

également eu l'occasion de voir une femme de 52 ans que je n'ai pu examiner assez complètement pour me prononcer sur la probabilité de l'hystérie, et qui avait été atteinte, pendant la nuit précédente, d'une tuméfaction œdémateuse énorme de la langue, sans phénomènes douloureux ni inflammatoires. Moins d'une journée après le début, l'œdème avait déjà presque disparu : la malade parlait à peu près correctement quand je la vis dans la soirée, alors que le matin elle ne pouvait articuler un mot et respirait à peine.

Ces faits sont susceptibles d'être rapprochés de ceux que M. Gilbert Ballet, puis M. Galliard et d'autres, ont observés et publiés sous le nom d'*œdème aigu suffocant de la luvette*. Ce sont évidemment des angio-neuroses, mais ils présentent de notables différences avec l'urticaire œdémateuse et doivent en être distingués<sup>(1)</sup>.

**Hémorragies.** — En dehors des traumatismes et des tumeurs, les hémorragies buccales sont assez rares. Elles se produisent presque constamment au niveau du sillon gingivo-dentaire. C'est chez les hémophiliques qu'on les observe le plus souvent ; mais on les voit encore dans la leucémie et la pseudo-leucémie, dans le scorbut, et parfois aussi dans le cours du diabète. Des hémorragies buccales sous-muqueuses peuvent se produire dans le purpura, quelle que soit sa cause, ou encore chez les malades atteints d'endocardite ulcéreuse. L'hémorragie n'est pas rare chez les nouveau-nés atteints de débilité ou de syphilis congénitale.

Le pronostic de ces diverses variétés d'hémorragie varie suivant leurs causes. Indépendamment du traitement causal, bien souvent impuissant, les hémorragies buccales commandent l'emploi des différents moyens hémostatiques applicables à chaque cas.

### CHAPITRE III

#### STOMATITES

**Définition et classification.** — On doit comprendre sous la dénomination commune de *stomatites* toutes les infections de la cavité buccale déterminant des altérations anatomiques de la membrane muqueuse. Comme toutes les infections localisées, les stomatites, primitives ou secondaires, peuvent être non spécifiques ou spécifiques ; c'est-à-dire que les unes sont liées au développement et au fonctionnement, dans la cavité buccale, de micro-organismes divers, dont quelques-uns, pathogènes mais sans spécificité, peuvent vivre dans la bouche de sujets sains sans y produire aucune lésion de la muqueuse ; tandis que chacune des autres est le résultat de l'action d'un microbe particulier, pathogène et spécifique, qui, en arrivant à la muqueuse buccale, y causera, s'il s'y développe, une affection à évolution déterminée.

Jusqu'à ces derniers temps, il a été classique en France de ne décrire comme stomatite non spécifique, dans les traités de pathologie médicale, que la stoma-

<sup>(1)</sup> Consulter l'article de M. COURTOIS-SUFFIT, sur l'œdème aigu ; *Gazette des hôpitaux*, 30 août 1890.

