

munes capables d'engendrer l'affection. Toutefois on comprend que des enfants frappés en grand nombre puissent constituer pour d'autres enfants sains un foyer d'infection; aussi la prudence conseille-t-elle de disséminer le plus possible les individus.

Le muguet, pour naître, exige-t-il encore une condition spéciale? M. Gubler a émis, dans ces derniers temps, l'opinion que l'*oidium albicans* ne pouvait se développer que lorsque les liquides de la bouche cessent d'être alcalins et deviennent, sous certaines influences morbides, habituellement acides (1). L'acidité de la bouche est certainement un fait très-ordinaire chez ceux qui sont atteints de muguet, du moins lorsque la maladie est à sa période ascendante ou à sa période d'état. Cependant on a objecté que l'acidité de la bouche existe habituellement chez un certain nombre d'individus, sains ou malades. M. le docteur Seux paraît avoir établi, en outre, que c'est l'état normal des nouveau-nés en bonne santé; de sorte que l'acidité des sécrétions buccales pourrait bien jouer le rôle de cause prédisposante, sans acquérir jamais l'importance d'une cause nécessaire à la manifestation de la maladie.

**Traitement.** — Dans la première période, les malades feront usage de collutoires émollients. Mais, comme les enfants ne peuvent se gargariser, on touchera les parties malades avec un pinceau imbibé de liquides appropriés. Plus tard, lorsque la bouche est recouverte d'une exsudation épaisse, consistante, on ajoute au liquide un quart de liqueur de Labarraque, ou bien un acide végétal, comme du vinaigre ou du citron. Préférablement aux acides, Guersant conseillait les solutions d'alun plus ou moins étendues; la plupart vantent celles de borax, dont j'ai moi-même constaté toute l'efficacité dans les nombreux muguets que j'ai vus chez les nouveau-nés à l'hôpital Saint-Antoine. M. Gubler pense que ce sel agit à titre de substance alcaline, en changeant les qualités du milieu qu'il croit nécessaire au développement de la maladie; aussi conseille-t-il, au même titre, les autres alcalins, et en particulier l'eau de Vichy.

Les gargarismes et les attouchements du pinceau suffisent, le plus souvent, pour détacher les fausses membranes; mais il en est qui sont très-adhérentes; celles-là ne devront être ni tirillées, ni arrachées violemment, car ces manœuvres exciteraient de la douleur et augmenteraient l'inflammation.

On a aussi opposé au muguet le chlorate de potasse que nous verrons bientôt être si efficace dans la stomatite ulcéro-membraneuse; mais dans quelques essais tentés surtout par Legroux, à l'Hôtel-Dieu, on n'en a obtenu aucun effet utile.

Les astringents sont, en définitive, les seuls topiques qui conviennent; les cautérisations avec l'acide chlorhydrique fumant ou bien avec l'azotate d'argent me semblent ne devoir être jamais employées.

Les moyens généraux à conseiller varient suivant l'état du sujet et la période de la maladie. Au début, lorsqu'il n'existe pas de fièvre, on se bornera aux lotions émollientes, à l'usage de l'eau d'orge; on fera moins teter l'enfant, qui d'ailleurs sera soumis à un régime exclusivement lacté. S'il y a de la fièvre, des symptômes inflammatoires vers l'abdomen, on prescrit des bains tièdes, des cataplasmes, des lavements calmants, additionnés d'une ou deux gouttes de laudanum de Sydenham. Enfin, les accidents adynamiques indiquent l'emploi des toniques (sirop d'écorce d'orange, quinquina, etc.), mais presque sans espoir de succès. C'est ici que l'eau de sauge, tant vantée dans le muguet presque comme un spécifique, peut trouver son emploi. Les complications, si fréquentes du côté du tube digestif, feront toujours redouter l'usage des émé-

(1) Mémoires de l'Académie de médecine, t. XXII, p. 413.

tiques et des purgatifs, que quelques auteurs ont préconisés dans la première période de l'affection. Du lait, pris en petite quantité, mêlé à un peu d'eau de Vichy, si la bouche est très-acide; des boissons glacées, et au besoin un vésicatoire à l'épigastre, sont les moyens les plus efficaces à opposer aux troubles de l'estomac. L'opium à faible dose et le sous-nitrate de bismuth conviendront surtout pour arrêter les diarrhées rebelles. On a même proposé, dans ces cas, des lavements avec le nitrate d'argent, médication impuissante, car ces lavements ne peuvent exercer qu'une action topique, et ils ne sauraient atteindre les points de l'intestin où la lésion est le plus étendue et le plus grave. L'érythème, si fréquent dans le muguet, n'exige que des soins de propreté et quelques lotions d'eau blanche.

