dès le début de la stomatite, le malade se plaint d'un goût métallique, d'une sensation d'agacement, de chaleur et de douleur à l'angle des mâchoires. L'haleine est mauvaise et devient rapidement fétide, la mastication est douloureuse, les gencives sont molles, gonflées, excoriées, facilement saignantes (*gingivite*); la bouche, d'abord sèche, est bientôt envahie par une abondante *salivation*. Ce sont les stomatites initiales, les *stomatites d'alarme* (Fournier)<sup>1</sup>.

Bornée aux symptômes que je viens d'énumérer, la stomatite mercurielle est une affection bénigne qui cède à quelques jours de traitement; mais il est des formes graves et même terribles qui n'étaient pas rares à une époque où l'on croyait utile de provoquer et d'entretenir la salivation dans le traitement de la syphilis<sup>2</sup>, pratique fort heureusement délaissée aujourd'hui. Dans ces formes graves, heureusement *historiques* (Fournier), l'inflammation gagne le périoste alvéolo-dentaire; les dents sont déchaussées, ébranlées, la face interne des joues se tuméfie et porte l'empreinte des dents, la *langue* acquiert un volume considérable (*glossite*). Toutes les parties envahies par l'inflammation sont rougeâtres et présentent des *ulcérations* qui se recouvrent d'un enduit grisâtre pultacé. La *salivation* est continue; la salive s'écoule nuit et jour hors de la bouche, et en telle abondance que le malade en rend jusqu'à trois et quatre litres en vingt-quatre heures (*salivation mercurielle*). Cette salive contient du mercure en petite quantité, elle blan-

1. A. Fournier. La stomatite mercurielle. *Union médicale*, 1890 et 1891.  
2. Hallopeau. *Du mercure*, etc. Th. d'agrég. Paris, 1878.

chit l'or. Au milieu de ces symptômes, la déglutition devient fort difficile, l'haleine est horriblement fétide, la fièvre est ardente, la diarrhée survient et le malade tombe dans une anémie profonde.

Il y a des formes encore plus terribles, où l'œdème inflammatoire s'étend rapidement au pharynx, aux régions sus-laryngées, et gagne extérieurement la région sous-maxillaire. Cet empatement généralisé et le volume énorme que prend la langue rendent la déglutition impossible et deviennent une menace d'asphyxie. La salivation, la fièvre, l'insomnie épuisent le malade et amènent parfois une terminaison fatale.

Quand la stomatite mercurielle passe à l'état *chronique*, les symptômes de la phase aiguë disparaissent; mais le gonflement de la muqueuse et les ulcérations persistent, les dents tombent graduellement et les os maxillaires peuvent se nécroser. Dans quelques cas la stomatite mercurielle est *chronique d'emblée*, les symptômes aigus font totalement défaut, le ptyalisme est insignifiant, les ulcérations gingivales sont peu accusées, mais le périoste alvéolo-dentaire est attaqué et les dents déchaussées et ébranlées finissent par tomber. Cette forme exceptionnelle a été observée chez les mineurs d'Almaden (Roussel).

**Anatomie pathologique.** — Les lésions de la muqueuse buccale, considérées jusqu'ici comme des altérations de stomatite banale, auraient un certain caractère spécifique. Sur plusieurs malades, Delbanco a noté l'*hypertrophie* des glandes sébacées de la cavité buccale, sous forme de grains miliaires jaunâtres, de la dimension d'une tête d'épingle. L'examen histologique permet de constater qu'il s'agissait de glandes acineuses hyperplasiques, identiques aux glandes sébacées de la peau.

**Diagnostic.** — Le diagnostic repose sur la notion étiologique qui permet de différencier la stomatite mercurielle des autres stomatites avec ptyalisme intense, comme la stomatite urémique.

**Traitement.** — Le *traitement* de la stomatite mercurielle peut se résumer en quelques mots : combattre l'inflamma-

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 1853, 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 débris 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. Catelan. *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, 1853.

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

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

des (bouillons de Koch) et il propose de nommer le parasite *Saccharomyces albicans*.