tite catarrhale vulgaire, érythémateuse ou pultacée, aiguë, subaiguë ou chronique, qui se développe assez fréquemment aux divers âges de la vie sous l'influence de causes multiples et banales : la dentition, l'évolution de la dent de sagesse, les diverses lésions dentaires et alvéolaires, la malpropreté de la bouche, l'ingestion ou l'introduction dans cette cavité de substances irritantes. On a toujours exposé séparément, comme une espèce spéciale, la stomatite mercurielle (en la considérant simplement comme un résultat de l'action sur la muqueuse buccale et les tissus sous-jacents du mercure éliminé par la salive) et fait rentrer toutes les autres stomatites ulcéreuses, sauf celles dues à la syphilis, à la tuberculose et à quelques autres maladies infectieuses à spécificité non douteuse, dans le cadre de la stomatite ulcéro-membraneuse endémo-épidémique, considérée, depuis les travaux de Rilliet et Barthez et surtout ceux de J. Bergeron, comme une maladie infectieuse spécifique. Récemment, M. Galippe<sup>(1)</sup> a repris la question des gingivo-stomatites et s'est efforcé de démontrer, par l'étude des conditions étiologiques et de l'évolution des symptômes, qu'il n'y avait pas lieu d'établir une distinction entre les diverses espèces de stomatites, qu'il désigne par le terme générique de *gingivo-stomatites infectieuses*. Pour lui, tous les accidents buccaux, liés aux intoxications, ou survenant par suite de lésions dentaires, sont d'ordre infectieux, et ce n'est qu'en forçant les faits qu'on peut établir des signes cliniques distinctifs entre les stomatites d'étiologie différente. Le mercure, le plomb, le bismuth n'ont qu'une action prédisposante, qui facilitera l'infection, de même qu'une lésion locale de la bouche. La stomatite ulcéro-membraneuse est liée à l'évolution dentaire. Toutes ces affections sont de nature infectieuse, polymicrobiennes, sans spécificité. L'antisepsie locale en a raison, et le sublimé en solution faible (1 pour 4000) réussit aussi bien dans la stomatite mercurielle que dans les stomatites ulcéreuses se développant chez les individus qui n'ont jamais pris de mercure. Les opinions que soutient M. Galippe sont appuyées sur les arguments les plus solides ; elles sont tout à fait d'accord avec les idées actuelles sur la genèse des inflammations des membranes muqueuses ; et, en ce qui concerne l'étiologie et la pathogénie, elles me paraissent devoir être adoptées presque sans réserve, d'autant mieux que la thérapeutique qui en dérive donne des résultats remarquables.

Est-ce à dire qu'il convienne de réunir dans une description d'ensemble toutes les variétés de stomatites ? Je ne le pense pas. Malgré l'identité de la pathogénie, et bien que des stomatites d'étiologie un peu différente puissent présenter beaucoup de caractères communs, il n'en est pas moins vrai que les stomatites, comme les angines, se présentent à l'observation, dans la majorité des cas, sous des apparences répondant à certains types cliniques différents. C'est pourquoi, me conformant à l'usage, j'étudierai d'abord la *stomatite catarrhale* vulgaire, que des lésions ulcéreuses et envahissantes peuvent compliquer dans quelques cas ; et laissant de côté la stomatite mercurielle, dont l'histoire a été faite dans la partie de cet ouvrage qui traite des intoxications, je décrirai ensuite la *stomatite ulcéro-membraneuse* (type Rilliet et Barthez-J. Bergeron). Puis je terminerai l'histoire des stomatites non spécifiques, ou à spécificité faible ou douteuse, par la gangrène de la bouche ou *noma*.

Parmi les stomatites nettement spécifiques, je ne décrirai ici que les stomatites *aphteuse* (aphtes, fièvre aphteuse), et *crèmeuse* (muguet). La stomatite

<sup>(1)</sup> GALIPPE, *Journal des connaissances médicales*, 1890, passim.

diphthérique sera étudiée avec la diphthérie; les stomatites syphilitique et tuberculeuse le seront aussi, avec les affections pharyngées et laryngées de même nature, dans un autre volume de cet ouvrage. Quant aux stomatites spécifiques des maladies générales infectieuses (fièvres éruptives, etc.) et aux déterminations buccales des dermatoses, elles ont été décrites avec ces différentes maladies, et je n'ai pas à y revenir.

## I

## STOMATITE CATARRHALE

**Symptômes.** — La stomatite catarrhale est généralisée à toute la muqueuse ou limitée à une partie de la cavité buccale. Le début est le plus souvent assez rapide et caractérisé par un état de sécheresse de la muqueuse, par la viscosité du mucus buccal, précédant la salivation, qui ne tarde pas à se montrer avec une abondance variable. La muqueuse devient le siège d'une rougeur uniforme, ou de plaques rouges au niveau desquelles on voit bientôt se former un revêtement pullacé blanchâtre, opalin, lié à la desquamation épithéliale. En même temps toute la muqueuse buccale se tuméfie et devient légèrement œdémateuse: la langue, la face interne des joues et des lèvres, gardent l'empreinte des dents avec lesquelles elles sont en contact. On voit souvent apparaître de petites érosions en certains points, surtout sur les gencives et lorsqu'il existe une lésion dentaire. La bouche devient chaude et douloureuse. L'haleine prend une odeur fétide, surtout accusée après le sommeil. Les phénomènes douloureux sont alors très marqués, et la mastication ou la déglutition les exagèrent. D'ailleurs, il existe d'ordinaire de l'inappétence. Les ganglions sous-maxillaires sont souvent légèrement engorgés.

