

cornes, sur une largeur de 2 à 3 centimètres dans le sens antéro-postérieur.

Elle est élevée en plateau, sur une hauteur de 2 à 3 millimètres environ, à cela près de quelques mamelons partiels un peu plus proéminents.

Elle est rosée ou rougeâtre de surface. Son aspect n'est ni arborescent, ni papilliforme à la façon des végétations dites en chou-fleur. C'est celui d'une surface papuleuse, irrégulière, tantôt plane et lisse, tantôt inégale et mamelonnée. On dirait cette production formée par un tissu de bourgeons charnus agminés en nappe et, d'autre part, divisés en îlots par une série de sillons fissuraires, dont la plupart sont radiés et convergents vers l'anus.

Sèche sur quelques points, elle est érosive et suintante sur la plus grande partie de sa surface.

Au toucher, elle n'offre pas de résistance. Elle est même plutôt mollassée et ne donne que la sensation d'un épaissement de tissu.

On peut la dire indolente au palper. Mais, elle donne lieu spontanément à une certaine ardeur locale, avec sensation de brûlure et de démangeaisons, surtout à la suite des selles.

Bref, d'aspect, cette lésion n'est autre qu'une plaque ou une nappe de syphilide papulo-érosive. Sa physionomie est non pas analogue, mais *absolument identique* à celle des syphilides papuleuses de la région péri-anale. Impossible, au premier coup d'œil, comme après mûre analyse des détails objectifs locaux, de ne pas prendre cette lésion pour ce qu'elle n'est pas, à savoir pour une manifestation de syphilis. Tout le monde s'y trompe, et, je ne crains pas de répéter le mot, *il est impossible qu'on n'y soit pas trompé*, de par les signes d'objectivité.

Seuls, les commémoratifs et les éléments du diagnostic rationnel sont capables de redresser l'erreur. A savoir :

D'une part, antécédents d'incurie chronique, de saleté locale habituelle, d'irritations locales fréquemment renouvelées sous forme de cuissons, de démangeaisons, d'érythème, d'intertrigo, etc.

D'autre part, absence absolue de tout antécédent de syphilis soit acquise, soit héréditaire ; — et absence absolue de tout symptôme syphilitique actuel.

Il suit donc de là : 1° que cette lésion ne saurait être rattachée à la syphilis ; — et 2° qu'elle constitue une lésion *vulgaire*, non spécifique, laquelle ne peut être qu'une *dermite* simple, issue de causes banales, issue d'irritations locales, dont la plus habituelle et la plus active semble être la saleté. Et, en effet, dans tous les cas que j'en ai observés, cette lésion s'était produite soit sur des enfants, soit sur des jeunes gens d'une insigne malpropreté habituelle. — Les approches sodomiques peuvent-elles réclamer une part dans l'étiologie de l'affection, en tant que causes d'irritation locale ? C'est à croire rationnellement,

et me semble en avoir eu la preuve dans un cas qui s'est présenté à moi tout récemment.

On comprend l'intérêt médico-légal qui se rattache à cette dermite pseudo-syphilitique, laquelle peut donner lieu à des soupçons divers, notamment à des transmissions de syphilis. Et, en effet, la première fois que je l'ai dépistée, il ne s'agissait rien moins que d'une affaire criminelle, où un détenu était accusé d'attentat à la pudeur sur la personne d'un jeune enfant de huit ans, et cela en raison même d'une lésion de cet ordre, lésion qui avait été considérée comme le témoignage d'une contamination vénérienne (1).

Il est donc d'importance majeure que le médecin enregistre bien cette notion en ses souvenirs, à savoir : *qu'il peut se produire au voisinage de l'anus, spécialement chez les jeunes sujets, une lésion papulo-érosive, absolument syphilitique d'aspect, laquelle cependant n'est en rien syphilitique et ne constitue qu'une affection banale issue de causes banales, étrangères à la syphilis.*

#### SYPHILIDES BUCCO-GUTTURALES.

*Fréquence.* — Sans contradiction possible, ce sont là *les accidents les plus communs de toute la syphilis*. La fréquence en est excessive, énorme. D'une part, en effet, il est bien peu de malades qui, même bien traités, échappent à une ou quelques poussées de plaques muqueuses labiales, linguales ou gutturales. D'autre part, ce sont là des accidents essentiellement sujets à répétition. Et, enfin, il est nombre de malades (les fumeurs spécialement) chez lesquels ils se reproduisent à satiété, non pas seulement pour des mois, mais pour des années.