Mais de nouvelles recherches tendent à démontrer que le muguet n'est pas un vrai saccharomycète<sup>1</sup>. On a cependant publié une observation du muguet du pharynx provoqué par une vraie levure, une levure banale, comparable aux levures industrielles, ce qui prouve une fois de plus « qu'un micro-organisme naturellement inoffensif peut, en s'ensemencant sur un milieu préparé, devenir pathogène et donner lieu à une affection morbide caractérisée<sup>2</sup> ».

Voici ce que nous apprennent les cultures du muguet : Sur la carotte cuite stérilisée, les cultures donnent en quarante-huit heures des colonies d'un blanc de neige. L'examen microscopique y décèle le saccharomycète sous forme de cellules arrondies, groupées ou accolées et revêtues d'une enveloppe qui ne se laisse pas colorer. Cultivé dans un bouillon, le microphyte se développe et se présente après quelques jours sous forme de longs filaments et de cellules ovales. Mais, reportée sur un milieu solide, la culture ne donne plus de filaments, elle ne donne que les corpuscules arrondis. Les vraies spores n'apparaissent même que dans un liquide minéral sucré.

On rencontre souvent comme élément accessoire une algue en forme de petites baguettes, et sans trace d'articulation; c'est le leptothrix (λεπτός, menu, ὄριξ, cheveu), qui n'a rien de commun avec le muguet et qui existe dans un grand nombre d'états pathologiques de la cavité buccale.

Inoculé dans les veines de l'animal, le champignon du muguet crée des lésions mycosiques très intéressantes, tout comme les aspergillus (Klemperer, Linossier et Roux, Grasset). L'infection oïdienne expérimentale (Roger, Noi-sette) atteint surtout les reins, qui sont criblés de petites granulations blanches tenant le milieu entre le tubercule

1. Roux et Linossier. *Arch. de méd. experim.* Décembre 1890.  
2. Troisième et Achalmé. *Arch. de méd. exper.* 1<sup>er</sup> janvier 1895.

et l'abcès miliaire (Roger). Le sérum des animaux vaccinés contre le saccharomycète albicans, agglutine ce parasite, qui se recouvre d'une épaisse cuticule (Roger), se comportant comme le bacille typhique, avec cette différence que, chez le bacille typhique, la réaction agglutinante est une réaction d'infection (Widal).

Maintenant que nous connaissons les éléments du muguet, étudions sa distribution, sa *topographie*, et voyons comment il se comporte suivant l'organe qu'il envahit :

La *bouche* est le lieu d'élection du muguet; son apparition y est *annoncée* par un état particulier de la muqueuse, que nous allons décrire dans un instant. Les rapports du muguet avec la muqueuse sont variables suivant que le muguet est épithélial ou dermique (Parrot). Dans le muguet *épithélial*, les filaments plongent dans la couche épithéliale, les cellules pavimenteuses stratifiées sont séparées par des amas de cellules et le muguet s'élève par places sous forme de houppes. Dans le muguet *dermique*, les filaments plongent jusque dans le derme de la muqueuse, les papilles sont le siège de prolifération nucléaire.

Au *voile du palais* et à la voûte palatine on ne trouve que la variété épithéliale du muguet.

Au *pharynx* le muguet peut être primitif<sup>1</sup> et précéder le muguet buccal, mais c'est un fait extrêmement rare.

A l'*œsophage*, le muguet est très fréquent; il se présente sous forme de plaques jaunâtres ou brunâtres, et les éléments plongent profondément à travers la tunique muqueuse jusqu'à la musculuse. Sur tous les points envahis par le muguet, le tissu conjonctif prolifère abondamment.

A l'*estomac*, le muguet, revêtu par une épaisse couche de mucus, apparaît sous forme de mamelons grisâtres; il adhère fortement à la paroi, qu'il pénètre profondément; les glandes de l'estomac sont détruites dans leur partie superficielle, mais leur cul-de-sac est considérablement dilaté

1. Damaschino. *Soc. méd. des hôp.* Juillet 1880.

et ressemble à des *calebasses* pleines de spores (Parrot). Les vaisseaux sont le siège de thromboses, peut-être dues à la pénétration des filaments.

