

antérieur de la langue converti tout entier en un bloc néoplasique d'une rénitence, d'une dureté singulière, et cela par diffusion de l'infiltration plastique dans une grande étendue du parenchyme de l'organe. — En raison de cette particularité, le chancre scléreux de la pointe de la langue simule parfois d'une étrange façon soit les glossites scléreuses tertiaires, soit même l'épithéliome.

Symptômes. — Presque nuls pour la forme érosive, à cela près d'une certaine sensibilité locale. — Pour la forme ulcéreuse, endolorissement de l'organe; gêne dans les mouvements de la langue; douleur dans la mastication; salivation réflexe, etc.

Complications. — Tout à fait exceptionnelles.

Cependant, phagédénisme possible. Je viens d'observer tout récemment un cas de *phagédénisme térébrant* consécutif à un chancre lingual. Situé sur le bord droit de l'organe, ce chancre ne mesurait pas moins de 4 à 5 centimètres de long sur 2 centimètres de hauteur. Il était excavé à ce point qu'il eût contenu le petit doigt. Très rouge de surface et encadré d'une zone de tissus fortement indurés, il ressemblait absolument à un épithéliome cavitaire, au point que ce diagnostic s'imposait presque à première vue. — Je n'omettrai pas de dire qu'il guérit avec une rapidité tout à fait surprenante sous l'influence d'injections au calomel.

Adénopathie satellite. — Absolument conforme au type usuel, sous cette réserve qu'à l'instar du bubon satellite du chancre labial elle présente parfois une certaine allure phlegmasique.

Diagnostic. — Parfois facile et parfois très difficile. Ce qui n'est que trop certain, c'est que des erreurs multiples et d'ordres divers ont été commises à son sujet. Tantôt le chancre lingual a été pris pour ce qu'il n'était pas, et tantôt, réciproquement, on a confondu avec lui diverses lésions qui ne s'en rapprochaient que par de certaines analogies objectives.

Comme exemple des erreurs du premier ordre, je signalerai ce fait plus qu'essentiel à connaître, à savoir : que le chancre lingual, spécialement dans ses formes ulcéreuses et scléreuses, a pu être confondu avec l'**épithéliome** et traité, c'est-à-dire opéré comme tel. Pour ma seule part, j'ai dans ma clientèle un jeune homme qui, à propos d'un chancre de ce siège et de cette forme, a été *amputé d'une bonne partie de la langue*. Or, douze jours exactement après l'opération, le chirurgien stupéfait constatait une indéniable syphilide papuleuse!

Les éléments du diagnostic différentiel entre le chancre lingual et l'épithéliome sont les mêmes que ceux dont j'ai parlé précédemment à propos du chancre labial (V. page 137). Inutile de les reproduire ici.

D'autre part, il est diverses lésions linguales qui plus d'une fois en ont imposé pour le chancre syphilitique. Je citerai notamment comme telles :

1° La **glossite dentaire ulcéreuse**. — On sait que le voisinage

d'une dent fortement incrustée de tartre et surtout d'une dent ébréchée, cassée, à pointe aiguë, à arête coupante, suffit à déterminer sur le bord correspondant de la langue un noyau de phlegmasie qui ne tarde pas à s'éroder, puis à s'ulcérer et parfois même à s'ulcérer profondément. Or, cette ulcération, pour peu qu'elle date d'un certain temps, peut aboutir à simuler parfaitement un chancre marginal de la langue.

Et, en effet, comme le chancre, elle consiste en une lésion nettement circonscrite et de petite étendue; — comme le chancre, elle est doublée d'une induration nodulaire, très résistante sous le doigt et fournissant exactement au palper la sensation du néoplasme sous-chancereux; — comme le chancre, elle offre une surface ou rouge ou grisâtre; — comme le chancre, enfin, elle peut retentir sur les ganglions, en raison de la phlegmasie chronique dont elle dérive, etc.