Dans le muguet qui arrive à la période ultime des maladies aiguës et chroniques, on se bornera à calmer la chaleur dont la bouche est le siège par quelques gargarismes simplement émollients ou rendus légèrement astringents avec de l'alun ou du borax.

**Nature.** — Le muguet doit être considéré comme une forme de stomatite. La rougeur, la chaleur, la sensibilité de la muqueuse, les ulcérations qui s'y forment souvent, sont une démonstration suffisante du travail phlegmasique; la concrétion qui se fait à sa surface en est également un indice, car on y a trouvé des produits que l'inflammation seule fait naître. Quant au cryptogame qu'on a découvert, il constitue, sans contredit, un caractère curieux de la maladie, mais, au point de vue purement médical, il n'a pas l'importance que quelques-uns semblent lui accorder.

#### De la stomatite ulcéreuse.

SYNONYMIE. — Stomatite ulcéro-membraneuse. — Stomatite diphthérique ou pseudo-membraneuse. — Stomatite, gangrène scorbutique. — Scorbut de la bouche. — Stomatite gangréneuse.

La *stomatite ulcéreuse* est une inflammation spécifique, caractérisée par des ulcérations de forme et d'étendue diverses, qui peuvent occuper tous les points de la muqueuse buccale, mais qui siègent spécialement sur les gencives et à la face interne des joues, et s'accompagnent de fétidité de la bouche, de Ptyalisme et d'engorgement des ganglions sous-maxillaires.

**Historique.** — La description de cette maladie est très-confuse, même dans les ouvrages les plus récents. Le grand nombre de dénominations qu'elle a reçues prouve qu'on l'a confondue avec des affections dont elle se distingue, et que d'autre part on a souvent décrit, comme espèces distinctes, des maladies de la bouche absolument identiques. Il faut rapporter à la maladie dont je vais parler, la description tracée par Bretonneau, de la stomatite qui sévit, en 1818, sur la légion de la Vendée en garnison à Tours (1); diverses relations d'épidémies antérieures et postérieures à cette époque, depuis celles que Desgenettes et Larrey observèrent, le premier en 1793, le second en 1794, jusqu'à ces stomatites ulcéreuses qui ont sévi à diverses reprises sur plusieurs corps de notre armée, et dont l'histoire, pour la plupart, a été faite dans le *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires* (2). C'est la même affection qui, observée beaucoup plus souvent dans les hôpitaux et hospices d'enfants, a été décrite sous les noms de *stomatite couenneuse* ou *pseudo-*

(1) Des inflammations spéciales, et en particulier de la diphthérie. Paris, 1836, p. 14 et 134.

(2) Tomes XXVIII, XXXV, XXXVIII et XLV.



*membraneuse* (1), *stomatite ulcéreuse* (2), *ulcero-membraneuse* (3), *gangréneuse* (4) : c'est ce qu'a établi, sur les preuves les plus convaincantes, un médecin des plus judicieux, M. le docteur Bergeron, qui a publié sur la stomatite ulcéreuse la monographie la plus complète que nous ayons (5); elle me servira de guide dans la description que je vais tracer de la maladie.