Nulle parité de fréquence d'un sexe à l'autre. Extraordinairement communes chez l'homme, les plaques muqueuses de la région bucco-gutturale sont infiniment plus rares chez la femme. Et cela pour deux raisons purement locales : 1° parce que la femme a généralement plus soin de sa bouche que l'homme ; — et 2° parce que la femme ne fume pas. — Tout naturellement, donc, les femmes qui fument rentrent dans la loi commune et sont exposées presque au même degré que l'homme aux accidents buccaux de la syphilis. J'ai vu, sur une jeune femme, qui avait contracté en Orient l'habitude ou plutôt l'abus de la cigarette, les syphilides pulluler à la bouche et récidiver incessamment.

*Étiologie.* — Les syphilides buccales peuvent être exclusivement spontanées. On les voit se produire sur des sujets qui ne fument pas

(1) Voy. *Pseudo-syphilis, végétation péri-annale simulant la plaque muqueuse hypertrophique*. Rapports médico-légaux par A. Fournier et Jules Socquet. Paris, 1892, J.-B. Baillière.

Deux autres cas de ce genre, observés dans mon service, ont été présentés plus récemment à la Société de médecine légale par mon interne, M. G. Brouardel (1896).

et qui observent la plus rigoureuse hygiène buccale. Mais il est incontestable que, plus que n'importe quel autre accident, elles obéissent dans leur apparition et surtout dans leurs réapparitions parfois extraordinairement multiples à toutes causes d'excitation locale.

Comme causes de cet ordre, citons : en première ligne, le tabac, fumé sous n'importe quelle forme (cigarette, cigare, pipe); — la chique; — l'alcool; — l'absence d'hygiène buccale, la malpropreté de la bouche; — le mauvais état de la dentition, etc.

*Siège.* — Comme siège, les syphilides bucco-gutturales peuvent affecter tous les départements de la bouche. Mais il est trois points sur lesquels elle sévissent de préférence et qui constituent pour elles de véritables *foyers de prédilection*. Ce sont, par ordre de fréquence :

1° En première ligne, et de beaucoup, la *région amygdalienne* (amygdale proprement dite et portions voisines des piliers du voile palatin);

2° La langue;

3° Les lèvres (sur leur face muqueuse, bien entendu).

Il est moins fréquent de les observer sur les autres régions de la cavité buccale, telles que : piliers du voile, voile, palais, joues, gencives, plancher de la bouche.

*CARACTÈRES CLINIQUES.* — L'absence de tout caractère spécial, à *fortiori* pathognomonique, pour les plaques muqueuses buccales est un fait qui, bien que négatif, doit être inscrit en vedette de l'exposé qui va suivre. Et cela, parce que journellement l'on entend ou l'on trouve imprimé ceci : « Plaques muqueuses évidentes de la bouche, plaques muqueuses caractéristiques, pathognomoniques », etc. Or, je ne saurais assez vivement protester contre cette prétention de reconnaître la plaque muqueuse de la bouche (comme, d'ailleurs, de n'importe quel siège) de par des caractères objectifs. Oui, sans doute, cette plaque muqueuse offre souvent (non pas toujours) une physionomie qui peut, qui doit même en faire suspecter la spécificité de nature; mais, quand on va au fond des choses, quand on descend à l'analyse des attributs, on ne trouve pas un signe, *pas un seul*, qui atteste péremptoirement que ladite lésion soit une plaque muqueuse. Il est à la bouche, comme ailleurs, mais plus qu'ailleurs, des affections vulgaires, complètement étrangères à la syphilis, qui prennent absolument le masque, la physionomie des syphilides. A n'en citer qu'un exemple, l'hydroa buccal réalise de merveilleux types de pseudo-plaques muqueuses buccales.

