

La *pustule maligne* débute par la surface cutanée et il est ordinairement facile d'en retrouver l'étiologie. D'ailleurs, s'il y avait doute, la recherche de la bactérie charbonneuse établirait bien vite le diagnostic.

Le *purpura infectieux* à forme gangreneuse (Martin de Gimard) peut déterminer du côté de la bouche des accidents absolument analogues à ceux du noma. Il est rare cependant que les lésions soient localisées à la joue, et dans ce cas l'escarre est précédée d'une tache purpurique. D'ailleurs les phénomènes généraux sont toujours, dès le début, très marqués.

Le pronostic est extrêmement grave si l'affection est abandonnée à elle-même ou n'est traitée que lorsque les lésions ont eu le temps de s'étendre. Dans le cas contraire, on peut espérer la guérison dans un certain nombre de cas, si l'on institue un traitement approprié.

**Traitement.** — Le traitement réellement efficace consiste à détruire complètement le foyer à l'aide du thermo-cautère, employé à plusieurs reprises et jusqu'à ce que la plaie devienne franchement bourgeonnante. En même temps, on doit instituer une antiseptie buccale aussi rigoureuse que possible, multiplier les lavages, changer souvent les linges, et relever l'état général du malade par des toniques et de l'alcool. Le traitement donnera des résultats d'autant plus efficaces et plus rapides qu'il sera institué plus près du début.

## IV

## STOMATITE APHTEUSE

La stomatite aphteuse aurait pu être décrite avec les maladies infectieuses communes à l'homme et aux animaux, et elle mériterait même dans une certaine mesure le nom de *fièvre aphteuse*. L'identité de cette affection avec la fièvre aphteuse des bovidés paraît en effet tout à fait démontrée aujourd'hui. Cependant la localisation de l'éruption à la muqueuse de la bouche, et l'absence de phénomènes généraux dans les formes atténuées de la maladie qui sont les plus fréquentes, permettent de ranger encore les aphtes parmi les affections buccales.

**Historique.** — On désignait autrefois sous le nom d'*aphte* toute ulcération superficielle de la bouche. C'est à Boerhaave et à Van Swieten que revient le mérite d'avoir compris sous cette dénomination une maladie épidémique accompagnée d'accidents fébriles et à marche cyclique : pour ces auteurs, les ulcérations buccales ne représentaient qu'une simple détermination morbide. Il est vrai qu'ils faisaient aussi rentrer dans leur description un certain nombre de cas de stomatite ulcéreuse et de noma. C'est en 1765 que Sagar émit le premier l'idée de l'origine bovine de l'affection, et l'opinion que le lait était un agent de transmission de l'animal à l'homme. Cette théorie resta longtemps dans l'oubli ; mais, dans ces dernières années, on a signalé à plusieurs reprises la coïncidence d'épidémies d'aphtes chez l'homme avec des épizooties de fièvre aphteuse, et enfin, dans un récent travail, M. David (1) a publié des faits qui paraissent établir d'une façon positive l'origine bovine des aphtes.

(1) DAVID, *Archives générales de médecine*, 1887, pages 317, 445. — Le même; *Les microbes de la bouche*, p. 158 et suivantes.

**Description.** — L'affection débute ordinairement par un peu de sécheresse de la bouche, à laquelle succède une sensation de piqure, de cuisson plus ou moins limitée à un point et accompagnée d'une sécrétion salivaire très marquée. En même temps, on observe souvent des phénomènes généraux ; il existe un état fébrile, d'ordinaire peu intense, et des troubles digestifs, de l'inappétence, et quelquefois de la diarrhée chez les jeunes enfants. Mais ces troubles peuvent manquer, et l'éruption buccale constitue alors le fait primordial et le plus important.

Elle est caractérisée par l'apparition de taches rouges disséminées sur la muqueuse buccale. Chez l'enfant à la mamelle, et c'est surtout chez l'enfant élevé au biberon qu'on observe la stomatite aphteuse, l'éruption se dispose assez fréquemment sur deux lignes symétriques, de chaque côté du raphé médian du palais. Chez l'adulte, on la rencontre aussi bien sur la muqueuse palatine qu'à la face interne des joues et des lèvres et sur la muqueuse linguale. Au centre de la macule, on voit se former très rapidement un point blanc qui s'arrondit, devient peu à peu transparent, et prend nettement les caractères d'une vésicule. A ce moment, l'éruption est donc constituée par une vésicule centrale, dont le diamètre ne dépasse que rarement celui d'un pois, entourée d'une auréole rouge, peu étendue, et régulière. Cet aspect persiste pendant deux ou trois jours, puis la vésicule se rompt, laissant à sa place une petite ulcération arrondie, dont le fond est recouvert d'une sorte de fausse membrane jaune grisâtre qui s'enlève assez difficilement, laissant alors la muqueuse rouge et même saignante. Les bords de l'ulcération sont rouges, taillés à pic, et légèrement indurés. L'auréole rouge persiste, faisant paraître l'ulcération plus profonde qu'elle ne l'est en réalité. Les ulcérations sont réparties irrégulièrement ; parfois les éléments éruptifs sont cohérents, et l'ulcération présente alors des contours polycycliques.