**Symptômes.** — La stomatite est parfois précédée, pendant quelques jours, de malaise, d'inappétence et très-exceptionnellement d'un mouvement fébrile; le plus souvent, pourtant, le début de l'affection n'est marqué que par des symptômes locaux. Les individus éprouvent, dans toute la bouche ou bien dans quelques points de cette cavité, un sentiment de chaleur ou de brûlure; la muqueuse est alors plus ou moins vivement injectée, bientôt apparaissent les lésions caractérisant la maladie. Parfois on voit poindre une ou plusieurs vésicules, qui s'ouvrent bientôt et laissent à leur place une ulcération. Le plus souvent, pourtant, celle-ci paraît être le phénomène initial. Sur le bord libre des gencives, puis sur les muqueuses des lèvres et des joues se forment des solutions de continuité d'abord très-circonscrites et superficielles, mais qui s'agrandissent bientôt et gagnent en profondeur. Les unes, surtout celles des gencives, sont couvertes d'un débris grisâtre qui les masque parfois; les autres, spécialement celles qui occupent les joues, les lèvres, le voile du palais, sont tapissées par une concrétion plus ou moins épaisse et adhérente, grise ou jaunâtre, quelquefois noirâtre par places, lorsque du sang l'a pénétrée. Est-ce à une fausse membrane, comme on le dit? M. Bergeron, se fondant sur la densité, sur la force de cohésion du tissu, sur son adhérence avec les parties subjacentes, et surtout sur les caractères fournis par l'examen microscopique, le considère comme n'étant autre chose qu'un lambeau de la muqueuse buccale mortifiée. Mais c'est là un point d'anatomie pathologique qui a besoin d'être éclairci par des recherches nouvelles. Quoi qu'il en soit, que dans quelques-uns des cas cités par M. Bergeron la concrétion qui recouvrait l'ulcération fût une eschare, nul ne peut le contester; mais je pense que le plus souvent il n'en est rien, et que l'ulcération est généralement tapissée par une véritable pseudo-membrane, par une concrétion albumino-fibrineuse, qui peut se reproduire sur place plusieurs fois de suite. Ce qui confirme, d'ailleurs, cette opinion, c'est la rapidité avec laquelle nous verrons souvent, sous l'influence du chlorate de potasse, la plaie se déterger; vingt-quatre heures suffisent, parfois, pour que la surface devienne nette : cela n'a rien d'extraordinaire dans la supposition d'une fausse membrane, la chose serait impossible s'il existait une eschare adhérente.

Dans la stomatite ulcéreuse, plus que dans toute autre phlegmasie buccale, s'haleine des malades répand une odeur des plus infectes. La bouche est le siège de douleurs parfois vives, qui rendent la mastication difficile ou même impossible. Il existe aussi un ptyalisme plus ou moins abondant, et les ganglions sous-maxillaires sont presque toujours tuméfiés et douloureux; dans les cas, enfin, où la lésion s'étend sur les amygdales, la déglutition peut devenir plus ou moins difficile.

Les ulcérations qui constituent le caractère anatomique essentiel de l'affection ont leur siège de prédilection sur les gencives. Débutant sur leur bord

(1) Guersant et Blache, *Dictionnaire de médecine*, article STOMATITE.

(2) Barrier, *Traité des maladies de l'enfance*, t. 1<sup>er</sup>.

(3) Riiliet et Barthez, *Traité des maladies de l'enfance*, t. 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> édition, p. 197.

(4) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, avril 1839.

(5) *De la stomatite ulcéreuse des soldats*. Paris, 1859.

libre, elles peuvent ne pas être d'abord très-appréciables, mais elles ne tardent pas à le devenir et souvent elles finissent par envahir la gencive dans toute sa hauteur. Sur les joues on peut n'en compter qu'une ou deux, mais, le plus souvent, elles y sont en plus grand nombre. Il est remarquable que presque toujours elles n'existent que d'un seul côté, plus souvent à gauche qu'à droite. Les unes arrondies, d'autres plus ou moins elliptiques, ont une étendue variant de 6 à 30 millimètres; en se réunissant plusieurs, elles peuvent former une large surface d'ulcération. On peut aussi rencontrer, mais exceptionnellement, les mêmes solutions de continuité sur la voûte palatine, sur le voile du palais et sur les amygdales; elles siègent le plus ordinairement d'un seul côté, comme nous l'avons vu pour les ulcérations des joues.

Les symptômes généraux sont en rapport avec le nombre et l'étendue des altérations locales; le plus ordinairement tout se borne à un état de malaise avec inappétence; mais souvent il existe des nausées, des vomissements, de la céphalalgie, de la fièvre et une prostration parfois assez grande pour faire redouter l'invasion d'une maladie plus sérieuse.

**Marche. Terminaisons.** — Lorsque la maladie rétrograde, on voit la surface des ulcérations se déterger peu à peu, la fausse membrane disparaît et ne se reproduit plus; le ptyalisme, la fétidité de l'haleine et l'engorgement ganglionnaire cessent; l'ulcération se cicatrise bientôt sans laisser de traces. Le plus souvent, surtout si la maladie est abandonnée à elle-même, on constate après une période aiguë de une ou de deux semaines, un état stationnaire, mais seulement dans les symptômes locaux, car la fièvre, la prostration, les troubles digestifs diminuent ou cessent vers cette époque.

