

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

généraux, qui détournent l'attention du chancre, qui font qu'on ne pense pas au chancre, et même qu'on a moins de raisons pour le mettre en cause que pour l'exclure.

Au total, ses trois signes majeurs, ceux qui, entre tous, restent les plus sûrs pour en établir le diagnostic, sont : 1° l'unilatéralité de la lésion ; — 2° l'adénopathie ; — et 3° l'induration locale, qui (comme l'a très bien dit Duncan Bulkley, dont je partage l'opinion), peut être perçue « douze ou treize fois sur quinze » d'une façon suffisante pour être presque décisive. — Conséquemment, comme règle de pratique, le *toucher de l'amygdale* s'impose dans tous les cas où il y a lieu de supposer qu'une lésion amygdalienne peut être un chancre.

Inutile d'ajouter que l'évolution morbide et quelques autres signes propres à telle ou telle variété d'angine (tel que le résultat des cultures bactériologiques dans le cas d'angine dérivant de la diphthérie) serviront de complément au diagnostic différentiel (1).

*Évolution, durée, complications.* — L'évolution du chancre amygdalien est celle du chancre syphilitique en général. Rien de spécial à en dire.

Sa durée varie suivant les formes : cinq semaines, en moyenne, pour les formes bénignes ; deux mois environ et quelquefois plus pour les formes ulcéreuses, étendues.

Absence de complications *locales*, tel est le fait de beaucoup le plus habituel. Cependant, on a signalé quelquefois une certaine tendance à l'ulcération, à l'envahissement, ou bien encore à des formes malignes (état pultacé, gangrène, phagédénisme).

Tout au contraire, *fréquence marquée de complications d'ordre général* : frissons, accidents fébriles, malaise, anorexie, courbature, quelquefois même phénomènes voisins de l'adynamie, et (je reprends le mot) *petit orage infectieux* de courte durée. — Ce sont là tous phénomènes que j'ai indiqués dans ce qui précède, mais sur lesquels je tiens encore à revenir, et cela pour deux raisons : parce que, d'abord, ils constituent une *exception* singulière dans l'histoire du chancre syphilitique, lésion qui, comme chacun le sait, est par excellence froide, aphlegmasique et apyrétique ; — et, en second lieu, parce que de tels symptômes sont essentiellement propres à détourner l'attention du chancre et, somme toute, à *égarer le diagnostic*.

*Traitement.* — Nous ne disposons que de moyens thérapeutiques d'influence bien restreinte contre le chancre amygdalien. Fort heureusement cela lui suffit pour aboutir à guérison.

A ne parler que des agents locaux, on prescrira ceci :

Dans la période d'augment ou d'état : gargarismes, ou plutôt bains de bouche émollients avec décoction de guimauve et de pavot,

(1) Voir mon livre sur les *Chancres extra-génitaux*, où ce diagnostic différentiel du chancre amygdalien se trouve longuement étudié.

eau glycinée, etc. Pour avoir quelque efficacité, ces bains de bouche devront être répétés fréquemment et prolongés plusieurs minutes. — Pulvérisations émollientes, tièdes, renouvelées deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

Dans une période plus avancée, gargarismes au borate de soude ou bien au chlorate de potasse ; — badigeonnages au collutoire boraté (glycérine pure, 30 grammes, et borate de soude, 10 grammes).

En cas de douleurs vives, gargarismes additionnés d'une petite quantité d'opium, ou, mieux, badigeonnages à la cocaïne, etc.

S'il paraît opportun de modifier l'état des surfaces, attouchements quotidiens ou biquotidiens avec la teinture d'iode ou avec la teinture alcool-éthérée d'iodoforme à saturation ; — cautérisations au crayon de nitrate d'argent tous les trois ou quatre jours.

Ces cautérisations au crayon sont encore utiles dans la dernière période du chancre, alors que la cicatrisation languit et traîne en longueur.

Bien entendu, comme pour tous les chancres de la cavité buccale, alimentation liquide ou demi-liquide, n'exigeant aucun effort de mastication et de déglutition : lait, potages, soupes, jus de viande, purées, crèmes, etc. — Dans les formes aiguës, douloureuses, éréthiques, le lait est seul supporté pour un certain temps.

Je n'ai constaté dans toute ma pratique qu'un seul cas de chancre syphilitique du pharynx. En revanche, ce cas était d'une netteté parfaite, au point que la qualité chancreuse de la lésion pharyngée s'imposait au premier aspect comme après mûr examen.