Dans la forme discrète de l'affection, le nombre des éléments éruptifs dépasse rarement huit ou dix, et bien souvent il est moindre.

La réparation apparaît bientôt : les bords de l'ulcération deviennent moins rouges, s'affaissent, le fond se comble et la cicatrisation s'effectue rapidement, ne laissant à sa suite qu'une petite tache rouge qui disparaît elle-même en une semaine ou deux.

Les troubles fonctionnels qui marquent le début de l'éruption vont en s'accroissant pendant toute la durée de l'affection ; et, lorsque l'ulcération s'est formée, les phénomènes douloureux peuvent être très marqués : chez le jeune enfant, on peut observer une gêne très accentuée de la succion ; chez l'adulte, la mastication peut devenir presque impossible. Quant à la salivation, c'est surtout au début qu'elle est abondante. Les ganglions sous-maxillaires ne sont jamais tuméfiés primitivement ; mais ils peuvent le devenir lorsque les lésions sont très étendues ou lorsqu'elles sont mal soignées.

Les symptômes généraux, s'il y en a, ne persistent guère au delà des premiers jours de la maladie dans sa forme discrète et bénigne, sauf dans les cas où l'on observe des poussées éruptives successives, et dont je parlerai plus loin. Lorsque la stomatite aphteuse affecte la forme cohérente ou confluyente, les lésions sont très rapprochées, et souvent étendues : la langue, les lèvres, l'isthme du gosier, le pharynx même peuvent être couverts d'ulcérations. Alors, à l'encontre de ce qu'on observe dans la forme précédente, on peut assez souvent voir apparaître des phénomènes typhoïdes à forme adynamique, de la diarrhée, des vomissements, une fièvre intense. Mais heureusement cette forme grave est rare.



**Marche et pronostic.** — La marche de la stomatite aphteuse est en général assez rapide. La durée totale d'une poussée vésiculeuse ne dépasse pas cinq à sept jours. Chez les très jeunes enfants, le pronostic peut acquérir une certaine gravité en raison des troubles digestifs qui accompagnent l'affection; mais, chez l'adulte, tout se réduit d'ordinaire à une indisposition passagère. Dans certains cas, cependant, la première poussée est suivie d'une seconde, celle-ci d'une troisième, et on se trouve alors en présence d'une variété à poussées subintrantes pouvant durer un mois et quelquefois plus, mais se terminant par la guérison.

Le pronostic de la forme confluyente n'a pas toujours cette bénignité: chez les jeunes enfants surtout, il est plutôt grave, tant en raison des phénomènes généraux que des difficultés de l'alimentation dues aux symptômes locaux.

**Diagnostic.** — Il n'offre aucune difficulté: pour peu qu'on connaisse bien les caractères objectifs propres aux éléments qui constituent l'éruption aphteuse, et leur évolution, celle-ci se distingue facilement des autres lésions buccales.

**Anatomie pathologique.** — L'étude des lésions anatomiques qui constituent l'aphte a donné lieu autrefois à de nombreuses discussions. Celles-ci, toutes théoriques, et basées sur l'examen clinique de l'éruption, avaient trait surtout au siège de la lésion. Certains auteurs (Van Swieten, Bichat, Billard) plaçaient le siège de l'inflammation dans les glandes mucipares de la muqueuse buccale, et la comparaient à l'acné; de là le nom de stomatite *folliculeuse*. D'autres, au contraire (Boerhaave, Bamberger), la rapprochaient de l'herpès. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'une série de modifications de l'épithélium et du corps muqueux de Malpighi. Les cellules se tuméfient; il se produit entre elles des cavités occupées par un liquide séro-fibrineux. Cette cavité intra-épithéliale va constituer la vésicule. En même temps, les papilles dermiques sont turgescentes, et l'on constate aux points correspondant à l'éruption une infiltration leucocytaire, peu abondante. Les glandes mucipares restent absolument étrangères à ce processus (Damaschino).