Au lieu de marcher rapidement vers la guérison, le plus fréquemment, on voit la stomatite ulcéreuse passer à la chronicité et persister pendant deux, trois ou quatre mois. Dans ces cas, la congestion diminue; les ulcérations, moins douloureuses, deviennent grisâtres, leur fond s'indure; l'engorgement ganglionnaire persiste, mais le ptyalisme est moins abondant, l'odeur moins infecte; enfin, la maladie, après avoir souvent présenté des alternatives d'aggravation et d'amélioration, marche franchement vers la guérison; mais il n'est pas rare de voir alors pendant longtemps, au niveau de la cicatrice, une induration persistante des tissus et un aspect gaufré de la surface.

La durée de la maladie est variable, elle oscille entre sept jours et plusieurs mois. La terminaison est constamment favorable, bien que, abandonnée à elle-même, la stomatite ulcéreuse n'ait pas une grande tendance à marcher vers la cicatrisation. Les maladies intercurrentes apportent même peu de changement. M. Bergeron dit en effet que la dysenterie, le choléra, la fièvre typhoïde qu'il a vus survenir dans le cours d'une stomatite ulcéreuse, n'ont en rien modifié ni l'aspect ni l'étendue des solutions de continuité.

**Diagnostic.** — La stomatite ulcéreuse a des caractères tellement tranchés qu'il est aujourd'hui impossible de la confondre avec aucune autre affection de la cavité buccale. En traitant plus tard du scorbut et de la gangrène de la bouche, nous verrons que la confusion est impossible. Il n'y a non plus aucune difficulté pour distinguer cette stomatite des ulcérations de la bouche produites par la présence d'une dent inégale, déviée ou rompue, et qui siègent le plus communément aux joues et dans le voisinage des dernières molaires. La cause du mal est révélée ici par la seule inspection des parties.

**Pronostic.** — La stomatite ulcéreuse ne compromet jamais l'existence, mais c'est une affection incommode par les douleurs et le malaise qu'elle provoque, et par sa durée quelquefois assez considérable.



**Étiologie.** — La stomatite ulcéreuse, rare dans nos hôpitaux d'adultes, est fréquente, au contraire, dans les asiles consacrés à l'enfance. C'est une affection qu'on rencontre aussi très-souvent dans l'armée française, où elle frappe spécialement les nouvelles recrues.

Dans ces deux catégories de sujets, la maladie se développe à la suite des mêmes causes. Elle naît sous l'influence de l'encombrement, lorsque des individus sont accumulés dans des espaces trop étroits, lorsque surtout des excès de fatigue, une alimentation insuffisante, une chaleur humide, en débilitant l'économie, la rendent plus susceptible à l'impression de la cause morbide. La stomatite naît presque toujours alors d'une manière spontanée, parfois elle se déclare à l'occasion d'une cause excitante vulgaire, comme un refroidissement, un excès alcoolique, etc.

Nul doute que l'affection ne soit transmissible par le contact et par l'infection de l'air. Un fait, personnel à M. Bergeron, semblerait prouver que la maladie est inoculable; cependant la chose n'est pas encore établie d'une manière rigoureuse. Quoi qu'il en soit, pour le médecin distingué dont le nom a dû être souvent cité dans cet article, l'encombrement comme cause productrice, et la contagion comme cause de propagation, dominent l'étiologie de la stomatite ulcéreuse, du moins chez les soldats; il est probable qu'il en est de même chez les enfants.

