

et les examiner au microscope. On reconnaît alors (ou l'on peut reconnaître) le bacille spécifique à sa forme en bâtonnet, à bouts arrondis, légèrement recourbés, parfois renflés en poire.

Second procédé : on ensemence les débris membraneux dans une série de tubes contenant du sérum stérilisé et gélatinisé ; — on place ces tubes à l'étuve (38°) ; — et l'on attend quinze à seize heures. — Dès ce moment on doit trouver, en cas de diphthérie vraie, des colonies bacillaires assez nettes pour qu'on y puisse sûrement reconnaître le bacille spécifique.

Dernier point : Qu'est-ce que cette angine diphthéroïde de la syphilis ? Est-ce une angine syphilitique pure et simple, dont la fausse membrane serait le produit du bacille encore inconnu de la syphilis ? Ou bien ne serait-ce là qu'une angine syphilitique compliquée d'une infection secondaire, c'est-à-dire infectée elle-même par un de ces bacilles qui, comme le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, sont capables d'engendrer des angines blanches ? Le problème se pose. A peine jusqu'alors a-t-il donné lieu à quelques recherches encore très incomplètes. Donc, n'en préjugeons rien.

IV. — *Variétés de configuration.* — **Syphilides circinées.** — Les syphilides buccales n'ont pas une grande prédilection pour la modalité circinée. Cependant, comme toutes les autres syphilides, elles se présentent de temps à autre sous tel ou tel des deux types suivants :

Le type *annulaire*, rare et exclusivement propre aux syphilides érosives, qui parfois décrivent sur la muqueuse buccale (lèvres, langue ou palais) de véritables « bagues érosives » à centre sain ;

Le type *arciforme*, infiniment plus commun que le précédent, s'observant avec les syphilides érosives ou ulcéreuses, et caractérisé par des segments de cercle, des fers à cheval, des croissants.

Besoin est de bien spécifier que ces diverses configurations circinées ne sont en rien, sur la muqueuse buccale, l'apanage exclusif de la syphilis. Pour leur avoir indûment accordé ce caractère, on a longtemps, voire jusqu'à nos jours, considéré comme syphilides diverses lésions qui n'ont rien de commun avec la syphilis, telles, par exemple, que la glossite desquamative du nourrisson, la glossite exfoliante marginée, etc.

V. — *Variétés régionales.* — La spécialité de siège modifie plus ou moins, voire parfois du tout au tout, l'aspect des syphilides buccales. Ainsi :

1. Certaines syphilides labiales qui se trouvent pour ainsi dire à cheval sur le segment muqueux ou semi-muqueux et le segment cutané des lèvres, se présentent ici et là avec des caractères très disparates.

Sur le premier de ces segments, elles consistent en des érosions rouges, assez semblables à la surface d'un vésicatoire ; sur le second, elles offrent l'aspect de lésions croûteuses ou croûtelleuses.

II. — Lorsqu'elles siègent aux commissures buccales, les syphi-

lides muqueuses sont généralement divisées en deux segments (un sur chaque lèvre), lesquels s'adosent quand la bouche est fermée, pour s'écarter quand elle s'entr'ouvre. De plus, ces deux segments sont séparés par un sillon linéaire qui répond au pli même de la commissure, et ce sillon est presque toujours excorié, sanguinolent, semblable à ce qu'on appelle une *rhagade*, et plus ou moins douloureux parce qu'il est incessamment irrité ou déchiré par les mouvements des lèvres. — Quelquefois aussi le pourtour de la surface érosive est limité du côté de la peau par une sorte de collerette granulée, papillomateuse, ou de bourrelet croûtelleux. — Tous ces petits détails donnent à la lésion une physionomie quelque peu particulière.

III. — Sur les bords de la langue, les syphilides affectent souvent une forme spéciale, la *forme fissuraire*. Se logeant dans les sillons normaux de l'organe, elles n'affectent là d'autres caractères que ceux d'érosions étroites, allongées, verticales, mal déterminées de contours, tantôt rouges et tantôt opalines. Il serait le plus souvent impossible d'en affirmer la spécificité, n'étaient les antécédents du malade et les autres manifestations concomitantes.

IV. — Sur le dos de la langue, elles présentent deux variétés, dont l'une surtout est très intéressante et particulièrement commune.

1° D'abord, elles prennent souvent la forme *fissuraire*, et cela parce qu'elles se logent dans les sillons normaux de l'organe qu'elles transforment en de véritables rhagades, lesquelles s'ouvrent en branches de V par déplissement. — Quelquefois encore elles figurent des fissures *étoilées*, alors qu'elles occupent le point de réunion de plusieurs sillons anastomosés.

2° Plus souvent encore elles constituent là une forme toute spéciale de lésions que j'ai décrites de vieille date sous les noms de **plaques lisses** ou **plaques fauchées de la langue** ou de **glossite dépapillante**, et qu'on a baptisées encore de qualifications diverses (*disques desquamatifs, plaques tonsurées de la langue, alopecie linguale, etc.*).