Donc, *il n'est pas permis de dire qu'une lésion buccale soit une plaque muqueuse de par les seuls caractères d'objectivité*. Une telle assertion ne se rencontrera jamais que dans la bouche de médecins n'ayant pas une expérience spéciale de la syphilis. Un syphiliographe de profession sera plus prudent et moins affirmatif. Il suspectera une plaque muqueuse buccale ou autre de par les signes objectifs; mais

il ne l'affirmera jamais *de visu*, mais il n'en établira formellement le diagnostic que sur un ensemble d'autres signes à propos desquels j'ai déjà eu l'occasion de m'expliquer dans ce qui précède. — C'est là un point, au surplus, sur lequel j'aurai bientôt à revenir, à propos du diagnostic différentiel.

Cela dit comme entrée en matière, abordons les descriptions spéciales.

*FORMES DIVERSES.* — Les syphilides buccales se présentent sous les mêmes formes que les syphilides muqueuses en général. Elles se rattachent toutes aux quatre types primordiaux sous lesquels nous avons rangé les lésions secondaires des muqueuses. Elles consistent donc soit en des érosions simples (*syphilides érosives*); — soit en des papules (*syphilides papulo-érosives*); — soit en des papules hypertrophiées (*syphilides papulo-hypertrophiques*); — soit enfin en des ulcérations (*syphilides ulcéreuses*) (1).

I. — *Premier type* : SYPHILIDE ÉROSIVE. — De beaucoup la plus commune et constituant le type par excellence des syphilides buccales.

La lésion qui la caractérise est véritablement minime. Elle ne consiste qu'en une simple abrasion superficielle et circonscrite du derme muqueux. Détaillons.

C'est une toute petite lésion, mesurant comme surface de quelques millimètres à 1 centimètre carré tout au plus; — lésion absolument superficielle et plate, c'est-à-dire ne créant ni entamure, ni relief; — non assujettie à une forme régulière; assez souvent arrondie, mais souvent aussi ovulaire, allongée, elliptique, quelquefois même fissuraire; — sans bords, c'est-à-dire sans arête circonférencielle; — à fond lisse ou très finement grenu; — à base souple et sans engorgement inflammatoire, de sorte qu'elle paraît simplement déposée sur des tissus sains; — à coloration très variable, comme nous le verrons par

(1) On a décrit, comme manifestation de syphilis secondaire, un « *érythème vermillon* » du voile palatin. Cet érythème, dit-on, serait notablement précoce, au point de devancer la première invasion des syphilides gutturales. Il aurait pour caractères : 1° une coloration d'un rouge très accentué et de tonalité vermillon; — 2° une limitation très exacte au bord du voile, dans l'étendue de quelques millimètres, au point qu'on le dirait « tracé par un coup de pinceau ». (Voy. G. BENOIST, Thèse de Paris, 1890.)

Je n'ai jamais rien constaté, pour ma part, qui réponde à cette description. Ce que j'ai vu, comme tout le monde, au cours de l'étape secondaire, c'est un certain degré d'érythème guttural, soit prémonitoire de syphilides muqueuses en voie d'écllosion, soit symptomatique de syphilides muqueuses accomplies. Mais cela mérite à peine d'être cité. — Ce que j'ai vu encore quelquefois, c'est un érythème diffus de l'isthme, accompagné ou non d'un léger embarras de la gorge. Mais je n'ai jamais osé rattacher une signification de spécificité à un symptôme de cet ordre qui ne laisse pas d'être assez commun (notamment chez les fumeurs, les alcooliques, les arthritiques, etc.), et qui, je l'affirme, se rencontre souvent chez des sujets indemnes de syphilis. Que la syphilis puisse en être cause, je ne vais pas à l'encontre; je mets en fait seulement qu'il n'a pas de caractères propres, suffisants à en attester l'origine.

la suite, mais le plus souvent rouge et d'un rouge plus foncé que celui de la muqueuse environnante.

Que l'on se représente par la pensée un vésicatoire en miniature du derme muqueux, vésicatoire ne dépassant pas l'étendue d'une lentille, d'un haricot, d'une petite amande, et l'on aura une image à peu près exacte de ce qu'est la syphilide érosive buccale.

II. — *Second type*: SYPHILIDE PAPULO-ÉROSIVE. — Moins commune que la précédente. — Elle ne diffère de celle-ci que par une particularité de configuration, à savoir l'exhaussement. C'est une syphilide érosive en saillie, faisant relief.

