

V

STOMATITE CRÉMEUSE — MUGUET

Le muguet est une affection parasitaire due à la présence d'un micro-organisme, le *saccharomyces albicans*. Comme, dans l'immense majorité des cas, elle siège à la bouche, on peut la décrire avec les stomatites, et lui conserver son ancien nom de stomatite *crémeuse*.

Description. — L'affection s'annonce par des modifications remarquables de la muqueuse buccale. Celui-ci devient rouge, mais d'une rougeur sombre, violacée, rarement vive. Cette coloration anormale débute par la pointe de la langue, puis se généralise à toute la surface de celle-ci, qui peut alors présenter un aspect à peu près identique à celui qu'elle a dans la scarlatine. La muqueuse rouge est sèche, rugueuse, visqueuse, vernissée; sur le dos de la langue, les papilles saillantes et non lubrifiées donnent à la muqueuse un aspect connu sous le nom de *langue de chat*. Toutes les parties malades offrent une réaction acide (Gubler). Leur température, contrairement aux assertions de certains auteurs, reste absolument normale (Parrot). A ce moment, les signes fonctionnels sont en général fort peu accusés; tout se résume dans une sensation de cuisson et de sécheresse. Chez les nouveau-nés, la succion est plus ou moins gênée.

Au bout de deux à trois jours, on voit apparaître les plaques caractéristiques. Celles-ci envahissent successivement le dos de la langue, sa pointe, ses bords, les joues, les lèvres, la voûte palatine et le voile; puis la face inférieure de la langue, et en dernier lieu le pharynx et les gencives. Discrètes, elles se présentent sous l'aspect d'un semis de petits points blancs, qu'on a comparés à des grains de semoule. Confluentes, elles forment des nappes plus ou moins étendues, et d'une blancheur remarquable.

Les caractères objectifs du muguet varient non seulement suivant son abondance, mais encore d'après son siège. A la langue, le dépôt crémeux est d'abord conique ou ombiliqué, puis étalé en un véritable tapis neigeux. Aux lèvres, il forme un enduit épais; aux joues il occupe surtout le triangle inter-maxillaire et offre un aspect cailleboté; au voile du palais et à la voûte palatine, il est lisse, et parfois circiné. Dans tous ces points sa couleur, d'un blanc éclatant au début, ne tarde pas à devenir d'un blanc sale, puis jaunâtre, enfin d'un gris noirâtre. Son adhérence diminue parallèlement; elle est du reste variable suivant les régions: très notable à la langue et au voile du palais, elle est remarquablement faible aux joues et aux lèvres.

La muqueuse sous-jacente aux plaques de muguet est rouge, elle peut même saigner si on la frotte avec un linge rude, mais elle n'est pas ulcérée. Lorsqu'on la débarrasse de l'enduit parasitaire qui la recouvre, celui-ci ne tarde pas à réapparaître, et cette réapparition se manifeste tant que la guérison n'est point définitive, tant que la muqueuse reste acide (Gubler).

Tels sont les caractères objectifs du muguet confirmé. A cette période les troubles fonctionnels varient suivant l'âge des sujets. Chez les nouveau-nés, la succion est de plus en plus gênée, et la déglutition paraît difficile; en même

temps, on observe des accidents dyspeptiques (vomissements, diarrhée, etc.) qui dépendent du syndrome *athrepsique* (Parrot) et non du muguet intestinal comme le pensait Valleix. Chez l'adulte, tout se borne le plus souvent à une sensation de sécheresse et de corps étranger grenu assez désagréable. Enfin chez les vieillards, et particulièrement chez les vieux urinaires, il existe une dysphagie buccale intense, surtout marquée pour les aliments qui ont besoin d'être soumis à la mastication et à l'insalivation (F. Guyon).