Comment se tenir en garde contre une erreur ou, disons mieux, contre une *surprise* de ce genre? En s'imposant comme règle de ne jamais risquer un diagnostic sur un ulcère marginal de la langue sans avoir procédé à un examen du système dentaire. Car, en obéissant à ce principe, on ne manquera pas de constater le signe par excellence de l'ulcère dentaire, à savoir un rapport exact de *vis-à-vis* entre l'ulcère et la dent « coupable ». Et, ce rapport constaté, le diagnostic en ressortira *ipso facto*. Sans compter que de ce diagnostic dérivera, comme indication naturelle, le limage ou l'avulsion de la dent, et qu'une amélioration immédiate, suivie d'une guérison rapide, achèvera de démontrer la qualité traumatique, c'est-à-dire l'origine dentaire de la lésion. — D'ailleurs, l'adénopathie est assez rare avec l'ulcère dentaire, tandis qu'elle est constante et bien autrement formulée avec le chancre.

2° L'**ulcère tuberculeux**, alors surtout qu'il a été artificiellement induré par une raison quelconque (cautérisations, voisinage d'une dent ébréchée, etc.) et qu'il a retenti sur les ganglions, peut facilement être confondu avec la variété ulcéreuse du chancre. On trouvera dans le tableau suivant les divers signes qui permettront d'instituer un diagnostic différentiel entre ces deux lésions :

	Ulcère tuberculeux.	Chancre ulcéreux.
I. Signes de présomption.	I. Antécédents ou signes actuels de tuberculose (pulmonaire, cutanée, laryngée, ganglionnaire, testiculaire, osseuse, anale, etc.).	I. Pas d'antécédents de tuberculose (sauf coïncidence).
	II. Siège possible de la lésion à la partie inférieure de la langue.	II. Chancre absolument exceptionnel à la face inférieure de la langue.
	III. Multiplicité possible de lésions.	III. Chancre presque toujours unique.
	IV. Étendue parfois très notable.	IV. Ulcération d'étendue presque toujours restreinte.
	V. Ulcération quelquefois creuse, térébrante, pouvant aller jusqu'à dénuder le tissu musculaire.	V. Ulcération ne dépassant jamais le derme muqueux.

	Ulcère tuberculeux : (Suite).	Chancre ulcéreux : (Suite).
II. Signes de probabilité.	I. Graphique de contour souvent irrégulier, sinueux, atypique, amorphe.	I. Graphique de contour régulier, correct, souvent même géométriquement rond ou ovalaire.
	II. Bords généralement entaillés, faisant arête, quelquefois décollés, flottants.	II. Jamais de bords entaillés à pic, non plus que décollés.
	III. Fond (souvent inégal, accidenté; de teinte jaunâtre ou jaune.	III. Fond (égal, uni, lisse; rouge ou grisâtre.
	IV. Base molle (en l'absence de complications).	IV. Base indurée.
	V. Troubles fonctionnels toujours plus ou moins accentués, quelquefois intenses (endolorissement continu, douleurs vives au contact des aliments, salivation). — Ulcère éréthique, non toléré.	V. Peu ou pas de troubles fonctionnels. — Ulcère toléré.
III. Signes de certitude.	I. Points jaunes de Trélat; — et, plus rarement, nodules de Féréol (1).	I. »
	II. Produits de raclage contenant ou pouvant contenir le bacille de Koch.	II. »
	III. Inoculation aux animaux déterminant la contamination tuberculeuse.	III. »

IV. Critérium de dernier ressort : EXPLOSION OU NON-EXPLOSION SECONDAIRE.

III. — CHANCRE DE LA GENCIVE.

Très rare (11 cas sur un total de 727 chancres buccaux). — Toujours unique. — Siège usuellement au collet des dents et à la face externe de la gencive.

(1) Nodules de Féréol et points jaunes de Trélat sont souvent confondus dans les descriptions cliniques. C'est un tort; car, pour être identiques d'origine et de nature, ces deux lésions n'en sont pas moins très différentes objectivement.