Et de deux choses l'une : tantôt cet exhaussement se produit, d'une façon irrégulière, sur tel point plutôt que sur tel autre, partiellement ou en totalité, comme pour une plaie qui bourgeonne et qui d'aventure bourgeonne ici plus que là ; — tantôt, et bien plus souvent, il se fait avec méthode et réalise d'emblée le type de la papule à la fois orbiculaire de contour, convexe et en plateau, en un mot le type de la papule dite « en pastille ».

III. — *Troisième type*: SYPHILIDE PAPULO-HYPERTROPHIQUE. — Rare, exceptionnelle même à la bouche. — Consistant simplement en une exagération du type précédent, sous forme de grosses papules végétantes, exhaussées, faisant un relief de 2 à 3 millimètres, grenues, mamelonnées, souvent multiples, parfois agminées et constituant alors des nappes muqueuses d'une certaine étendue, nappes irrégulières de contours et parcourues à leur surface par des sillons ulcéreux en rhagades.

Cette forme a un siège non pas exclusif, mais presque spécial, à savoir le dos de la langue, dans sa moitié postérieure. Elle bosselle là l'organe d'une étrange façon. D'où le nom de langue « en dos de crapaud » vulgairement assigné à cette lésion.

Elle n'est jamais primitive. Toujours elle succède à des syphilides de diverses formes (syphilides papuleuses notamment) non traitées, négligées, irritées par le tabac et l'état sordide de la bouche.

IV. — *Quatrième type*: SYPHILIDE ULCÉREUSE. — Assez commune. Constituée non plus seulement, à la façon de la syphilide érosive, par une simple érosion, mais par une entamure réelle du derme muqueux, par une ulcération véritable.

Cette ulcération toutefois est très différente des ulcérations tertiaires, et cela à deux titres : 1° parce qu'elle est beaucoup moins profonde, moins « excavante » que ces dernières ; — 2° parce qu'elle n'est pas encadrée et doublée, comme celles-ci, par des infiltrations dures qui leur constituent une sorte d'atmosphère néoplasique.

Chose curieuse, c'est la plus importante des syphilides secondaires, puisqu'elle est tant soit peu destructive ; et cependant c'est entre toutes celle qui a le moins de physionomie propre. Je ne puis, en effet, que répéter à son propos ce que j'ai déjà dit de son pendant,

la syphilide ulcéreuse génitale, à savoir qu'elle est *banale* d'aspect, qu'elle ressemble à toute ulcération vulgaire.

Généralement, elle n'a qu'une étendue minime ou moyenne, comparable à celle d'une pièce de vingt ou de cinquante centimes, d'un haricot, d'une amande. — Quelquefois arrondie ou ovale, d'autres fois elle est absolument irrégulière de configuration, comme lorsqu'elle siège aux commissures buccales, sur les côtés de la langue ou sur les piliers. — Habituellement rouge ou rougeâtre, elle peut présenter inversement une teinte grise ou d'un gris jaunâtre. — Elle est tantôt lisse et tantôt grenue, inégale de fond, etc.

Rien dans tout cela, je le répète, qui soit quelque peu spécial et qui confère à la lésion une réelle apparence de spécificité.

Tels sont les quatre types génériques sur lesquels sont modelées toutes les syphilides bucco-gutturales.

Mais tous ces types sont susceptibles de modifications multiples et de divers genres. Si bien, comme on va le voir, que le chapitre des variétés dépassera de beaucoup celui des descriptions générales.

VARIÉTÉS. — I. — *Variétés de nombre, de confluence*. — Il est possible qu'on n'ait à constater dans la bouche qu'une seule de ces lésions. Rien de plus commun chez les malades attentifs et soigneux de leur personne, qui accourent chez le médecin à la première alerte. Rien de plus commun aussi chez les malades qui ont déjà subi un long traitement et dont l'infection est sur le point de s'épuiser.

Mais il est non moins fréquent qu'on ait à observer au même instant plusieurs de ces lésions (c'est-à-dire deux, trois, quatre, cinq), et cela soit sur un même département, soit sur divers points de la bouche.

