

autres. M. P. Le Gendre⁽¹⁾ 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⁽²⁾ 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-

⁽¹⁾ LE GENDRE, *Traité d'antisepsie médicale*, p. 185.

⁽²⁾ Voyez au tome I^{er}.

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⁽¹⁾, et ainsi que l'avait déjà dit Caffort⁽²⁾, 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

⁽¹⁾ *Recueil de mém. de méd. militaire*, 1858.

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

correspondant au point de contact des deux arcades dentaires. Elles ont en général une forme allongée, et leur étendue est des plus variables, car elles peuvent exister isolées ou se confondre par leurs bords. Enfin, dans la très grande majorité des cas, elles sont unilatérales, comme les lésions gingivales; et, d'après Bergeron, on les observe du côté gauche plus souvent que du côté droit.

Aux lèvres, et c'est surtout à la lèvre inférieure qu'on les voit, les ulcérations ne sont pour ainsi dire jamais isolées; elles coïncident avec les ulcérations gingivales ou gingivo-pariétales.

Les ulcérations linguales sont allongées, linéaires, et siègent surtout sur la face latérale de la langue en contact avec les ulcérations gingivales, avec lesquelles elles coexistent toujours, quand elles se produisent.

A la voûte palatine, l'ulcération se confond toujours par un point avec une ulcération du bord postérieur de la gencive. Elle peut atteindre des dimensions assez considérables.

Les ulcérations de l'amygdale et du voile palatin sont relativement rares: en pareil cas, les bords de l'ulcère sont boursoufflés et le fond paraît plus profond. En même temps que ces lésions unilatérales, il existe de l'injection et du catarrhe de tout l'isthme pharyngien. On peut d'ailleurs souvent constater cet état du pharynx sans qu'il ait été envahi par les ulcérations.

Dès le début des accidents locaux, la salivation se montre, abondante. Chez les enfants, la salive coule par les commissures; elle est sanieuse, quelquefois même sanguinolente, et elle détermine facilement l'érythème des surfaces sur lesquelles elle s'écoule. L'haleine devient d'une fétidité repoussante. L'engorgement des ganglions sous-maxillaires est constant, du côté des lésions. Il peut être peu accusé, mais dans certains cas très intenses il s'accompagne d'une tuméfaction de toute la région sous-maxillaire, et peut même devenir le point de départ d'un adhéno-phlegmon.

Les phénomènes douloureux sont ordinairement assez intenses: la plus légère pression au niveau des surfaces ulcérées détermine une vive souffrance. La douleur existe d'ailleurs spontanément, mais elle est fort exagérée par la mastication et la déglutition.

Les symptômes généraux sont en général peu marqués. Dans certains cas cependant, et particulièrement chez les enfants, la fièvre peut être assez vive et durer plusieurs jours, oscillant entre 38° et 39°, et même 39°,5. Il existe de la céphalalgie, de la prostration ou un simple malaise avec courbature, de l'anorexie, parfois des nausées, et, chez les enfants surtout, de la diarrhée. L'urine n'est pas albumineuse.

Dans la majorité des cas, l'évolution de la stomatite ulcéro-membraneuse est des plus simples. Après une période d'extension d'une durée variant de un à plusieurs septénaires, les ulcérations se limitent, leur fond se déterge, devient rouge, granuleux, et la cicatrisation se fait rapidement. Les ulcérations des lèvres, de la langue, de la face interne des joues, du palais et du pharynx disparaissent les premières; celles des gencives tardent davantage à guérir. Ce fait, qui s'observe surtout chez l'adulte, se lie vraisemblablement aux lésions dentaires plus fréquentes chez lui que chez l'enfant, et peut-être aussi à l'usage du tabac à fumer, lorsqu'il est repris prématurément, ce qu'il n'est souvent pas possible d'empêcher. En même temps que les ulcérations guérissent, les troubles fonctionnels disparaissent, l'état général devient meilleur et l'appétit renaît.

L'adénopathie sous-maxillaire persiste encore quelque temps après la disparition des lésions buccales.

La durée de la stomatite ulcéro-membraneuse, que les maladies aiguës intercurrentes ne modifient d'ailleurs pas dans sa marche, ne dépasse guère un à deux septénaires dans les cas ordinaires; mais parfois on l'a vue se prolonger longtemps, jusqu'à plusieurs mois, par une série de poussées successives ou de rechutes. On peut voir encore, dans certains cas rares observés chez des cachectiques et lorsque l'affection n'a pas été traitée (Bergeron, Damaschino), les ulcérations persister et affecter des allures chroniques, sans tendance à la guérison. Les dents peuvent alors se déchausser et tomber, et même le rebord alvéolaire peut être atteint de nécrose. On a pu voir aussi, autrefois, le noma venir compliquer l'affection; mais il s'agit là de faits exceptionnels.