Le muguet offre une évolution des plus variées. Dans le premier âge, il se présente à cet égard sous deux formes absolument différentes: la forme légère et la forme grave. La première ne se voit que chez les nourrissons robustes, elle coexiste avec des coliques, de la diarrhée, de l'érythème fessier, éphémères comme la lésion buccale. La seconde accompagne l'athrepsie avancée. Il s'agit alors d'enfants cachectiques, émaciés, d'un teint livide et terreux, atteints de vomissements et de diarrhée incoercibles. Le ventre est ballonné, les régions fessières et crurales postérieures sont le siège d'une rougeur sombre diffuse. L'algidité ne tarde pas à apparaître et la mort à survenir. Il va sans dire que c'est par abus de langage qu'on dit muguet *léger* et muguet *grave*; le muguet des nourrissons, comme celui des vieillards, n'est qu'un épiphénomène: on meurt avec lui et non par lui. Sous ce rapport, il mérite d'être rapproché de la phlegmatia, des parotides, autres stigmates des cachexies.

Étiologie et nature. — Le muguet peut se rencontrer à tous les âges de la vie, mais il est surtout fréquent chez les nouveau-nés, notamment chez les athrepsiques (Parrot). Chez les adultes, il ne se voit guère que dans les affections cachectisantes ou au cours des maladies infectieuses graves (tumeurs malignes, diabète, tuberculose, pneumonie, fièvre typhoïde, puerpérisme, etc.). Enfin, il est assez commun chez les vieillards, principalement chez les vieux urinaires (prostatiques, rétrécis). C'est à la bouche qu'il apparaît le plus souvent; cependant il n'est pas exceptionnel de le voir débiter par le pharynx (Duguet, Damaschino).

D'abord confondu avec les autres affections de la bouche, le muguet a été ensuite considéré pendant longtemps comme une stomatite exsudative. C'est Berg qui le premier en 1842 a reconnu sa nature parasitaire. Puis M. Gruby a étudié le microphyte parasite, auquel il a donné le nom d'*aphthophyta*. Ensuite Gubler a montré l'influence de l'acidité buccale sur le développement de l'organisme du muguet. Mais c'est à Ch. Robin qu'on doit la première description du parasite, dénommé par cet auteur *oidium albicans*. M. Quinquaud, dans une étude ultérieure, proposa de créer pour l'oidium un genre spécial de champignons, les *syringosporés*, et de l'y faire rentrer sous le nom de *syringospora Robinii*. De plus, M. Quinquaud cultiva le parasite sur divers milieux, et vit pour la première fois les formes de levure qu'il peut présenter. Dans ces dernières années enfin, la question a fait un pas capital, grâce aux travaux de M. Audry, qui a établi définitivement qu'il s'agit d'une levure, le *saccharomyces albicans*.

Lorsqu'on examine au microscope une plaque de muguet, on voit qu'elle est constituée, d'une part, par des cellules épithéliales appartenant au type pavimenteux, presque toutes en état de dégénérescence granuleuse, et d'autre part, par le parasite. Celui-ci se montre formé de filaments entre-croisés, considérés par les anciens auteurs comme un mycélium typique de champignon, et de cor-

puscules arrondis, auxquels les mêmes auteurs attribuaient la valeur de véritables spores. On rencontre également dans les plaques de muguet, divers autres parasites d'un ordre plus ou moins élevé, entre autres le *leptothrix buccalis*. Depuis les recherches de M. Audry⁽¹⁾, on connaît très exactement la nature et l'évolution du parasite du muguet, et l'on peut s'expliquer que les auteurs qui l'ont précédé aient fait du muguet une véritable mycose. Voici le résumé de ces intéressantes recherches :

Cultivé sur gélatine, le saccharomycès donne des colonies ressemblant à de petites perles d'un blanc pur. Les colonies sont un peu exubérantes et ne liquéfient pas le milieu de culture. Sur gélose, le développement est plus rapide, ce qui tient certainement à ce fait que l'agar peut être mis à l'étuve à 55°. Ici les colonies sont lisses, étalées. Sur pomme de terre, le parasite donne de petits groupes saillants d'un blanc sale, tacheté de noir par places. Le milieu de culture sur lequel il revêt son aspect le plus caractéristique est la carotte cuite, stérilisée d'après le procédé de M. Roux. On obtient en quarante-huit heures une belle culture d'un blanc immaculé tranchant sur le fond rouge de la carotte. Dans toutes ces cultures sur milieux solides, l'examen histologique montre le saccharomycès sous forme de cellules rondes ou irrégulières, isolées ou accolées, revêtues d'une membrane d'enveloppe épaisse et réfringente qui ne prend point les matières colorantes, à l'inverse du protoplasma. Ça et là quelques éléments offrent les indices d'une reproduction par bourgeonnement, caractère pathognomonique des levures.