Enfin, en quelques cas, ces lésions affectent une véritable confluence. On voit des fumeurs, par exemple, se présenter dans le plus pitoyable état, avec la bouche littéralement criblée de plaques muqueuses sur les lèvres, sur la langue, sur le voile, sur les joues, sur les gencives, sur l'isthme guttural, etc.

II. — *Variétés d'étendue*. — J'ai comparé à une amande l'étendue moyenne d'une syphilide buccale. Or, il est des syphilides buccales beaucoup plus petites, comme il en est de beaucoup plus grandes. Ainsi :

1° On en rencontre communément qui tout au plus égalent en surface une lentille, un pépin de poire, un grain de blé. Sur les côtés de la langue, par exemple, on en voit de minuscules qui, sous forme allongée, fissuraire, ne dépassent pas en largeur le diamètre d'un grain d'avoine.

2° Inversement, les plaques muqueuses négligées, abandonnées à elles-mêmes et irritées par le tabac, s'élargissent jusqu'à prendre le

diamètre d'une pièce d'un franc, voire d'un pruneau. Elles peuvent même dépasser ces proportions, mais par le mécanisme de ce qu'on appelle la *coalescence*, c'est-à-dire la fusion de voisinage. Elles se présentent alors plus ou moins allongées, avec une irrégularité absolue de contours.

C'est ainsi qu'aux lèvres ces plaques agminées constituent parfois des *nappes muqueuses* transversales qui mesurent 3, 4, 6 centimètres de longueur. J'en ai vu qui se prolongeaient d'une commissure à l'autre. On en a même cité (mais cela est très rare) d'absolument orbiculaires, faisant tout le tour de la bouche.

C'est par ce même procédé de coalescence que tout l'isthme guttural aboutit quelquefois à être envahi par une nappe muqueuse géante qui, partant d'une amygdale, rejoint en demi-cercle l'autre amygdale, en suivant les piliers, le bord libre du voile et la luette; sans compter même que le cercle est quelquefois complété par des syphilides de la base de la langue.

La forme papuleuse des syphilides buccales ne se prête pas moins à cette agmination. Ainsi, il est commun de voir plusieurs papules s'agminer sur le dos de la langue et former là une nappe papuleuse d'une certaine étendue. Parfois même ces papules agminées, en s'hypertrophiant sous l'influence de l'incurie ou de l'action irritante du tabac, se transforment en grosses tubérosités linguales, lesquelles, massives, étendues, faisant véritablement *tumeur*, ont pu être confondues avec des productions malignes, épithéliomateuses.

III. — *Variétés d'aspect.* — **Plaques muqueuses opalines; plaques muqueuses diphthéroïdes.** — Les variétés de ce groupe dérivent de toutes les modifications possibles de la lésion comme étendue, comme configuration, comme état de bords et de fond, mais plus particulièrement encore comme couleur.

Or, à ce dernier point de vue, il existe des variétés nombreuses et importantes entre les diverses syphilides buccales.

Le plus habituellement, la plaque muqueuse buccale a la couleur du derme dénudé; c'est dire qu'elle est rouge, et d'un rouge foncé, plus brun, plus vineux que celui de la muqueuse normale.

Mais viennent les variétés.

D'abord, il est des plaques muqueuses d'un rouge peu différent de la teinte normale du tégument muqueux. Il en est même de simplement *rosées*, d'un rose pâle ou grisâtre.

Inversement, il en est qui sont plus rouges que de coutume, d'un rouge cramoisi, *purpurin*. Cela s'observe surtout alors que la lésion est enflammée ou irritée par une cause quelconque, telle que le tabac, un mauvais état de la dentition, le contact d'une dent ébréchée, à arête saillante, etc.

Ce ne sont là que des variétés sans grand intérêt. En voici, au contraire, de plus curieuses.

Très fréquemment, la plaque muqueuse buccale vire absolument de ton. Elle passe au *gris*, d'abord, pour arriver au *blanc*, par une gamme progressive où tous les tons intermédiaires ont leurs représentants. Suivons la gradation.

D'abord, rien de plus commun que la plaque muqueuse grisâtre, grisâtre soit partiellement, soit dans toute son étendue. Très souvent, on rencontre sur les lèvres, sur les amygdales, sur la langue, des érosions à centre terne, ardoisé, *cestré*, tandis que les parties périphériques sont teintées en rouge ou en rose. — D'autres fois, cette teinte grise se répand et s'étale sur toute la surface érodée.