Dans les formes confluentes, on a pu constater, surtout chez les enfants, la présence de vésicules et d'ulcérations aphteuses au niveau des muqueuses œsophagienne, stomacale et intestinale.

**Étiologie.** — La stomatite aphteuse peut se rencontrer à tout âge. Elle paraît cependant être un peu plus fréquente dans les premières années de la vie. Nous laisserons de côté toutes les anciennes idées émises au sujet de l'étiologie de cette stomatite, qu'on a envisagée comme une affection secondaire survenant dans le cours d'un assez grand nombre de maladies aiguës ou chroniques. Il est un certain nombre de faits bien élucidés qui autorisent à la considérer aujourd'hui comme une maladie microbienne d'origine bovine, qu'on ait affaire aux formes les plus bénignes ou aux plus graves.

En premier lieu, on doit remarquer que la fièvre aphteuse qu'on observe chez les bovidés présente avec celle de l'homme des analogies frappantes. Dans les deux cas, l'affection débute par une élévation thermique accompagnée de troubles gastro-intestinaux, et suivie d'une éruption vésiculeuse se développant sur la muqueuse buccale. La fièvre aphteuse des bovidés est épizootique et contagieuse; celle de l'homme affecte souvent aussi le caractère épizootique, et

ces épidémies coïncident fréquemment avec des épizooties de fièvre aphteuse (épizooties de 1840 en France, de 1860 en Angleterre, de 1872 en Suisse); enfin, de nombreux cas de contagion de l'animal à l'homme ont été observés. On a vu la stomatite débiter chez l'homme deux à trois jours après l'ingestion de lait provenant certainement de vaches atteintes de fièvre aphteuse. On a vu se développer des éruptions vésiculeuses au niveau des mains excoriées des valets de ferme en contact avec des vaches atteintes de *cocotte*. L'éruption dans ces cas peut rester localisée aux extrémités supérieures, mais elle peut aussi envahir la bouche, probablement par auto-inoculation. Les aphtes sont bien certainement auto-inoculables aussi de la bouche à la peau: nous avons vu, M. P. Le Gendre et moi, une jeune femme atteinte de stomatite aphteuse assez sévère s'inoculer l'affection à la joue, en grattant avec ses doigts imprégnés de salive quelques petites pustules acnéiques. Chez cette dame, l'affection avait débuté deux jours après qu'elle s'était mise au régime lacté, de sa propre autorité, parce qu'elle souffrait de l'estomac. L'affection procéda par poussées subintrantes, et elle céda lorsque le lait eut été supprimé. M. P. Le Gendre avait déjà dit (1) avoir observé plusieurs fois la fièvre aphteuse atteignant successivement ou simultanément deux ou trois enfants de la même famille, et comme il s'agissait toujours d'enfants couchant ensemble, il avait incriminé la contagion directe. J'ai observé récemment plusieurs cas contemporains de stomatite aphteuse dans une maison de santé; or, une enquête facile à faire m'a appris que tous les malades atteints étaient précisément au régime lacté. Les accidents cessèrent dès que la maison cessa de se fournir à la vacherie où elle s'adressait d'ordinaire. Tous ces faits ne laissent pas place au doute; ils montrent que l'affection est contagieuse, et que le lait est un agent actif de transmission des aphtes des vaches à l'homme. Il est probable que ce n'est pas le seul, et qu'on peut incriminer aussi le beurre et peut-être les fromages.

Cependant, jusqu'ici, on n'a pu arriver à isoler le micro-organisme spécifique, et la question microbiologique reste encore à l'étude.

**Traitement.** — Le traitement prophylactique tire ses indications des faits énoncés plus haut.

Quant au traitement curatif, il consistera à faire faire de fréquents lavages de la bouche avec des solutions antiseptiques, surtout après les repas: le salicylate de soude, en solution à 20 pour 100, a été chaudement recommandé pour cet usage par M. E. Hirtz. On aura recours à des badigeonnages cocaïnés si la dysphagie est très marquée; et on alimentera le malade en conséquence. On se trouvera bien d'instituer en même temps l'antisepsie intestinale, en faisant prendre aux malades des cachets de salicylate de naphтол (Le Gendre).

Il va sans dire qu'on prendra soin de ne faire prendre au malade que du lait bouilli, et qu'on éliminera tous les produits (laitage, crèmes, fromages, beurre) de provenance suspecte. Ce sera le seul moyen d'éviter les récidives, les poussées subintrantes n'étant vraisemblablement que des réinoculations successives.

(1) LE GENDRE, *Traité d'antisepsie médicale*, p. 194.