Le *cæcum*, dont la réaction est acide, offre des conditions favorables au développement du muguet.

Les *cordes vocales inférieures* présentent un terrain convenable à l'éclosion du muguet, parce qu'elles sont munies d'épithélium pavimenteux, tandis que le muguet ne se développe pas sur les muqueuses à épithélium cylindrique, sans doute parce que les cils vibratiles empêchent le parasite de se fixer. M. Parrot a constaté des noyaux de muguet dans les *infundibula* du poumon<sup>1</sup>.

Le muguet de la *vulve*, du vagin, de l'anus, du prépuce et du mamelon chez les nourrices n'est pas exceptionnel.

Le muguet est aussi un *agent pyogène*; H. Grasset<sup>2</sup> a constaté sa présence dans un abcès gingival, et Charrin dans un abcès lymphatique de la région sous-maxillaire. Il est enfin, chez l'homme, comme chez l'animal, capable de produire une *infection mycotique généralisée* avec foyers dans les poumons, dans la rate, dans les reins et dans le cerveau (Schmorl, Zenken, Ribbert, Pineau<sup>3</sup>).

**Étiologie. Pathogénie.** — Chez le nouveau-né, le muguet apparaît souvent dès les deux premières semaines de la vie, il peut se développer à titre d'affection purement locale, favorisée par le mauvais entretien des biberons et par l'acidité du lait, et sous cette forme il ne présente pas de gravité, mais à part ces quelques cas exceptionnels, le muguet est une affection secondaire, qui apparaît comme l'expression d'un mauvais état général. Le muguet est plus fréquent aux âges extrêmes de la vie, et toutes les causes de déchéance organique et de débilité favorisent son développement. Chez le nouveau-né, il est associé aux troubles digestifs, à l'entérite (Seux), aux mauvaises conditions hygiéniques, à l'alimentation défectueuse (lait insuffisant

1. Parrot. *L'athrepsie*, p. 258.

2. H. Grasset. *Étude sur le muguet*. Th. de Paris, 1894.

3. J. Pineau. *Le muguet infectieux*. Th. de Paris, 1898.

ou de mauvaise qualité), à l'état de dénutrition que Parrot a décrit sous le nom d'*athrepsie*. Chez l'adulte et chez le vieillard, il accompagne les cachexies, les maladies débilitantes, phthisie pulmonaire, cancer, diarrhée chronique, suppuration prolongée, etc.; il s'associe également aux maladies aiguës (pneumonie, pyélo-néphrite, cystite, fièvre typhoïde, état puerpéral). Le muguet est *contagieux*, mais encore faut-il qu'il rencontre un terrain favorable à son développement; il était très fréquent dans les hôpitaux d'enfants, surtout dans les asiles d'enfants trouvés; il l'est beaucoup moins aujourd'hui que la prophylaxie et l'antisepsie sont rigoureusement observées.

Gubler avait attribué avec raison une grande importance à l'*acidité* du milieu; cette assertion reste vraie, néanmoins on sait aujourd'hui que le muguet se cultive dans un milieu alcalin. Le muguet ne peut pas être cultivé dans la salive (Roux et Linossier); par conséquent, la sécheresse de la bouche, l'absence de salive, favorisent son développement; c'est justement ce qu'on observe dans les cachexies, dans les fièvres infectieuses, dans la fièvre hectique, etc.

**Description.** — La *bouche* est le lieu d'élection du muguet. Les plaques de muguet se développent sur la langue, à la face interne des joues et sur les autres points de la muqueuse buccale; il est facile de les détacher par un frottement un peu rude. L'apparition du muguet à la bouche est précédée d'un état particulier de la muqueuse buccale; la muqueuse est sèche, luisante et douloureuse, elle rougit, se desquame, devient lisse, tandis que les papilles de la langue font saillie, et alors apparaissent de petits îlots blanchâtres dont la réunion forme les plaques du muguet précédemment décrites. Souvent le muguet est discret et localisé à la langue, qui paraît recouverte de plaques plus ou moins irrégulières d'un blanc crèmeux; dans d'autres cas le muguet est confluent, il se généralise à la face interne des joues, au voile du palais, aux amygdales, au pharynx, et il peut prendre une teinte jaunâtre

ou grisâtre, qui au premier aspect n'est pas sans analogie avec les concrétions diphthéritiques. La réaction de la salive est acide; mis sur la langue, le papier bleu de tournesol devient rouge.