Anatomie pathologique. — Les altérations histologiques ont été d'abord étudiées par Ch. Robin, J. Bergeron et le professeur Laboulbène⁽¹⁾; puis par MM. Cornil et Ranvier⁽²⁾, Damaschino⁽³⁾ et d'autres. La lésion est caractérisée par une infiltration diffuse du derme de la muqueuse par du pus et de la fibrine. La circulation est interrompue dans les vaisseaux capillaires comprimés par l'exsudat, et la partie altérée est vouée à l'élimination ulcéreuse qui succède à toute mortification. L'ulcération envahit les couches superficielles et profondes du chorion muqueux. Si l'on déterge le fond de l'ulcère, on voit s'en détacher des filaments irréguliers formés par des fibres élastiques, par des fibres de tissu conjonctif et par des vaisseaux modifiés et disséqués par la suppuration (Cornil et Ranvier). Il s'agit en somme d'une nécrose superficielle de la muqueuse, et non d'une fausse membrane. Aussi J. Bergeron a-t-il proposé la dénomination de *stomatite ulcéreuse spécifique* pour désigner cette affection, que Rilliet et Barthez avaient appelée *stomatite ulcéro-membraneuse*. Mais cette dernière appellation, bien qu'elle ne soit pas très exacte au point de vue histologique, est cependant préférable, parce qu'elle est moins compréhensive, s'applique à un type clinique particulier, et ne préjuge pas de la spécificité de la maladie.

Étiologie et nature. — La stomatite ulcéro-membraneuse s'observe surtout chez les enfants de quatre à huit ans, et elle est endémique dans les hôpitaux et asiles infantiles. On la voit en outre survenir épidémiquement dans les écoles. Les armées, les casernes, les agglomérations de jeunes gens, surtout de l'âge de 18 à 25 ans, sont encore assez fréquemment frappées d'épidémies de ce genre, tandis qu'il est rare d'observer la maladie chez les adultes de la population civile. Confondue d'abord avec la diphtérie buccale par Bretonneau, cette affection a été considérée plus tard, après les travaux de Rilliet et Barthez et surtout de J. Bergeron, comme une maladie infectieuse, spécifique et contagieuse. La contagiosité paraît en effet très probable; elle semble établie par une série de faits où elle paraît avoir eu pour instruments les cuillers et les verres à boire, et par les résultats positifs obtenus par Bergeron, qui s'est inoculé avec succès la maladie et a même ensuite contagionné un de ses parents. Mais la valeur des expériences de Bergeron n'a pas été confirmée par de nouvelles recherches ayant donné des résultats positifs, et la question ne peut être consi-

⁽¹⁾ LABOULBÈNE, *Traité d'anatomie pathologique*.

⁽²⁾ CORNIL et RANVIER, *Manuel d'histologie pathologique*.

⁽³⁾ DAMASCHINO, *Maladies des voies digestives*.

dérée comme résolue. Si l'affection est spécifique, on doit la considérer comme de faible spécificité. Si la contagion est possible, elle ne s'exerce guère que sur une muqueuse gingivo-génienne prédisposée par les phénomènes congestifs dus à la première dentition (Taupin), à l'éruption des grosses molaires (Guersent et Blache), ou à celles de la dent de sagesse (Catelan et Mayet); et le plus souvent chez des individus d'ailleurs débilités par l'encombrement, l'insuffisance de l'alimentation, les fatigues, le manque de soins hygiéniques, etc.

Le micro-organisme spécifique, s'il existe, est encore absolument inconnu. On trouve, dans le magma qui recouvre les ulcérations, des microbes extrêmement nombreux, parmi lesquels les spirilles dominant (Pasteur). M. Netter a recueilli et cultivé ces spirilles, mais n'a pu reproduire des ulcérations caractéristiques par l'inoculation des cultures pures. Frühwald⁽¹⁾ a étudié la microbiologie de la stomatite ulcéro-membraneuse dans onze cas, et retrouvé aussi des spirilles, avec des leptothrix, des coccus, des bacilles divers. Parmi eux, il a isolé un bacille dont les cultures dégagent une odeur de putréfaction analogue à celle de l'haleine des malades. Mais les inoculations de ces cultures ne lui ont pas donné de résultats positifs. M. Galippe pense que l'évolution dentaire n'agit pas seulement en préparant le terrain, mais encore en modifiant la virulence de microbes saprophytes végétant dans le tartre dentaire, qui deviendraient pathogènes en pullulant dans les liquides buccaux modifiés. Mais cette théorie n'est encore qu'hypothétique.

Diagnostic et pronostic. — Le diagnostic différentiel est des plus simples chez l'enfant. Il faut cependant penser à la stomatite catarrhale à forme pul-tacée que l'on observe parfois chez eux lors de l'éruption des dents, ou encore à la suite des oreillons. Mais l'enduit, souvent limité, que présente alors la muqueuse buccale, a une teinte opaline, et il s'enlève facilement avec le doigt en laissant au-dessous la muqueuse rouge, non saignante.