Dans ce cas, le chancre siégeait sur la paroi postérieure du pharynx et en pleine ligne médiane, un peu au-dessus du niveau de la luette. On en distinguait tout aussitôt la moitié inférieure dès que le malade ouvrait la bouche ; mais il fallait, pour en apercevoir le segment supérieur, soulever la luette avec une cuiller.

Ce chancre constituait une lésion absolument et nettement circonscrite, régulièrement orbiculaire, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes environ. Il était d'un gris rosé, avec quelques points jaunâtres. Légèrement exhaussé de fond, il offrait le type accompli du chancre érosif tendant à la forme papuleuse. Enfin, il était absolument indolore, à cela près d'une sensation vague de gêne gutturale se produisant de temps à autre.

De grosses adénopathies pharyngées témoignaient en pleine évidence du caractère chancreux de la lésion, laquelle, d'ailleurs, fut suivie à échéance classique d'une roséole des plus nettes et de divers accidents secondaires.

Le sujet sur lequel j'observai ce chancre était un jeune homme

(seize ans), encore vierge de toute approche sexuelle. Suivant toute vraisemblance, il devait la contagion à un raclage du pharynx qui avait été pratiqué sur lui, à propos de végétations adénoïdes, quelques semaines avant l'apparition du chancre (1).

## CHANCRES DES NARINES ET DE LA PITUITAIRE.

Extrêmement rares. M. Chapuis, dans un intéressant travail publié en 1894, n'a pu en réunir que 22 cas.

*Étiologie.* — Souvent impénétrable, parce qu'elle résulte sans nul doute de contagions purement accidentelles, échappant à toute recherche. — D'autres fois, manifestement imputable à telle ou telle des trois origines suivantes: 1° Contact direct (baiser, caresse linguale, contact vulvo-facial, morsure, etc.); — 2° Transport du contagé par les doigts souillés de pus; — 3° Contaminations médiate de tout ordre, par mouchoirs, serviettes, éponges, instruments médicaux (stylets, spéculums, cathéters, sonde d'Itard, etc.). C'est à une contamination de cet ordre que fut due la célèbre épidémie de syphilis *par cathétérisme de la trompe d'Eustache* qui sévit à Paris il y a une trentaine d'années et qui fit de si nombreuses victimes.

*Aspect clinique.* — I. — Les chancres des narines et du vestibule nasal se présentent sous trois formes: 1° la forme *érosive*; — 2° la forme *croûteuse* ou *impétigineuse*, dans laquelle le chancre, recouvert et masqué par une croûte jaunâtre ou brunâtre, revêt absolument les apparences de ces eczéma ou de ces impétigos circonscrits qui sont si communs dans cette région; — 3° la forme *néoplasique*, où le chancre, devenu papuleux ou même papulo-hypertrophique, forme un mamelon, une tubérosité bourgeonnante, voire une petite tumeur susceptible d'obstruer ou même d'oblitérer une fosse nasale.

A noter que parfois une complication de *lymphite en nappe* peut, en envahissant tout ou partie du nez, donner le change pour un érysipèle et égarer absolument le diagnostic (cas de Chapuis et Thibierge).

II. — Les chancres de la pituitaire n'ont pu être vus et déterminés jusqu'à ce jour que dans la partie antérieure des fosses nasales. On les a observés le plus souvent sur la cloison, sous forme de lésions érosives ou papulo-érosives, rouges ou grisâtres.

## CHANCRES DE L'OEIL.

La première description en est due à Ricord (1850). Depuis lors, c'est-à-dire depuis que la possibilité d'une telle localisation pour le chancre est allée se vulgarisant, les contaminations de cet ordre

(1) L'examen au miroir révéla sur ce même malade deux autres lésions du naso-pharynx qui, vraisemblablement, étaient aussi de qualité chancreuse.

sont devenues ou, disons mieux, ont paru devenir de plus en plus fréquentes.

Les chancres oculaires se répartissent tout naturellement en trois groupes, à savoir, par ordre de fréquence: chancres du bord ciliaire; — chancres palpébraux; — chancres de la conjonctive.

*Étiologie.* — Le chancre oculaire est notablement plus fréquent chez l'homme que chez la femme. — Il s'observe à tous les âges, et on l'a même rencontré chez l'enfant et le nourrisson. — Il est particulièrement commun *chez les médecins*, au titre d'accident issu de contaminations professionnelles.