Les phénomènes généraux sont des plus variés. Dans les cas simples et traités de bonne heure, l'évolution est rapide et les symptômes généraux n'apparaissent pas, ou se réduisent à un peu de malaise avec ou sans un léger état fébrile. Dans d'autres conditions, au contraire, la lésion buccale peut devenir la porte d'entrée d'une inflammation phlegmoneuse voisine parfois très grave (angine de Ludwig, adéno-phlegmon), ou d'une infection générale d'emblée, ainsi que MM. Brissaud, Galippe et d'autres auteurs encore en ont rapporté des exemples. On a relaté des cas de méningite, d'endocardite septique, consécutives à une stomatite catarrhale. Ces faits n'ont pas lieu de surprendre, car on sait que toute solution de continuité des téguments peut devenir la porte d'entrée d'une infection grave, surtout lorsqu'elle se produit dans une cavité qui renferme toujours, même chez les individus en bonne santé, une foule de micro-organismes, parmi lesquels plusieurs sont pathogènes.

L'évolution de la stomatite peut être très rapide; mais, lorsque les causes d'inflammation persistent, les lésions dentaires surtout, et lorsque l'affection est abandonnée à elle-même, elle peut prendre une marche subaiguë ou chronique, avec poussées aiguës successives.

Les malades atteints de mal de Bright, avec accidents urémiques à marche lente caractérisés par la prédominance des troubles digestifs (urémie à forme gastro-intestinale), sont sujets à des stomatites subaiguës, parfois érythématopullacées, et ne paraissant pas différer notablement des stomatites communes,

mais pouvant devenir ulcéreuses plus ou moins rapidement. Les ulcérations n'ont aucune localisation spéciale; on les voit surtout sur les gencives, puis sur la face interne des joues et des lèvres. Elles sont variables d'étendue et de forme; tantôt très superficielles, linéaires, en coup d'ongle, quelquefois plus profondes, ovalaires, à bords irréguliers, à fond gris sale, garni d'une couche mince d'un enduit caséux. Aux gencives, elles peuvent donner lieu à des décollements au pourtour des dents, qui sont ébranlées. La salivation est excessive. Ces ulcérations peuvent gagner en profondeur, causer des délabrements notables et donner lieu par elles-mêmes à une adynamie profonde; mais, si les symptômes urémiques concomitants disparaissent, elles peuvent aussi guérir, en laissant après elles des traces cicatricielles variables. M. E. Barié<sup>(1)</sup>, qui a signalé ces stomatites des urémiques, pense qu'elles sont d'ordre toxique, et dues à l'élimination des poisons urinaires par les glandes bucco-salivaires. Mais il est très probable que le rôle de ces substances toxiques se borne à modifier le terrain et à permettre aux microbes de la bouche de déterminer une stomatite infectieuse.