Les nodules de Féréol (je les appelle ainsi comme hommage au très sagace et éminent médecin qui les a signalés et bien décrits le premier) sont constitués par de petites tumeurs tubéreuses, distribuées au voisinage de l'ulcère tuberculeux. Ce sont des nodules solides, pleins, sphéroïdaux, qui, enchâssés dans le derme muqueux, en émergent partiellement par leur segment supérieur, en forme de saillies mamillaires. On dirait des tubercules lupiques, et qui sait si, en effet, ce ne sont pas là les tubercules d'un lupus lingual? Ces nodules, en tout cas, rappellent absolument ceux des dermatoses lupiques. Ils ont en moyenne le volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet. Ils sont rénitents, durs au toucher. Recouverts par une muqueuse encore saine, ils se présentent avec une coloration ou rosée, ou rougeâtre, ou violacée. Leur nombre, enfin, est variable. On peut n'en trouver qu'un ou deux au voisinage de l'ulcère, comme aussi en rencontrer tout un semis, c'est-à-dire cinq, six, sept, huit et davantage. Dans un cas décrit et représenté par Féréol, on en trouvait un groupe de sept à huit sur un des côtés de l'ulcère. (Voir *Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1872, t. IX, p. 188.)

Tout autres sont les points jaunes de Trélat, qui se différencient à trois titres des lésions précédentes, à savoir :

1° Par leur volume bien moindre. Ce n'est plus de tumeurs qu'il s'agit ici, mais

Deux formes. — Dans l'une, c'est le type du chancre érosif, avec sa circonscription nette, sa surface unie et lisse, sa belle couleur rouge, etc. Il représente alors généralement une demi-lune, un croissant qui encadre la sertissure d'une, de deux ou, plus rarement, de trois dents voisines. — Dans l'autre, inversement, il perd son caractère de chancre en se compliquant de phénomènes de périostite alvéolo-dentaire. Il ne consiste plus alors qu'en une ulcération dépourvue de tout cachet de spécificité, mal circonscrite, et reposant sur une muqueuse boursoufflée, mamelonnée, fongueuse, etc., dont l'inflammation paraît constituer la lésion principale. Souvent, en pareil cas, l'adénopathie reste seule pour mettre sur la piste du diagnostic.

IV. — CHANCRES DU PALAIS, DU VOILE PALATIN, DES PILIERS, DE LA MUQUEUSE GÉNIENNE.

Tout à fait exceptionnels (4 cas sur 727 chancres buccaux), ces chancres ne présentent aucune particularité digne de mention. Ce sont des chancres soit érosifs, soit sub-ulcéreux, de dimensions petites ou moyennes, arrondis ou ovalaires, généralement rouges de fond, à induration très difficilement perceptible. C'est dire que leur caractère d'accident primitif ressort bien moins de leur physionomie que de leur qualité de lésion circonscrite, à développement rapide, et surtout de leur adénopathie.

V. — CHANCRE DE L'AMYGDALE.

Signalé pour la première fois par Diday (1861), puis bien étudié par Legendre (1884), il a donné lieu de nos jours à de très nombreux travaux.

Notablement plus commun qu'on ne l'avait supposé et qu'on ne le suppose encore. Sa fréquence réelle ne saurait encore être précisée,

bien de simples taches minuscules, mesurant un demi-millimètre à un millimètre de diamètre tout au plus, quelquefois même; et pour bon nombre de cas, simplement *punctiformes*;

2° Par leur absence de relief. Ce sont des taches ou bien absolument plates, ou bien ne faisant qu'une imperceptible saillie;

3° Et surtout, par leur couleur jaunâtre ou jaune, parfois même d'un beau jaune doré, qui tranche fortement sur la teinte rosée des parties voisines.

Nodules de Féréol et points jaunes de Trélat constituent en l'espèce des signes vraiment pathognomoniques. Et pourquoi? Tout naturellement, parce que ce sont les uns et les autres des productions *tuberculeuses*. Donc, leur présence au voisinage d'une ulcération est un témoignage non équivoque de la qualité tuberculeuse de cette ulcération. Elle équivaut, en quelque sorte, à la signature de la tuberculose au pourtour de la lésion.