Tout autre se présente le microphyte lorsqu'on le cultive dans des milieux liquides. Les cellules s'allongent de plus en plus à mesure que la culture se développe, et l'on assiste à la mycéliation. Au bout de quelques jours, l'aspect est tout à fait typique, et rappelle ce qu'on observe à l'examen des plaques de muguet : ce sont de longs filaments entremêlés de cellules ovalaires très abondantes. Si, au lieu de bouillon, on s'est servi de vin stérilisé, on n'obtient guère que des filaments. Ceux-ci, reportés sur un milieu de culture solide, ne donnent naissance qu'à des corps arrondis.

Cette évolution du parasite est des plus curieuses, et la connaissance de ce polymorphisme apparent fait aisément comprendre pourquoi le muguet avait été simplement considéré comme formé d'un mycélium et de spores. En réalité, ainsi que l'ont démontré MM. Roux et Linossier⁽²⁾, les vraies spores n'apparaissent que sur un liquide minéral sucré (liquide de Nœgeli). Elles se présentent sous l'aspect de sphères situées à l'extrémité d'un chapelet de levures volumineuses et gorgées de glycogène. Ces sphères sont désignées sous le nom de clamydospores, et la spore véritable s'en échappe par déhiscence lorsqu'on dilue le liquide. Ces clamydospores paraissent être les seules formes durables du muguet.

Un point, également important, qui ressort encore des recherches de M. Audry, c'est l'inutilité d'un milieu acide : dans les cultures artificielles, le parasite pousse aussi bien sur les milieux neutres ou légèrement alcalins que sur les milieux acides. Ceci n'infirmé en rien les faits cliniques, mais diminue l'importance théorique du rôle attribué par Gubler à l'acidité buccale.

MM. Roux et Linossier ont étudié avec beaucoup de sagacité les conditions

⁽¹⁾ AUDRY, *Revue de médecine*, 1887.

⁽²⁾ ROUX et LINOSSIER, *Archives de médecine expérimentale*, janvier et mars 1890. — Les mêmes, *Bull. de la Société chimique*, décembre 1890.

étiologiques de l'apparition du muguet chez l'homme. Il résulte des recherches de ces auteurs que le parasite ne peut être cultivé dans la salive ; et l'absence de la salive dans la bouche humaine est en effet une condition favorable à son développement, puisqu'on observe surtout le muguet pendant les deux premiers mois de la vie, alors que la sécrétion salivaire n'a pas encore commencé, et dans le cours de la fièvre typhoïde, de la fièvre hectique, de la cachexie urinaire, où la sécheresse buccale est à peu près constante. Le lait, qui constitue habituellement l'aliment de ces malades, n'est pas davantage un milieu favorable au développement du muguet ; il faut que ce lait subisse pendant la stase intrabuccale, une fermentation préalable, pour devenir un milieu dans lequel le parasite végète. On est donc bien amené à voir dans l'éclosion du muguet un phénomène secondaire et consécutif à une première fermentation microbienne. Ces faits expliquent d'ailleurs facilement la stomatite érythémateuse qui précède habituellement le muguet, ainsi que l'acidité de la bouche à laquelle Gubler avait donné tant d'importance.