Chez les diabétiques, on observe très souvent une variété de stomatite chronique caractérisée surtout par des lésions gingivales et alvéolaires qui amènent la chute des dents au bout d'un certain temps. L'haleine est fétide, la muqueuse buccale rouge, dépolie, la langue fendillée; la sécheresse habituelle de la bouche et la viscosité de la salive aggravent encore les symptômes. S'agit-il toujours ici, comme chez les urémiques, de lésions banales, attribuables surtout au fâcheux privilège des tissus des diabétiques d'être un milieu de culture essentiellement favorable aux divers micro-organismes? ou bien, indépendamment des stomatites vulgaires des diabétiques, existe-t-il une *gingivite diabétique*, affection spéciale? Les observations de M. Fouquet (du Caire)<sup>(2)</sup>, ancien préparateur du professeur Balbiani au Collège de France, tendraient à justifier dans une certaine mesure cette dernière opinion, qui, si elle était confirmée, éclairerait singulièrement la question à peine ébauchée encore de la contagiosité du diabète. M. Fouquet, ayant eu l'occasion d'observer, dans ces dix dernières années, de nombreux cas de diabète, dit « conjugal », principalement dans les familles syriennes, s'était posé, dès le début, la question de la possibilité de la contagion. Or, il a pu voir, plusieurs fois, le second conjoint être atteint de gingivo-stomatite très marquée avant l'apparition de la glycosurie, alors que le premier, déjà diabétique, avait depuis longtemps une stomatite intense. Il s'est dès lors demandé si, en pareil cas, la glycosurie n'était pas un fait secondaire, et si la maladie primitive, *contagieuse*, n'était pas la stomatite infectieuse, causée par des microbes capables de produire le symptôme glycosurie, soit par leur propagation au tube digestif et aux glandes annexes (pancréas, foie), soit par l'action des toxines qu'ils sécrètent, ou par tout autre mécanisme à déterminer. M. Fouquet a étudié, dans le but d'élucider la question, les liquides recueillis au collet des dents déchaussées, après compression de la gencive. Il y a trouvé, bien entendu, des micro-organismes en grand nombre, mais ni ses examens microscopiques, ni ses essais de cultures et d'inoculations à quelques animaux, ne lui ont permis de formuler des conclusions. Il importe d'ailleurs de remarquer qu'en dehors du diabète, la contagiosité de la gingivite arthrodentaire a été reconnue par plusieurs autres observateurs, M. Galippe entre

(1) E. BARIÉ, La stomatite urémique; *Archives générales de médecine*, 1889.

(2) Communication écrite.

autres. M. P. Le Gendre<sup>(1)</sup> cite aussi le cas d'une femme galante dont la bouche avait toujours été saine, et qui vint à perdre ses dents après avoir pris un protecteur atteint lui-même de gingivite expulsive. On comprendra l'intérêt que présenteraient les examens réitérés et attentifs des urines dans les cas de ce genre.

**Étiologie.** — Chez les enfants, l'éruption des dents est la principale cause déterminante des stomatites. De même, l'évolution de la dent de sagesse la provoque aussi très fréquemment chez l'adulte. L'état congestif des gencives qu'on observe à ce moment agit sans nul doute en amoindrissant la force de résistance des tissus, qui deviennent alors incapables de lutter contre le développement des micro-organismes sans réaction inflammatoire et lésions consécutives.

L'usage du tabac à chiquer et même à fumer, de mets trop chargés de poivre et autres épices, d'aliments ou de boissons trop chauds, peut, par suite de l'irritation continue ou répétée que ces substances provoquent, favoriser le développement des stomatites subaiguës ou chroniques. Celles-ci peuvent même reconnaître pour principale cause la malpropreté habituelle de la bouche; mais dans la plupart des cas le principal rôle revient aux lésions dentaires (caries avec ou sans chicots offensifs) et alvéolaires (gingivites arthro-dentaires), foyers d'infection d'où celle-ci se propage facilement à la muqueuse voisine.

Les divers médicaments qui produisent les stomatites dites toxiques, la stomatite mercurielle entre autres, paraissent agir en diminuant la force de résistance de l'organisme vis-à-vis de certains micro-organismes. L'expérience relatée par M. Charrin<sup>(2)</sup> montre que l'administration interne du mercure peut avoir ce résultat, bien que le mercure soit un des plus puissants antiseptiques connus, et vient à l'appui des idées soutenues par M. Galippe sur la nature de la stomatite mercurielle. L'action du sucre ou des poisons urinaires contenus dans le sang des diabétiques ou des urémiques est analogue. D'ailleurs toutes les maladies générales, infectieuses, diathésiques, cachectisantes, favorisent l'apparition des stomatites. Les troubles gastro-intestinaux suffisent à donner lieu au catarrhe de la muqueuse buccale.

**Anatomie pathologique.** — L'examen des enduits pultacés y fait reconnaître des masses stratifiées de cellules épithéliales plates, à divers degrés de dégénérescence granulo-graisseuse, et, en quantité considérable, des amas de micro-organismes appartenant aux diverses espèces qu'on trouve ordinairement dans la bouche des sujets sains. Le pus de la gingivite arthro-dentaire renferme divers microbes de la suppuration. M. Galippe y a trouvé en outre deux micro-organismes non encore signalés, un diplocoque très petit prenant sur les cultures la forme d'un bâtonnet, et une bactérie. Il a constaté que tous deux étaient pathogènes, mais il n'a pu reproduire la maladie locale en les inoculant aux gencives des animaux.