Souvent son étiologie reste inconnue, parce qu'elle dérive de circonstances accidentelles, fortuites, impossibles à retrouver par l'anamnèse. — D'autres fois, elle procède des trois origines suivantes:

1° Contact direct, réalisé surtout par le baiser. Exemples: Un étudiant en médecine transmet un chancre de la paupière supérieure à sa fiancée pour l'avoir embrassée sur l'œil alors qu'il était affecté de plaques muqueuses buccales. — Un enfant de huit mois contracta un chancre du grand angle de l'œil pour avoir été embrassé sur l'œil par sa tante affectée de plaques muqueuses amygdaliennes.

Bien plus rarement la contagion a dérivé de morsures, de succions exercées sur l'œil (en vue d'aspirer des épanchements sanguins palpébraux), ou bien encore de la répugnante pratique du *léchage* des paupières comme procédé d'extraction des corps étrangers de l'œil (observations du Dr Tepliaschin, relatives à trente-quatre sujets infectés de la sorte par une « magicienne » qui faisait profession d'extraire les corps étrangers de l'œil et de guérir les trachomes par le léchage de la conjonctive), etc.

2° Transport du contagé par des procédés divers, à savoir: par les doigts souillés de pus syphilitique; — par la sordide, mais bien commune pratique du débarbouillage des enfants avec de la salive; — et surtout par la sputation, c'est-à-dire par la projection de bulles de salive entraînées par le courant expiratoire de la parole ou de la toux. Issues d'une bouche affectée de plaques muqueuses, ces bulles peuvent être chargées du contagé syphilitique et, conséquemment, le déposer là où elles tombent. Or, bien plus que d'autres, et pour cause, les médecins sont exposés à recevoir sur le visage ces dangereuses projections, alors qu'ils examinent la bouche ou la gorge d'un syphilitique, et, plus spécialement encore, alors qu'ils pratiquent des cautérisations sur la gorge. J'en sais quelque chose pour ma part, car pareil accident m'est arrivé plus de vingt fois. C'est pour cela que je ne cesse de répéter aux élèves de mon service l'avertissement que voici: « Méfiez-vous bien, quand vous avez à pratiquer une cautérisation dans la bouche et surtout dans la gorge d'un syphilitique. Même averti de ce qu'on va lui faire, même se tenant sur ses gardes, le malade pourra ne pas résister, au moment où vous lui toucherez la

gorge, à un accès d'une toux réflexe, spasmodique, subite, intense, laquelle vous enverra une pluie de gouttelettes salivaires en plein visage. »

Aussi nombre de médecins ont-ils été victimes d'un tel mode de contamination, et cela toujours comme je viens de le dire, notamment à la suite de cautérisations de plaques muqueuses gutturales. Un professeur de notre Faculté, mort aujourd'hui, a été contagionné de la sorte. De même, ces années dernières, un interne de notre hôpital. Pour ma seule part, j'ai eu à traiter déjà cinq de nos confrères qui ont pris la syphilis de cette façon. L'histoire de l'un d'eux, qui n'est que l'histoire des quatre autres, se résume en ceci. Marié et mari modèle, ne s'étant exposé de vieille date à aucun risque de contagion, il vint me trouver un jour pour une lésion de la paupière supérieure, lésion érosive, rouge, large comme une amande, que je n'eus pas de peine à reconnaître pour un chancre syphilitique. Eh bien, six semaines auparavant, il avait reçu sur le visage et notamment sur les paupières une véritable pluie de gouttelettes salivaires, au moment où il cautérisait sur l'une de ses malades de Lourcine des plaques muqueuses confluentes de la gorge.

Particularité fort intéressante, qui doit trouver place ici. Sur les cinq confrères en question, trois m'ont assuré qu'après l'accident ils s'étaient tout aussitôt « lavé et bien lavé la figure ». Ce qui démontre — non pas, bien entendu, l'inutilité d'un lavage — mais la nécessité, en pareil cas, d'ablutions complètes, prolongées, minutieuses, et surtout secondées par des antiseptiques. M'est avis que la meilleure sauvegarde serait un débarbouillage immédiat et très soigneusement fait avec la liqueur de Van Swieten pure, sans coupage.

3° Contagions médiatees. — Beaucoup plus communes qu'on ne pense et susceptibles des'exercer par les procédés les plus divers, par les intermédiaires les plus inattendus : éponges, serviettes, mouchoirs, compresses, linges sales, eau sale ayant servi à un sujet syphilitique, procédé de la « cigarette mouillée » pour l'extraction des corps étrangers de l'œil, etc., etc.

**Formes cliniques.** — Variables suivant chaque localisation. Ainsi :

1° Le **chancre palpébral** n'a d'autres caractères que celui du chancre cutané. Rien de spécial à en dire.