En second lieu, cette teinte grise peut s'atténuer de ton, virer au blanc et devenir d'un gris blanchâtre. On a affaire alors à ce qu'on appelle la plaque muqueuse *opaline*, d'une couleur intermédiaire entre le gris et le blanc. — Quelquefois même (mais cela est beaucoup plus rare) cette teinte se nuance d'un certain reflet bleuâtre que l'on a comparé à la tonalité du gant gris-perle.

Ces plaques opalines *gris-perle* se rencontrent surtout aux lèvres, aux amygdales, et sur les côtés de la langue.

Enfin, dans un troisième degré, cette teinte grise passe au blanc véritable, et alors la lésion se présente avec une *teinte laiteuse* tout à fait extraordinaire. Pour prendre des comparaisons (meilleures en l'espèce que toute description), elle offre l'aspect soit d'une goutte de lait étalée sur la muqueuse, soit d'une couche de collodion desséché, soit (j'arrive au grand fait) d'une fausse membrane de diphthérie.

Oui, sans exagération, la plaque muqueuse buccale se présente parfois avec l'aspect d'une lésion de diphthérie. La preuve en est que cette comparaison, que ce mot de diphthérie se retrouve dans toutes les descriptions que l'on a données de cette forme particulière de la maladie.

Cet état diphthéroïde des syphilides buccales s'observe en divers points, à savoir : 1° comme siège d'élection, sur la région amygdalienne (amygdale proprement dite et muqueuse périphérique); — 2° sur les lèvres; — 3° plus rarement, à la langue; — 4° très exceptionnellement, sur le voile, sur la luette et sur le pharynx.

À la région amygdalienne, il est possible qu'un seul côté soit envahi; plus souvent la lésion est bilatérale.

Lorsque ces exsudats diphthéroïdes se produisent sur les lèvres ou la langue, ils ne sauraient donner lieu à des erreurs diagnostiques. On a bien vite fait, étant donné leur siège non habituel à la diphthérie, de les rapporter à leur véritable origine.

Mais c'est tout autre affaire alors qu'ils affectent l'isthme du gosier, région favorite de l'invasion diphthérique; et tout aussitôt surgit la panique de la diphthérie. Et, en effet, il n'est pas à le constater, ce qu'on voit ou ce qu'on croit voir à la gorge en pareille

occurrence, c'est la diphthérie, ou tout au moins un ensemble objectif qui y ressemble étonnamment. Tous les observateurs qui se sont trouvés aux prises avec des cas de cet ordre sont unanimes sur ce point. Tous ont été frappés, comme ils le déclarent dans leurs récits, non pas de l'analogie, mais de l'identité objective de cette fausse diphthérie syphilitique avec la diphthérie vraie.

Localement, en effet, ce que l'on constate est ceci : sur les amygdales tuméfiées et sur les parties avoisinantes des piliers, une exsudation pseudo-membraneuse bien manifeste, soit blanche, absolument blanche, soit, plus souvent, d'un blanc grisâtre ou d'un blanc sale ; — exsudation adhérente, fortement adhérente, ne se détachant sous le pinceau d'ouate qu'avec peine et en petits lambeaux, donc semblant enchâssée dans la muqueuse ; — souvent aussi, comme dans la diphthérie, engorgements ganglionnaires péripharyngés et sous-maxillaires.

Impossible, devant un tel aspect, de ne pas être pris de peur, tout au moins de se dérober à l'appréhension de la diphthérie.

Or, issu de l'aspect objectif, ce soupçon peut être écarté tout aussitôt, comme aussi il peut être corroboré par l'examen d'ensemble du malade. Car, deux alternatives sont possibles en l'espèce.

Tantôt, l'angine en question s'est produite et continuée à froid, sans symptômes généraux précurseurs et concomitants. C'est alors un sujet *bien portant*, absolument indemne de fièvre et de symptômes réactionnels, sur lequel on constate une « angine blanche ». Du coup, en ces cas, le diagnostic est fait, j'entends la diphthérie est exclue, car une infection diphthéritique n'est pas compatible avec un plein état de santé. Et si, d'autre part, les antécédents syphilitiques du malade sont connus, tout naturellement cette angine diphthéroïde devient imputable à la syphilis.