Les lésions des ulcérations seront étudiées avec la stomatite ulcéro-membraneuse.

**Prophylaxie et traitement.** — On comprend le rôle préventif considérable de l'hygiène de la bouche, de l'usage des dentifrices antiseptiques et non irri-

<sup>(1)</sup> LE GENDRE, *Traité d'antisepsie médicale*, p. 185.

<sup>(2)</sup> Voyez au tome I<sup>er</sup>.

tants, de l'oblitération et de l'extraction des dents cariées; et l'intérêt qu'il y a à se préoccuper particulièrement de ces mesures chez les individus prédisposés déjà aux stomatites par des maladies générales, diathésiques ou autres.

La stomatite une fois déclarée, on prescrira des lavages fréquents avec des solutions antiseptiques : thymol, phénol à 1 pour 100, hydrate de chloral à 1 pour 100, sublimé à 1 pour 4000. S'il existe des érosions ou des ulcérations, les attouchements directs de ces lésions avec les solutions iodo-iodurées fortes, ou l'acide chromique, pourront être utiles. On prendra une attention particulière à ce que des lavages antiseptiques soient faits immédiatement après tous les repas, et même chaque fois que le malade aura bu, dans l'intervalle des repas.

## II

### STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE

**Symptômes et marche.** — La stomatite ulcéro-membraneuse débute tantôt par des phénomènes locaux, tantôt par des phénomènes généraux qui apparaissent avant que l'attention soit attirée sur l'état de la bouche, et peuvent même précéder les symptômes buccaux de trois ou quatre jours. Ceux-ci, d'abord, consistent le plus souvent dans une sensation de chaleur dans la bouche, ou une douleur limitée à un point de la muqueuse buccale. Lorsqu'on peut observer l'état de cette membrane dès le début de l'affection, on voit qu'elle est le siège d'une tuméfaction et d'une rougeur plus ou moins étendues. Sur la plaque érythémateuse, apparaissent rapidement une, puis plusieurs ulcérations. D'après J. Bergeron<sup>(1)</sup>, et ainsi que l'avait déjà dit Caffort<sup>(2)</sup>, l'ulcération est précédée par la formation d'une vésico-pustule ayant l'aspect d'une petite plaque jaune, de durée éphémère, et laissant à sa suite l'ulcération caractéristique. La constatation de cette vésico-pustule est d'autant plus difficile que l'affection débute ordinairement sur la gencive au niveau des dernières molaires. L'ulcération, circonscrite et superficielle au début, ne tarde pas à s'étendre en surface et en profondeur. Son fond est occupé par une masse pulpeuse, jaunâtre ou grisâtre, sorte de bouillie plâtreuse peu adhérente qui se détache facilement en laissant à sa place une surface saignante. Les bords de l'ulcère sont plus ou moins festonnés, irréguliers, déchiquetés, légèrement oedématiés. L'ulcération est entourée d'une zone légèrement tuméfiée, mais qui reste toujours souple et sans aucune induration. Sa forme varie suivant le siège qu'elle occupe; le plus souvent on la voit à la gencive inférieure. Le travail d'ulcération débute par le bord libre : il se forme tout d'abord un liséré grisâtre sécrétant une sérosité louche ou sanguinolente, puis l'ulcération gagne en profondeur et forme autour de la dent une dépression comblée par une bouillie grisâtre. Il est rare cependant de voir la dent complètement entourée par l'ulcération. Le dépôt de tartre sur la dent est beaucoup plus abondant qu'à l'état normal, et l'émail disparaît bientôt sous une couche rugueuse plus ou moins colorée.

A ces ulcérations gingivales correspondent presque toujours des ulcérations pariétales siégeant à la muqueuse de la face interne de la joue, sur une ligne

<sup>(1)</sup> *Recueil de mém. de méd. militaire*, 1858.

<sup>(2)</sup> *Arch. gén. de méd.*, 1852. — Voyez aussi RILLIET et BARTHEZ, *Traité des maladies des enfants*, 5<sup>e</sup> édition, par BARTHEZ et SANNÉ.