Chez l'adulte, en dehors des conditions épidémiques, il est plus difficile qu'on ne semble le croire de différencier la stomatite ulcéro-membraneuse des autres stomatites ulcéreuses. Les commémoratifs, l'unilatéralité de la lésion, l'aspect même des ulcérations, ne suffisent pas toujours à établir un diagnostic certain, et l'on ne doit pas oublier que des lésions locales (dentaires) et certaines infections secondaires(?), observées par exemple dans le cours de la blennorrhagie (Ménard), peuvent donner lieu à des lésions semblant identiques à celles de la stomatite ulcéro-membraneuse. L'efficacité du chlorate de potasse ne peut pas non plus servir de critérium, car elle est aussi nette dans les cas de stomatite mercurielle que dans ceux qui nous occupent.

Le pronostic de l'affection est sans gravité, au point de vue de la vie. Elle se termine toujours par la guérison lorsqu'elle est soignée convenablement. Mais les stomatites ulcéreuses intenses et prolongées peuvent amener une altération assez profonde de l'état général, surtout chez les enfants, parce qu'elles entravent l'alimentation et ne vont guère sans un certain degré d'auto-intoxication par déglutition de salive infectieuse et de détritits de l'ulcère buccal.

Prophylaxie et traitement. — Les moyens préventifs doivent consister à éviter les mauvaises conditions hygiéniques dans les agglomérations de jeunes

⁽¹⁾ FRÜHWALD, *Jahrbuch. f. Kinderheilk.*, 1889, p. 200. — Voyez aussi DAVID : *les Microbes de la bouche*, Paris, 1890.

gens et d'enfants, à prescrire des soins quotidiens de propreté de la bouche, à isoler les cas chaque fois qu'il s'en déclare et à stériliser par l'eau bouillante les objets mis en contact avec la bouche des malades.

Le traitement curatif le plus généralement employé consiste à administrer le chlorate de potasse à l'intérieur, à la dose de 2 à 6 grammes par jour suivant l'âge du malade, et à faire en même temps des lavages de la bouche avec des solutions aqueuses du même sel. Mais, pour n'être pas niable, l'efficacité de ce mode de traitement a été certainement exagérée. Il n'est pas douteux pour moi que les soins de propreté de la bouche qu'on applique avec minutie, conjointement avec l'administration du sel de Berthollet, dès que l'affection est reconnue, ne contribuent pour une large part à la guérison, vers laquelle la stomatite a d'ailleurs une tendance spontanée. Quoi qu'il en soit, j'ai obtenu dans un certain nombre de cas que j'ai été appelé à soigner chez des jeunes gens, la guérison rapide par un traitement purement local, consistant à faire des lavages prolongés plusieurs fois par jour, avec des solutions antiseptiques, et deux fois par jour l'attouchement des ulcérations avec un petit tampon de coton hydrophile légèrement imbibé d'une solution de sublimé dans l'eau distillée, à 1 ou 2 pour 1000.

Le malade doit être nourri avec des œufs peu cuits, du lait, du bouillon additionné de viande crue, des purées de légumes, tant qu'il y a de la dysphagie. On donne aussi de l'alcool, du café noir, des vins généreux. Pour prévenir les troubles digestifs, on doit instituer l'antisepsie intestinale suivant la méthode du professeur Ch. Bouchard. En cas de fièvre intense, on pourra s'adresser à la quinine ou à l'antipyrine; mais si l'antisepsie des surfaces du tube digestif est rigoureusement faite, on n'aura que rarement besoin d'y recourir.

III

GANGRÈNE BUCCALE — NOMA

Description. — Malgré l'absence des phénomènes douloureux, ce sont les lésions buccales qui tout d'abord attirent l'attention dans presque tous les cas. C'est une petite ulcération, siégeant à la face interne d'une joue, et qui a été précédée par une teinte violacée de la muqueuse et la formation d'une phlyctène. Au début, l'ulcération est arrondie et circonscrite, et son fond, d'une coloration grisâtre, est recouvert d'une couche de débris putrilagineux. Ses bords sont dessinés par un liséré saillant, de teinte livide. Elle s'étend rapidement en surface et en profondeur, et communique à l'haleine une fétidité gangreneuse qui, avant toute inspection, permet de faire le diagnostic. La salivation est très abondante; la salive présente la même fétidité que l'haleine; elle est plus ou moins sanieuse et sanguinolente.

A cette période de son évolution, l'affection peut rétrocéder si elle est traitée énergiquement. On a même vu la rétrocession se produire spontanément dans quelques cas. Mais presque toujours, si elle est alors abandonnée à elle-même, il se forme bientôt un noyau d'induration situé entre la muqueuse et la peau de la joue. Ce noyau, qui donne la sensation d'une nodosité dure lorsqu'on saisit la paroi buccale entre le pouce placé sur la joue et l'index introduit dans la bouche, peut parfois précéder l'ulcération et marquer le début de l'affection. On