Quels sont maintenant les points de l'organisme où peut se développer le saccharomycès ? D'une façon générale, on peut dire que le muguet ne se développe que sur les muqueuses à épithélium pavimenteux et qu'il s'arrête au niveau des épithéliums cylindriques. Son siège de prédilection est la langue, où il se montre d'ordinaire limité au revêtement épithélial, mais dont il peut aussi envahir le derme muqueux. Puis vient le pharynx. Dans cette région, le muguet s'étend plus ou moins, mais il s'arrête au niveau de l'orifice postérieur des fosses nasales, et il n'atteint non plus le larynx que très exceptionnellement et au niveau des cordes vocales inférieures. Souvent, chez les nouveau-nés surtout, l'œsophage est envahi par le parasite. Celui-ci ne dépasse généralement pas la tunique muqueuse. Il s'arrête au niveau du cardia, où il forme un feston caractéristique. Mais, contrairement à l'opinion de Reubold, le muguet peut cependant se voir à la surface de la muqueuse stomacale, où il revêt l'aspect d'efflorescences jaunes, ombiliquées, favoïdes ; dans les cavités mêmes des glandes gastriques, et dans la couche sous-muqueuse (Parrot). Le cæcum, lui aussi, offre parfois des plaques jaunes, adhérentes, constituées par le parasite. Parrot, qui a fait une étude remarquable de la généralisation du muguet chez les athrèptiques, ne l'a jamais rencontré à l'anus ni à la vulve. Par contre, il l'a vu au larynx, et jusque dans le poumon. Les faits expérimentaux de Klemperer, Roux et Linossier, les observations anatomiques de Virchow, Wagner et plus récemment Schworl, prouvent que dans certaines conditions très rarement réalisées le parasite du muguet peut pénétrer dans les vaisseaux, et par la circulation faire une infection générale ; on l'a trouvé, en pareil cas, dans divers parenchymes (rate, reins)⁽¹⁾.

Le muguet se développe à la suite d'une contamination. Celle-ci se fait le plus ordinairement par le biberon et le sein des nourrices (nouveau-nés), mais le mode de contagion des adultes n'est pas encore bien établi. Elle n'est pas douteuse cependant ; et d'ailleurs on a relaté de véritables épidémies hospitalières.

Diagnostic. — Le muguet est une affection qui demande à être recherchée, notamment chez l'adulte. Les caractères objectifs en rendent le diagnostic facile ; toutefois, l'examen microscopique devra toujours être pratiqué dans les

⁽¹⁾ Consultez l'article de M. ACHALME, *Gazette des hôpitaux*, 25 avril 1891.

cas embarrassants. Chez les nouveau-nés, on pourrait prendre pour du muguet des *grumeaux de lait* séjournant à la surface de la muqueuse buccale, mais ceux-ci s'enlèvent facilement, ne se reproduisent pas une fois enlevée, siègent sur une muqueuse saine, et se voient plutôt à la partie postérieure de la langue. Les *amas épithéliaux* diffèrent du muguet par leurs caractères histologiques et leur topographie (palais, gencives). Les aphtes sont consécutifs à une éruption vésiculeuse et sont constitués par des exulcérations véritables recouvertes d'une fine pseudo-membrane. Les *kystes épidermoïdes* sont isolés, limités au palais; le râclage ne peut les enlever. Enfin la *stomatite diphtérique* se distingue par ses fausses membranes grisâtres, adhérentes, consistantes, et par l'adénopathie sous-maxillaire concomitante.

Pronostic et traitement. — Le muguet n'offre guère de gravité par lui-même, mais c'est un stigmate de cachexie, et un signe pronostic important pour les affections sur lesquelles il se greffe.

On évitera son apparition par une hygiène buccale rigoureuse. On en combattra la présence par les gargarismes alcalins (eau de Vichy) et surtout par les collutoires boraciques. Le borax est le véritable antiseptique du *saccharomyces albicans*. M. Audry a démontré en effet, dans ses recherches, que l'addition de borax aux milieux de culture empêche le développement du parasite. Dans les cas graves et tenaces, on pourra avoir recours à la solution de sublimé au millième.

CHAPITRE IV

LÉSIONS SUPERFICIELLES DE NATURE INCONNUE

Je décrirai dans ce chapitre deux affections buccales dont la nature n'est pas encore connue, et qui ont été jusqu'ici étudiées surtout par les dermatologistes. Comme l'histoire n'en a pas été faite dans la partie de cet ouvrage qui traite des maladies cutanées, elle trouvera sa place ici.

I

DESQUAMATION ÉPITHÉLIALE DE LA LANGUE

SYNONYMIE : Pityriasis lingual (RAYER); État lichénoïde de la langue (GUBLER); Glossite exfoliatrice marginée (FOURNIER, LEMONNIER); Eczéma en aires ou eczéma marginé desquamatif (E. BESNIER); Eczéma de la langue (P. DE MOLÈNES) (1).