Malheureusement, ce ne sont là que des signes inconstants. Les points jaunes ne se rencontrent guère plus d'une fois sur sept à huit cas (quatre fois sur vingt-cinq cas, dans une statistique qui m'est personnelle). Et, quant aux nodules de Féréol, nul doute qu'ils ne soient rares plus encore. (Voir mon livre sur les *Chancres extra-génitaux*.)

car elle s'accroît de jour en jour, au fur et à mesure qu'on a mieux connu ce chancre et qu'on s'est enhardi à le diagnostiquer, alors qu'autrefois il a dû passer bien souvent inaperçu.

I. — Presque toujours unique.

Comparable, comme étendue, à une pièce de vingt ou de cinquante centimes.

Le plus souvent ovalaire et quelquefois arrondi; souvent aussi irrégulier, parce qu'il se moule sur les anfractuosités de la loge amygdalienne.

II. — A ses débuts et pendant toute sa période d'état, il s'accuse par une *douleur angineuse*, un « mal de gorge » d'intensité variable.

Cette douleur est minime à l'origine. A vrai dire même, c'est moins une douleur qu'une gêne, qu'un embarras local, une sensibilité de la gorge au moment de la déglutition.

Mais bientôt ce mal de gorge va croissant et devient une douleur vraie, qui se spécialise par deux particularités, à savoir : 1° son *unilatéralité*, propre à différencier l'angine chancreuse de nombre d'autres angines qui affectent les deux amygdales; — 2° sa *persistance*.

Et, en effet, la douleur angineuse du chancre est une douleur durable, qui persiste au moins plusieurs semaines, à l'inverse de la plupart des autres douleurs angineuses dont le propre est de s'évanouir à courte échéance. Rien que de très naturel à cela, puisque ce mal de gorge n'est que le symptôme d'une lésion qui exige plusieurs septénaires pour accomplir son évolution.

Formes cliniques. — Objectivement, le chancre amygdalien se présente sous *trois formes* principales, à savoir :

1° **Forme érosive.** — Assez commune, peut-être même la plus commune des trois, cette première forme est essentiellement bénigne à tous égards.

D'une part, elle ne comporte que des troubles fonctionnels notablement légers, à savoir ceux d'un « petit mal de gorge », et rien de plus.

D'autre part, elle ne s'accuse que par des phénomènes objectifs de faible importance : peu ou pas de tuméfaction locale; — peu ou pas de rougeur régionale; — à la surface de l'amygdale, une *érosion*, mais une érosion vraiment bénigne; — érosion superficielle, d'abord; — petite et parfois même minime; variable, pour préciser, entre les dimensions d'une grande lentille et celles d'une amande, d'un haricot, d'une pièce de vingt ou de cinquante centimes; — tantôt grisâtre, opaline, tantôt rouge, tantôt enfin alternativement grise et rouge par places; — à fond soit égal et lisse, soit, plus souvent, rendu inégal par les irrégularités et les anfractuosités normales de la surface amygdalienne.

Et c'est tout. Si bien qu'on pourrait n'accorder que peu d'importance à de tels symptômes, n'étaient deux autres signes bien mieux

faits pour donner l'alarme : l'un qui saute aux yeux, si je puis ainsi parler, et qu'il est impossible de méconnaître; c'est l'*adénopathie*, adénopathie comportant tous les caractères du bubon satellite; — l'autre qu'inversement il faut chercher pour le trouver; c'est l'*induration*.

En effet, si l'on porte le doigt sur l'amygdale affectée, on y constate une dureté morbide. Impossible, bien entendu, d'apprécier ici les caractères de cette induration comme on le fait à la verge ou sur tout autre organe facilement accessible, puisqu'on ne dispose que d'un doigt pour l'explorer, au lieu d'avoir, comme d'usage, la faculté de la saisir entre deux doigts. Mais n'importe. On sent l'amygdale *dure*, pathologiquement dure, et un tel signe n'est passans constituer pour le diagnostic un appoint des plus importants.