Mais tantôt, au contraire — seconde alternative, beaucoup plus commune, — cette angine blanche est d'ordre inflammatoire et coexiste avec des troubles généraux plus ou moins intenses. Le tableau clinique devient alors le suivant : d'une part, tous signes d'angine aiguë : douleur gutturale, dysphagie, gonflement amygdalien avec exsudation pseudo-membraneuse, voix nasonnée, troubles de l'ouïe, etc., etc. ; — et, d'autre part, réaction générale, fièvre assez vive, courbature, brisement, anorexie, pâleur, etc. — Comment, devant un tel ensemble, ne pas songer à la diphthérie ? Et, en effet, maintes fois on a été tenu en échec, voire *trompé* par des cas de cet ordre. Un médecin des plus distingués, le Dr Albert Robin, a raconté un fait dans lequel, consulté par une jeune femme affectée d'une angine blanche avec symptômes généraux et sympathiques assez accentués, il crut positivement à une angine diphthéritique. Il y crut même si bien qu'il fit isoler la malade. Puis, vingt-quatre heures après, la chute soudaine de la fièvre et l'ap-

parition de papules dûment syphilitiques sur le tronc vinrent rectifier le diagnostic.

*A fortiori*, l'erreur sera-t-elle plus facile encore si (comme cela s'est vu plusieurs fois) une laryngite spécifique vient s'ajouter à l'ensemble clinique précité. Car alors, qu'on me passe l'expression, *tout y est*, tout concourt à donner le change et à faire suspecter la diphthérie. Le cas suivant fixera les convictions du lecteur à cet égard.

Un de mes collègues, chirurgien des hôpitaux, est mandé une nuit, en toute hâte, à l'effet de décider « s'il y a lieu ou non de pratiquer une trachéotomie ». Il trouve une jeune femme dans un état, en effet, assez alarmant : d'une part, une angine blanche, « d'aspect absolument diphthéritique » ; — des ganglions assez nombreux ; — d'autre part, un état fébrile très accentué, avec symptômes d'accablement ; — et, finalement, un certain degré d'oppression, une toux rauque, une voix couverte, etc. Tout d'abord, il croit à un croup. Mais, par hasard, il aperçoit au sommet du thorax (en examinant le cou en vue d'une opération possible) quelques taches qui lui paraissent singulières ; il examine de plus près et découvre une véritable éruption qui lui semble bien être une roséole. Alors, il interroge le mari de la malade, lequel avoue une syphilis remontant à quelques mois. — Bref, des pilules de protoiodure remplacèrent très à propos la trachéotomie et avec plein succès.

Inutile de dire s'il y a un intérêt pratique et de premier ordre à différencier cette pseudo-diphthérie syphilitique de la diphthérie vraie, et réciproquement. Or, sur quelle base établir ce diagnostic ?

L'aspect objectif, nous venons de le voir, est absolument trompeur. Rien, non plus, à attendre des troubles fonctionnels, non plus de même que des symptômes généraux. — Rien de mieux à espérer de l'histologie, puisque les histologistes concluent à l'identité de structure entre les fausses membranes de la diphthérie et celles de la syphilis. — Un seul recours est offert par la *bactériologie*, dont le rôle, ici, sera de déterminer si le bacille de Klebs-Löffler existe ou non dans les fausses membranes. C'est donc à ce précieux critérium qu'il conviendra d'en appeler immédiatement pour fixer le diagnostic.

Deux procédés sont appliqués couramment à ce genre de recherches, à savoir : l'un expéditif, presque instantané (n'exigeant du moins que quelques minutes), mais malheureusement quelque peu infidèle dans ses résultats ; — l'autre plus long, réclamant quinze à seize heures, mais absolument sûr, péremptoire.

Le premier (auquel on peut toujours avoir recours, quitte à le contrôler par le second) consiste en ceci : recueillir quelques débris de la fausse membrane et les frotter sur des lamelles ; — les sécher à la flamme ; — les colorer (soit avec le violet de gentiane, par la méthode de Gram, soit avec le bleu de Löffler ou le bleu de Roux et Yersin) ;