**Traitement.** — Jusque dans ces derniers temps, on conseillait contre la stomatite ulcéro-membraneuse les cautérisations avec l'azotate d'argent ou bien avec l'acide chlorhydrique; les collutoires détersifs, astringents, avec le borax et l'alun; enfin, on touchait les parties malades avec du chlorure de chaux sec qu'on portait avec le doigt sur les points affectés, et sur lesquels on exerçait une friction un peu rude. Mais ces moyens, utiles dans quelques cas, sont pour la plupart douloureux, et n'agissent que fort lentement; il n'en est pas de même du chlorate de potasse. Ce médicament, préconisé en Angleterre par Hunt, en 1847, puis par West, et plus récemment à Genève par M. Chanal, était inusité en France, lorsqu'en 1855, M. Hérpin appela l'attention sur lui et démontra son utilité dans plusieurs espèces de stomatites. Administré dans la stomatite ulcéro-membraneuse, il jouit d'une efficacité incontestable et attestée aujourd'hui par des faits nombreux publiés surtout par MM. Blache, Isambert et Bergeron. Sous l'influence de ce médicament, la maladie que nous avons signalée plus haut comme si rebelle se modifie presque aussitôt. En vingt-quatre ou quarante-huit heures, la muqueuse buccale perd sa couleur violette; les fausses membranes se détachent, les ulcérations prennent un aspect rosé de bonne nature, et au bout de quatre à huit jours la cicatrisation est ordinairement complète. Les cas d'insuccès sont infiniment rares; même lorsque le médicament est impuissant pour guérir, il modifie avantageusement l'aspect de la muqueuse. C'est à l'intérieur qu'il convient de prescrire le sel de potasse, à la dose de 1 à 4 grammes chez les enfants, à celle de 4 à 8 chez l'adulte, dans 120 à 250 grammes de véhicule. Ces doses peuvent être même doublées sans inconvénient. Le chlorate de potasse, appliqué directement sur les parties en gargarisme ou collutoire, peut être avantageux; mais son action est plus certaine et plus prompte quand on le donne à l'intérieur. Il n'agit certes pas ici à titre d'altérant, mais éliminé en grande partie par la salive, il exerce une action topique beaucoup plus intime et plus moléculaire en quelque sorte que lorsqu'on le porte directement sur les surfaces malades.

Le chlorate de potasse peut le plus souvent être donné d'emblée, mais quelquefois, surtout chez l'adulte, il existe des signes d'embarras gastrique qui doi-

vent préalablement être combattus par un émétique ou par un éméto-cathartique (10 centigrammes d'émétique, 20 grammes de sulfate de soude).

**Nature.** — La stomatite ulcéreuse est une phlegmasie spécifique, très-longtemps confondue avec la diphthérie, mais méritant pourtant d'en être distinguée. Rien d'ailleurs ne prouve jusqu'à présent qu'il se forme sur la muqueuse buccale des concrétions identiques avec celles que nous verrons bientôt se produire sur le pharynx ainsi que dans le larynx, et qui caractérisent l'angine diphthéritique et le croup. MM. Barrier, Rilliet, Barthez, Bergeron, n'en ont jamais observé d'exemple, et je puis ici joindre mon témoignage à celui de ces médecins distingués. La stomatite ulcéreuse n'offre d'ailleurs rien de commun avec la diphthérie: dans cette affection, en effet, la muqueuse qui recouvre la fausse membrane est peu altérée, tandis qu'elle est manifestement ulcérée dans l'autre; la première a une tendance plus grande à s'étendre et à gagner les voies aériennes, et elle s'accompagne souvent aussi de symptômes graves d'intoxication: or tous ces accidents sont toujours défaut dans la stomatite ulcéreuse. Enfin citons comme dernière différence, que le chlorate de potasse agit presque comme un spécifique dans la stomatite ulcéreuse, tandis que son impuissance est aujourd'hui bien démontrée contre toutes les formes de l'affection diphthéritique.

La maladie que je viens d'étudier constitue-t-elle une affection essentiellement gangréneuse, et aurais-je dû, à l'exemple de M. Taupin, la décrire sous le nom de *stomatite gangréneuse*? Je ne le pense pas. M. Taupin, en voulant simplifier l'étude des stomatites, me paraît avoir confondu des choses très-différentes. Nul doute qu'il ne faille rapporter à la stomatite ulcéreuse les deux premières formes qu'il nomme *couenneuse* et *ulcéreuse*, mais, même en admettant avec M. Bergeron que ce qu'on décrit généralement comme une concrétion ne soit qu'une eschare de la muqueuse, il n'en faut pas moins distinguer cette maladie incommode, douloureuse mais bénigne, essentiellement contagieuse, de la gangrène qui frappe les parois buccales, affection des plus graves et incapable de se transmettre par voie de contagion. (Voy. t. II, *Gangrène de la bouche*.)

#### De la stomatite mercurielle.

On désigne sous les noms de *ptyalisme mercuriel*, de *salivation*, ou de *stomatite mercurielle*, l'inflammation de la muqueuse buccale qui se développe consécutivement à l'absorption du mercure.