Je dois reconnaître cependant que cette induration est parfois assez peu accentuée, minime, difficilement appréciable. On a même dit, non sans raison, qu'elle peut être « impossible à percevoir ».

2° **Forme ulcéreuse.** — Ici, tous phénomènes plus importants que dans la forme précédente, à savoir :

D'abord, troubles fonctionnels plus accentués; véritable douleur angineuse, avec dysphagie.

En second lieu, amygdale plus volumineuse, turgide, comme étalée et distendue.

Et surtout, à la surface de cette amygdale, lésion véritablement *ulcéreuse*, semblant entamer, creuser le parenchyme de l'organe.

Point essentiel : Cette ulcération est-elle de nature à donner le soupçon, à éveiller l'idée d'un chancre? Oui, et cela de par les trois considérations suivantes :

1. De par son importance comme *étendue*. Généralement elle a les dimensions de l'ongle de l'index ou du pouce. Quelquefois elle est plus considérable, jusqu'à mesurer deux centimètres, deux centimètres et demi dans son grand diamètre.

2. De par son *aspect*, qui est celui d'une plaie « de mauvaise mine », comme on dit vulgairement; — plaie soit d'un rouge brun foncé, soit d'une teinte grisâtre, gris jaunâtre, gris sale, soit, plus souvent, multicolore, c'est-à-dire semée sur un fond vineux de points jaunes, grisâtres ou d'un blanc pultacé.

3. Et surtout de par la *dureté* locale de la région, de toute la région. L'amygdale, en pareil cas, se présente toujours rénitente en masse et fortement rénitente, avec quelques ilots plus particulièrement durs sous le doigt.

3° **Forme angineuse.** — Moins commune que les précédentes, mais très digne d'attention en ce qu'elle est particulièrement insidieuse. C'est d'elle, à coup sûr, que dérivent la plupart des erreurs commises à propos du chancre amygdalien.

Une formule en résumé la caractérise : c'est une amygdalite, plus un chancre.

D'abord et d'une façon prédominante, c'est une *amygdalite*, et cela à trois titres :

1° De par ses symptômes objectifs. Car l'amygdale se présente à la fois tuméfiée, rouge et dure. Son hypertrophie, tout particulièrement, est bien accentuée, quelquefois considérable, au point de constituer une véritable tumeur amygdalienne qui s'avance jusqu'à la ligne médiane de la gorge.

2° C'est une amygdalite de par l'intensité de ses *troubles fonctionnels* : douleurs locales presque équivalentes à celles de l'esquinancie vulgaire ; dysphagie ; parfois même léger degré de nasonnement.

3° Souvent aussi, c'est une amygdalite de par l'addition aux symptômes précédents de divers *troubles généraux* : malaise, courbature, inappétence, état saburral, réaction fébrile, etc. ; tous symptômes, à la vérité, d'intensité médiocre ou moyenne et de durée assez éphémère, mais ne laissant pas néanmoins de témoigner en faveur du caractère phlegmasique de l'affection.

Donc, d'une part, amygdalite indéniable.

D'autre part, *chancre*, comme second élément de cet ensemble morbide ; — chancre érosif ou sub-ulcéreux ; — petit ou moyen ; — tantôt coiffant à son sommet l'intumescence amygdalienne, et tantôt relégué excentriquement sur l'un de ses côtés ; — quelquefois rouge ou rougeâtre, mais plus souvent masqué en partie par un de ces exsudats blanchâtres ou gris blanc qui sont si communs dans les angines vulgaires.