2° Le **chancre du bord ciliaire** s'accuse généralement par une triade d'attributs qui le rendent aisément reconnaissable. — D'abord, il se présente sous forme d'un néoplasme, d'une véritable petite tumeur du bord ciliaire, tumeur généralement comparable à une moitié de noisette, ayant son grand axe parallèle au bord libre de la paupière, mesurant environ un centimètre à un centimètre et demi transversalement sur huit à dix millimètres dans le sens vertical. Cette tumeur fait une saillie de trois, quatre, cinq millimètres, voire davantage en

certain cas. Quelquefois au contraire, plus aplatie, elle représente à peu près une amande.

En second lieu, ce néoplasme palpébral, qui se laisse facilement saisir entre deux doigts en raison même de sa situation et qu'on peut explorer à l'aise en raison de son indolence, se montre tout à fait remarquable par sa *dureté*. Peu de chancres, en effet, offrent une induration aussi nette, aussi caractéristique. Tous les degrés de l'induration spécifique s'y trouvent représentés, depuis l'induration simplement lamelleuse, parcheminée, en « carte de visite », jusqu'à l'induration nodulaire, massive et en bloc. Quelquefois même ce chancre est véritablement cartilagineux, et l'on croirait, en le touchant, sentir un véritable calus. Inutile de dire quel intérêt diagnostique se rattache à un tel signe.

Enfin, la surface de cette petite tumeur est en général lisse, unie, de couleur *rouge*, voire assez souvent d'un rouge vineux ou chair musculaire; tous attributs qui ne contribuent pas moins que les précédents à conférer à la lésion le cachet chancreux.

Quelquefois cependant cette surface est masquée par un revêtement croûteux, de couleur jaune foncé ou jaune brunâtre ou même d'une teinte presque noire; et seule, alors, la petite portion du chancre qui empiète sur la conjonctive se présente à l'état d'érosion.

3° Enfin, le **chancre conjonctival** est susceptible de physionomies différentes suivant la localisation qu'il affecte.

Quand il siège (ce qui est le cas le plus usuel) au niveau du grand angle de l'œil, il reproduit à peu près exactement l'aspect du chancre ciliaire comme érosion de surface, comme néoplasie saillante, du volume d'un noyau de cerise en moyenne, et aussi comme dureté.

Au niveau du petit angle, il offre un autre type, à savoir celui du chancre dit *en branches de compas*. Occupant, en effet, l'extrémité externe des deux paupières, il est naturellement divisé en deux segments qui se réunissent au niveau de la commissure. Or, d'une part, tuméfiés par leur infiltration néoplasique, ces deux segments restent adossés et en contact réciproque; si bien qu'on ne les distingue isolément que par écartement forcé de l'extrémité des paupières. D'autre part, leur point de réunion, qui répond à la commissure, est représenté par un sillon en rhagade, à ulcération entretenue et irritée par les mouvements des paupières, plus ou moins creuse, de mauvais aspect, quelquefois bordée du côté de la peau par une demi-couronne croûteuse.

Enfin, à l'instar de tous les chancres du bord palpébral, ce chancre commissuraire est toujours fortement induré, au point de simuler une production néoplasique, cancéroïdienne. Et, en effet, plus d'une fois on l'a pris pour un cancéroïde, au moins de prime abord, en raison de cette induration tout à fait insidieuse. Je connais même un cas où l'on a persisté dans ce diagnostic après mûr examen, et cela

jusqu'à proposer une intervention chirurgicale. Fort heureusement, on eut la prudence d'attendre, et l'explosion secondaire vint juger la question diagnostique.

Quant au chancre de la conjonctive proprement dite, il affecte toujours le type du *chancre étalé*, et cela soit qu'il siège sur la paupière, soit qu'il affecte (ce qui est plus rare) la muqueuse du globe oculaire. Il se présente usuellement avec des dimensions variables entre celles d'une grande lentille et celles d'une amande; — avec une configuration soit arrondie, soit ovalaire; — sous forme d'une lésion érosive ou sub-ulcéreuse; — lésion à bords plats et sans entaillure; — à fond rouge ou rouge jaunâtre, plus rarement gris, opalin ou même diphthéroïde.

Quand il siège sur la muqueuse palpébrale, son induration peut souvent être perçue à travers l'épaisseur des téguments; mais elle échappe absolument lorsqu'il occupe la muqueuse bulbaire.