Chez l'adulte, la mastication et la déglutition deviennent difficiles et douloureuses; le nouveau-né erie, gémit, prend difficilement le mamelon et finalement refuse le sein. Le développement du muguet coïncide chez les jeunes enfants avec des troubles des voies digestives, vomissements et diarrhée, qui dans les cas graves sont accompagnés de refroidissement, d'érythème des fesses, d'ulcérations cutanées. Tantôt l'entérite précède le muguet, tantôt leur développement est simultané. Du reste, la gravité du muguet est subordonnée à l'état général du malade; si le muguet survient comme accident purement local, le pronostic est bénin et la guérison ne se fait pas attendre; il y a même des cas où, tout secondaire qu'il est, le muguet ne comporte pas un pronostic trop défavorable; mais chez un enfant en état d'athrepsie, ou chez un individu déjà cachectisé, l'apparition du muguet est d'un triste augure, et bien qu'on puisse guérir la manifestation locale de l'affection, il n'en est pas moins vrai que son apparition dans le cours d'un état cachectique est presque toujours l'indice d'une catastrophe prochaine<sup>1</sup>.

En résumé, comme évolution et comme pronostic, le muguet du jeune enfant et le muguet de l'adulte offrent certaines différences. Chez l'adulte et à plus forte raison chez le vieillard, le muguet apparaît presque toujours comme un témoin funeste, comme un épiphénomène, qui par sa simple apparition annonce la gravité de la situation; chez le jeune enfant, l'apparition du muguet a souvent la même signification grave, mais dans quelques cas cependant il est primitif, il paraît résumer en lui toute la maladie, il n'est qu'un *trouble local*, une variété de stomatite facilement curable.

1. Trousseau. *Clin. méd.*, t. I, p. 483.

**Diagnostic. — Traitement.** — Le diagnostic du muguet est facile. Sans compter l'examen au microscope qui dissiperait immédiatement tous les doutes, on ne confondra pas le muguet avec les enduits de lait caillé qui s'enlèvent au moindre frottement, laissant au-dessous d'eux la muqueuse absolument saine. On ne confondra pas le muguet avec la stomatite diphthérique dont l'exsudat se fait non pas par grains isolés et saillants, mais par plaques d'un blanc grisâtre, épaisses, adhérentes et consistantes, autant de caractères étrangers au muguet.

Les alcalins forment la base du *traitement*, le muguet se développant moins bien dans un milieu acide. Après avoir détaché les plaques de muguet avec un linge un peu rude, on imbibe plusieurs fois par jour les parties malades avec un collutoire au borate de soude (glycérine et borate de soude à parties égales). On prescrit des lavages de la bouche, avec la décoction de mauve, avec l'eau de Vichy, avec l'eau oxygénée (Damaschino).

S'il s'agit d'un tout jeune enfant, on lui donnera une bonne nourrice, ou du lait de bonne qualité, et si des troubles dyspeptiques ou intestinaux sont associés au muguet, on prescrira tous les jours deux ou trois cuillerées à café d'eau de chaux dans du lait, ou une goutte de laudanum de Sydenham dans un peu d'eau sucrée. On recommandera tous les *soins de propreté* concernant le biberon, le sein de la nourrice ou la bouche de l'enfant.

#### § 5. LES APHTHES

**Description.** — On décrit quelquefois les *aphthes* (ἀφθαι) sous le nom de *stomatite aphtheuse*, désignation qui n'est pas rigoureusement exacte, car la stomatite n'est ici qu'un élément secondaire. La dénomination de *fièvre aphtheuse* serait peut-être mieux appropriée à cette maladie. Dans les cas bénins, qui sont, de beaucoup, les plus nombreux, les prodromes font défaut; sur la muqueuse