**Symptômes. Marche. Terminaisons.** — Au début, les malades éprouvent dans la bouche une saveur métallique et une sensation insolite de chaleur et de sécheresse; mais ce n'est là qu'un phénomène passager, car dès le début on constate une augmentation dans la sécrétion salivaire. Bientôt les gencives se tuméfient, deviennent douloureuses, se ramollissent et saignent au moindre contact. Elles sont d'un rouge blafard dans la plus grande partie de leur étendue, excepté vers le collet des dents, où elles offrent un liséré rouge et violacé, et plus tard blanchâtre, puis elles se détachent des dents. Celles-ci, couvertes d'un enduit sale, limoneux, sont parfois écartées, elles deviennent vacillantes, et lorsque les malades rapprochent leurs mâchoires comme pour mâcher, ils éprouvent une sensation qui leur fait croire que leurs dents sont allongées. Cet allongement est peut-être réel, il s'expliquerait par l'ébranlement que les dents ont subi par suite de la propagation de la phlegmasie dans leurs alvéoles. Comme cela arrive dans toutes les stomatites, la bouche exhale, dès le début



de la maladie, une très-grande fétidité; mais l'odeur a ici quelque chose de tout spécial, je pourrais même dire de pathognomonique. Des gencives, la phlegmasie s'étend bientôt aux autres points tapissés par la muqueuse buccale, sur les lèvres, sur les joues et à la langue. Partout la muqueuse est tuméfiée et comme infiltrée; elle offre çà et là un enduit crémeux blanchâtre, d'abord pointillé, puis étendu en nappe et qu'on détache aisément; ailleurs ce sont des plaques diphthéritiques, grisâtres et plus ou moins adhérentes: cette disposition est surtout remarquable sur la langue. La maladie continuant à s'accroître, on voit la tuméfaction des parois buccales et des parties renfermées dans cette cavité augmenter; les joues, au niveau des grosses molaires, les lèvres, surtout l'inférieure, et la langue à sa pointe et à son bord, présentent des sillons verticaux, dus à l'empreinte que les dents ont faite sur des tissus mous. Le plus souvent il n'y a qu'une dépression recouverte fréquemment d'une pseudo-membrane et limitée par des crêtes d'un rouge vif, correspondant à l'interstice des dents; cependant, dans quelques cas, des ulcérations plus ou moins profondes existent à ce niveau. La langue, par suite de l'extension de la phlegmasie aux tissus subjacents à la muqueuse, devient plus volumineuse, et cette augmentation est telle parfois, que ne pouvant plus être contenu dans la bouche, l'organe sort de cette cavité et fait saillie au delà des arcades dentaires, qui pressent douloureusement sur lui. La pointe de la langue ainsi exposée à l'air se dessèche et brunit; la pression contre les dents étant alors devenue plus forte que tantôt, on voit les ulcérations s'agrandir et se multiplier; plusieurs prennent une couleur grisâtre, et parfois même des eschares, en général circonscrites, se forment en plusieurs points. Toute la face est alors tuméfiée; le gonflement s'étend aux glandes salivaires, ainsi qu'aux ganglions sous-maxillaires; aussi la pression exercée sur ces parties est-elle très-douloureuse. Quelques malades se plaignent aussi de la gorge et souffrent des oreilles par suite de l'extension de la phlegmasie au pharynx et aux trompes d'Eustache. L'extension aux parties molles qui entourent les articulations temporo-maxillaires est cause que quelques malades peuvent à peine desserrer les dents même pour boire. Si, lorsque cette disposition se rencontre, les parties molles de la bouche et la langue surtout, sont très-tuméfiées, la respiration peut être très-gênée; l'asphyxie pourrait même se produire si les narines obturées en partie par une cause quelconque ne permettaient pas à l'air d'arriver aux poumons en quantité suffisante. Pendant que les lésions des parties molles augmentent, on voit en même temps la sécrétion salivaire redoubler; les malades ayant constamment la bouche plus ou moins entr'ouverte, il s'en écoule incessamment et involontairement un fluide clair, grisâtre, d'une odeur fade, parfois fétide, dont la quantité a pu s'élever à plusieurs litres dans les vingt-quatre heures. Lorsque la maladie présente cette acuité, la fièvre s'allume, le sang tiré de la veine est couenneux, il y a une céphalalgie vive et un état de malaise considérable, car ces malheureux malades ne peuvent plus mâcher, ni avaler, ni entendre, ni parler, ni dormir, les douleurs qu'ils éprouvent et la sécrétion incessante de la salive qui s'écoule hors de la bouche s'opposant à tout sommeil. Si la stomatite, au lieu de s'amender, continue ses progrès, on peut voir les gencives tomber en putrilage; la phlegmasie se propageant au périoste alvéolo-dentaire, les dents noircissent, deviennent de plus en plus vacillantes, puis tombent, les joues se gangrènent, et une portion considérable des os maxillaires peut se nécroser. L'état général est alors en rapport avec ces graves désordres, qui heureusement sont rares aujourd'hui, mais qui communs autrefois, ont provoqué la mort de beaucoup