Ce chancre conjonctival éveille naturellement un éréthisme local qui se traduit par les signes usuels d'une conjonctivite (douleurs, ardeur, larmolement, arborisation vasculaire, etc.). — Le plus souvent légère ou moyenne, cette conjonctivite symptomatique peut devenir assez intense, jusqu'à déterminer un certain degré de chémosis. La complication prime alors la lésion principale; en sorte qu'une erreur possible à commettre et plusieurs fois commise est celle-ci: ne voir que la complication, l'épiphénomène, et laisser passer le chancre inaperçu.

*Adénopathie satellite.* — Elle se fait: 1° pour les chancres avoisinant l'angle externe de l'œil, dans le ganglion préauriculaire et les ganglions parotidiens; — 2° pour les chancres situés près de l'angle interne, dans les ganglions sous-maxillaires.

En outre — et ceci est vraiment digne de mention — il n'est pas rare de rencontrer *en aval* des premiers ganglions touchés par le chancre d'autres ganglions qui, affectés de la même façon, sont situés plus bas, à savoir dans les régions sus et sous-hyoidiennes, au-devant du sterno-mastoïdien. De sorte qu'en certains cas l'adénopathie du chancre oculaire est constituée par une véritable *chaîne de ganglions* qui, commençant au ganglion préauriculaire, se continue sur toute la région cervicale antérieure pour se terminer (et encore se termine-t-elle là?) au voisinage du creux sus-claviculaire.

*Évolution. Durée.* — L'évolution des chancres oculaires ne présente pas de particularités spéciales.

Leur durée, naturellement variable suivant les formes morbides, oscille le plus habituellement entre cinq, six ou sept semaines.

*Pronostic.* — En tant qu'accidents locaux, les chancres oculaires sont généralement bénins.

Presque toujours ils aboutissent à ce qu'on appelle la *restitutio ad*

*integrum*, c'est-à-dire disparaissent sans laisser de reliquats, voire de cicatrice apparente.

*Traitement.* — Les chancres externes seront pansés comme des chancres de la peau. Rien de spécial à dire sur leur traitement.

Pour les chancres internes, non susceptibles de pansements, on se bornera à prescrire ceci:

Bains locaux, dans une œillère; — fomentations, fréquemment répétées, avec une solution émolliente (camomille ou guimauve) employée tiède ou chaude; — pulvérisations émollientes; — lotions avec eau boriquée, en vue de prévenir les infections secondaires, etc.

Y a-t-il avantage à saupoudrer ces chancres de temps à autre, comme on l'a conseillé, avec du calomel, de l'oxyde jaune ou de l'iodoforme; — ou bien à pratiquer sur eux quelques onctions avec la vaseline, la vaseline boriquée ou telle autre pommade (pommade au calomel, à l'oxyde jaune, à l'iodoforme, etc., etc.)? Je ne vois pas qu'une expérimentation suffisante se soit prononcée à ce sujet. Quant à moi, sans vouloir juger la question, je crois, d'après ce que j'ai vu, que le mieux est de *ne pas toucher aux chancres internes de l'œil*. Tous les topiques que j'ai mis en usage m'ont semblé les irriter, et je me suis toujours trouvé mieux de ne rien faire que d'intervenir localement par les poudres ou les pommades.

Quant aux attouchements avec la solution de nitrate d'argent ou avec le crayon, ils sont sévèrement proscrits par la majorité des ophthalmologistes.

Enfin, les complications (blépharite, blépharo-conjonctivite, etc.) seront combattues par les méthodes en usage contre cet ordre d'accidents (fomentations chaudes, antiphlogistiques, sangsues, atropine, au besoin scarifications sur le chémosis, etc.) (1).

## CHANCRÉS DU VISAGE.

Peu communs (quarante cas seulement sur quatre cent quatre-vingt-quatre cas de chancre céphalique, dans ma statistique de ville).

Ils peuvent affecter, mais avec une fréquence inégale, les divers départements du visage. On en jugera d'après la statistique suivante

(1) Je n'ai observé qu'une seule fois l'*ophthalmie purulente* vraie comme complication du chancre oculaire. Il s'agissait, dans ce cas, d'un tout jeune enfant qui présentait, tout à fait au voisinage du grand angle de l'œil gauche, un large chancre ulcéreux, inflammatoire, et suppurant avec abondance. Sans doute, en dépit des précautions prises pour protéger l'œil, la conjonctive fut-elle touchée par la sécrétion du chancre. Toujours est-il qu'il se produisit une ophthalmie purulente de l'œil gauche, laquelle fut des plus violentes. — Cette ophthalmie guérit cependant, sous l'action de grands lavages très fréquemment répétés, de cautérisations au nitrate d'argent et de scarifications de la muqueuse.