Description. — La *desquamation en aires* de la langue peut se rencontrer à tout âge et chez les individus des deux sexes; mais elle paraît cependant beaucoup plus fréquente pendant les trois premières années de la vie. Il est dès lors assez rare qu'on puisse observer l'affection à son début. Mais comme on voit

(1) Consultez le travail de P. de MOLÈNES, *Archives de laryngologie*, décembre 1889 (Bibliogr.).

souvent sur la même langue des plaques de desquamation aux différentes époques de leur évolution, on peut reconstituer le développement de la lésion.

Sur la muqueuse saine, il se forme une petite papule à peine saillante, légèrement aplatie, formant sur le fond rouge une tache rosée ou de coloration gris blanchâtre. Au centre de cette tache circulaire, se produit une petite aire à desquamation très fine, et elle-même s'élargit rapidement, la périphérie constituant un liséré qui précède la desquamation dans sa marche envahissante. Le liséré présente une coloration blanchâtre, et des contours réguliers ou légèrement polycycliques. Son épaisseur est de 1 à 2 millimètres. Sa largeur est variable, et difficile à déterminer. En effet, du côté de l'aire desquamative il est nettement délimité par un bord taillé à pic, tandis que du côté de la muqueuse saine il se confond insensiblement avec celle-ci. Ce liséré, au niveau duquel les papilles sont légèrement tuméfiées, décrit une courbe dont la concavité embrasse l'aire desquamative, tandis que la convexité regarde le bord de la langue. Lorsqu'il l'atteint, il est exceptionnel de le voir se continuer sur la face inférieure (L. Guinon). Le liséré n'entoure jamais complètement l'aire desquamative, si ce n'est au début. Plus tard, il affecte toujours la forme d'un croissant limitant le bord interne de l'aire. Celle-ci présente une forme ovale, dont la coloration est rouge foncé au voisinage immédiat du liséré, alors que plus en arrière elle devient rose pâle, pour acquérir insensiblement la coloration de la muqueuse saine. Au niveau de cette aire, on constate, à la loupe, une fine desquamation. Les papilles fungiformes seules persistent, formant de petites saillies rouges, hémisphériques, turgescents. Cette surface ne présente pas trace de sécrétion anormale.

La plaque de desquamation débute toujours au voisinage du bord de la langue; elle s'agrandit assez rapidement, et double de largeur en deux jours. Plusieurs plaques peuvent apparaître sur la langue successivement ou simultanément. Dans ce dernier cas, on peut voir la langue dépouillée en 5 ou 6 jours. Un fait remarquable, auquel nous avons déjà fait allusion, est la limitation du processus à la face dorsale de la langue. Jamais non plus on ne voit de plaques de desquamation sur la muqueuse gingivale ou à la face interne de la joue. Ces constatations sont importantes au point de vue du diagnostic.

Une autre forme de desquamation épithéliale de la langue qui se rapproche beaucoup de la précédente, bien que l'aspect de la lésion soit un peu différent, est celle que MM. Bergeron et Gautier ont désignée sous le nom de *desquamation à découpures nettes*, ou de *langue en carte géographique*. On ne sait pas comment la lésion débute dans ces cas; mais, une fois constituée, la plaque de dénudation est d'un rose vif, avec un piqueté rouge formé par les papilles saillantes. Elle est unique et a, en général, une étendue assez considérable. Les bords sont taillés à pic, sinueux, très irréguliers.

La durée de la desquamation en aires de la langue est très variable. L'affection peut se prolonger pendant plusieurs semaines, par la production d'une série de poussées successives, et c'est ainsi que les choses se passent le plus fréquemment. Ces poussées successives peuvent se suivre de très près et se produire aux mêmes points, de telle sorte qu'on puisse constater une série de lisérés concentriques rappelant la disposition de l'herpès en cocarde. Au bout d'un temps variable, la migration du liséré s'arrête, la plaque devient de moins en moins nette, et elle disparaît enfin complètement.

Les troubles fonctionnels qui accompagnent la desquamation épithéliale de