De la sorte, donc, la scène se compose de deux éléments : l'amygdalite et le chancre. Mais le fait curieux en l'espèce est que, dans cet ensemble, *l'amygdalite prime le chancre* comme importance objective. C'est elle qui fixe l'œil, qui appelle l'attention ; c'est elle qui paraît constituer la lésion principale. Le chancre est positivement effacé par elle et semble ne figurer là qu'au titre d'un incident accessoire, subordonné, de second rang. A ce point qu'en certains cas on a pu *ne voir que l'amygdalite* et laisser le chancre inaperçu.

VARIÉTÉS.

Deux variétés, pour être infiniment plus rares que les formes précédentes, ne sont pas moins très essentielles à connaître. A savoir :

I. **Variété diphthéroïde.** — Constituée par l'addition aux symptômes objectifs usuels d'un *exsudat pseudo-membraneux* rappelant l'aspect des « angines blanches ». Cet exsudat a les dimensions du chancre qu'il recouvre soit partiellement, soit dans toute son étendue. — Il est adhérent par sa face profonde aussi bien que par ses bords et ne se laisse détacher par le pinceau que difficilement et incomplètement. — Il est *couenneux*, bien plutôt que pultacé. Assez épais, consistant, tenace, il constitue une sorte de pellicule, de

membrane, qui, sous les mors d'une pince, se déchire en lambeaux. — Enfin, il offre une coloration grisâtre, cendrée, ou bien d'un blanc sale, à reflets jaunâtres, voire parfois, comme dans un cas curieux de Legendre, d'un gris verdâtre.

De par un tel aspect le chancre amygdalien rappelle les angines *blanches*. Mais ce n'est pas tout. Il les rappelle encore par son adénopathie, et quelquefois aussi par un cortège véritablement curieux et insolite de phénomènes généraux, tels que les suivants : malaise, courbature, lassitude, inappétence, état saburral, frissons et réaction fébrile (par exemple, pouls à 100 et température oscillant entre 38 et 39 degrés).

Si bien qu'en face d'un tel ensemble on a pu croire à une angine couenneuse et n'avoir même pas le soupçon d'un chancre.

II. **Variété gangreneuse.** — Tout à fait exceptionnelle, et se caractérisant par ceci : d'une part, production à la surface du chancre d'ilots et même de petits placards sphacéliques, s'attestant pour tels par leur coloration foncée, noirâtre ou presque noire, et par une fétidité spéciale de l'haleine ; — d'autre part, symptômes locaux surintenses : tuméfaction considérable de l'amygdale, rougeur très vive, dysphagie très accentuée, altération de la voix ; — et, enfin, troubles généraux d'acuité proportionnelle : frissons, fièvre, malaise, courbature, inappétence, voire, en quelques cas, abattement, accablement, prostration avec tous symptômes d'adynamie. — En un mot, véritable *orage infectieux*, à coup sûr peu durable, mais plus que suffisant à un moment donné pour égarer absolument le diagnostic.

Adénopathie. — Elle se fait dans les ganglions de la partie latérale du cou, au niveau de la grande corne de l'os hyoïde et sur les côtés du cartilage thyroïde. — Très généralement normale de type mais quelquefois aussi sub-inflammatoire, c'est-à-dire constituée par des ganglions volumineux, empâtés, moins sèchement durs que de coutume, sensibles spontanément et douloureux au toucher.

Diagnostic. — Pour la grande majorité des cas, les erreurs commises à propos du chancre amygdalien sont des erreurs *par surprise*, c'est-à-dire que le plus souvent on se trompe à son sujet *parce qu'on n'y pense pas*, parce qu'on ne songe même pas à le mettre en cause dans le diagnostic d'une angine. La preuve en est dans ce résultat d'expérience que, trois ou quatre fois sur dix, le chancre amygdalien est pris à son origine pour une angine simple.

Ces erreurs par surprise sont, d'ailleurs, plus faciles à commettre qu'on ne le croirait *à priori*. Et cela surtout pour deux raisons : la première, c'est que le chancre amygdalien n'a quoi que ce soit, objectivement, de spécial ; — et la seconde, c'est qu'il a souvent pour cortège toute une série de symptômes soit locaux, soit surtout