de malades. Ceux qui ont survécu ont eu des convalescences longues, pénibles, en rapport avec l'épuisement qu'ils ont subi, et très-souvent on a vu succéder aux désordres dont j'ai parlé, des cicatrices vicieuses qui ont défiguré les malades, ont gêné ou empêché les fonctions de la bouche et des organes qui y sont contenus.

Lorsque les parties molles seules ont été atteintes, et lorsqu'il n'a existé que des ulcérations superficielles, on voit, après un temps variable, la surface se déterger et la cicatrisation se faire; en même temps le ptyalisme diminue, la muqueuse perd sa couleur violacée pour devenir rosée et plus ferme, les dents reprennent leur solidité, bientôt les malades peuvent manger sans douleur des substances molles, humides; mais ce n'est que plus tard qu'il leur est possible de mâcher des corps solides, comme du pain, sans provoquer de la douleur et le saignement des gencives.

**Durée.** — La maladie a une durée plus ou moins longue. Lorsqu'elle est très-bénigne, elle peut se terminer en quatre ou six jours; mais pour peu qu'elle soit grave, elle se prolonge pendant au moins deux septénaires et quelquefois au delà. Il n'y a pourtant pas toujours un rapport exact entre la gravité de la maladie et sa durée: il n'est pas rare, en effet, de voir des stomatites mercurielles de médiocre intensité, produire pendant plusieurs mois une salivation abondante qui épuise les malades. Ces ptyalismes mercuriels à marche chronique sont presque toujours entretenus par quelque altération de la muqueuse, qui est gonflée, saignante, ulcérée dans quelques points; cependant, chez un petit nombre, les parties molles semblent être revenues à leur état physiologique; elles sont alors plutôt pâles que rouges: on dirait qu'il n'existe dans ces cas qu'une simple habitude de sécrétion morbide. Le plus souvent la guérison, une fois survenue, est définitive: cependant quelques personnes conservent encore pendant longtemps un état de susceptibilité de la muqueuse buccale, qui se gonfle et s'ulcère facilement; chez d'autres, les dents se carient, ou bien elles tombent avant l'âge, spontanément et sans être gâtées.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de la stomatite mercurielle n'est jamais difficile; la puanteur toute particulière de la bouche serait à elle seule un caractère presque pathognomonique. On a prétendu qu'il était quelquefois difficile et même impossible de distinguer les ulcérations mercurielles de celles qui sont produites par le virus syphilitique. Cependant nous pensons que la distinction est facile: car les premières occupent la face interne des joues et correspondent communément à la saillie des dents; les autres sont ordinairement situées sur le pharynx et sur les amygdales, ou bien à la face supérieure de la langue, quelquefois aux lèvres. Les ulcérations de cause vénérienne sont arrondies, leur fond est grisâtre, leurs bords sont taillés à pic, tandis que celles que le mercure produit sont assez superficielles, et couvertes de concrétions membraneuses irrégulières.

La stomatite mercurielle a quelque ressemblance avec la stomatite ulcéro-membraneuse, cependant elle s'en distingue aisément; car, dans la stomatite diphthéritique la production pelliculaire est plus épaisse, plus adhérente que dans la stomatite mercurielle, dont l'exsudation est blanchâtre et souvent pulfacée. La première est circonscrite, tandis que la seconde envahit ordinairement toute la bouche et excite partout un gonflement considérable. Dans les deux affections, la cavité buccale exhale une odeur infecte; mais, dans la stomatite mercurielle, elle a quelque chose de spécial et qu'on reconnaît aisément; enfin, presque toujours il est possible d'arriver aux commémoratifs et de reconnaître que l'individu a employé une préparation mercurielle quelconque.