Ce qu'on voit est ceci : au milieu du gazon, du chevelu papillaire de la langue, une ou plusieurs surfaces bien circonscrites qui sont devenues lisses, unies, polies, comme si l'on y avait rasé les papilles, et par cela même contrastant avec l'état villeux des parties voisines. On dirait (la comparaison est si exacte qu'elle s'impose) des surfaces « fauchées dans une prairie ». Et, en effet, la lésion qui donne lieu à cet aspect étrange consiste dans la chute des prolongements cornés des papilles filiformes. « On sait, dit M. Cornil, que les papilles filiformes qui constituent comme des touffes d'herbe sur le dos de la langue présentent un piquant, une longue saillie composée de cellules cornées imbriquées les unes sur les autres et dont les plus inférieures sont implantées sur une petite papille à peine saillante. La partie épithélique cornée a une très grande longueur, un demi-millimètre, un millimètre et plus. Que ces énormes prolongements

épidermiques tombent, et ils tombent en réalité au niveau des plaques muqueuses que nous étudions, vous aurez une surface lisse, plane, recouverte simplement par les couches stratifiées du corps muqueux, mais privée de ses prolongements filiformes d'épiderme corné. La plaque paraît dans son ensemble d'autant plus lisse, d'autant plus déprimée, qu'autour d'elle les prolongements cornés des papilles filiformes sont conservés avec leur longueur, accrue encore par l'inflammation linguale, etc... ».

Ce sont donc là de véritables plaques *alopéciques*, si je puis ainsi parler, constituées par la chute du chevelu papillaire.

Ces plaques ont toujours des contours nettement circonscrits. Elles se différencient des parties voisines non pas seulement par leur état lisse de surface, mais aussi par leur couleur, qui est d'un rouge plus foncé que celui de la muqueuse normale. — Elles sont variables de configuration et d'étendue : quelquefois régulièrement arrondies, d'autres fois ovalaires et à grand axe antéro-postérieur, d'autres fois irrégulières ; — mesurant en général l'étendue d'une pièce de vingt centimes ou d'un haricot, d'une amande, mais parfois beaucoup plus petites ou beaucoup plus considérables. On en voit ainsi qui se réduisent aux proportions d'une lentille, d'un pépin de poire, d'une tête d'épingle. Et, inversement, il en est qui font véritablement *nappe* en s'étalant sur tout un département de l'organe, par exemple sur toute une moitié latérale ou antérieure de la langue.

Cette variété de syphilide n'est pas seulement remarquable par son caractère de glossite *dépapillante* ; elle l'est aussi par ce fait qu'elle se produit *à sec*, si je puis ainsi parler. Elle rase bien les papilles, mais elle ne touche pas au derme lingual, en sorte que la surface tégumentaire reste intacte, non dénudée, non érosive. On a donc affaire de la sorte à une singulière **plaque muqueuse sèche**, et sèche sur une muqueuse ! Exception unique en l'espèce.

C'est seulement par le fait de complications que cette lésion devient quelquefois humide, érosive ou ulcéreuse.

VI. — *Variétés comme troubles fonctionnels.* — **Plaques muqueuses latentes, ignorées.** — Les syphilides muqueuses de la bouche n'ont pas et ne sauraient avoir de symptomatologie propre ; elles ne se traduisent que par les symptômes propres à toutes les lésions buccales.

Or, ces symptômes sont de trois ordres : 1° des phénomènes douloureux, très variables, depuis la simple gêne locale jusqu'à la douleur vraie ; — 2° une certaine exagération réflexe de la salivation ; — 3° quelques troubles fonctionnels de mastication, de parole, de déglutition, etc.

Mais quelle inégalité dans ces trois symptômes d'un malade à un autre ! Tel souffre véritablement de plaques muqueuses buccales, et tel autre ne s'en aperçoit même pas. Tel en éprouve un réel

ptyalisme, et tel autre reste exempt de la moindre exagération salivaire. Tel en est gêné pour la mastication, la parole, la déglutition, et tel autre n'en ressent aucun trouble.

Ces différences dans l'expression clinique d'un même ordre de lésions ont généralement leur explication dans des conditions matérielles, relevant du siège, du nombre, de l'étendue, de la modalité phlegmasique ou aphlegmasique des lésions, des complications qui peuvent s'y adjoindre, de l'incurie buccale, des excitations surajoutées, etc., etc. — Quelques exemples :

1° Le siège des lésions joue un rôle majeur en l'espèce, à ce point que, sans exagération, telles ou telles régions de la bouche peuvent être dites *tolérantes* ou *intolérantes* vis-à-vis de la plaque muqueuse. Ainsi, nulle parité, au point de vue de la douleur, entre une plaque muqueuse du palais osseux et une plaque muqueuse du bout de la langue. Une large plaque du palais peut rester ignorée, tant elle est peu sensible. Une minuscule érosion du bout de la langue est agaçante, douloureuse, énervante, gêne la parole, gêne la mastication, et détermine un certain ptyalisme.

2° La forme de la lésion n'est même pas sans importance quelquefois. Une plaque muqueuse étalée est peu douloureuse ; tandis qu'une plaque fissuraire, en rhagade, est toujours éminemment pénible, sans doute parce qu'elle est plus profonde et retentit sur des filets nerveux.

3° L'étendue et le nombre des lésions ont naturellement une influence bien plus marquée. Une petite plaque ou même quelques petites plaques ne font qu'exciter un peu de gêne et une sensibilité légère. Mais des plaques étendues, multiples de siège, confluentes, ne manquent jamais de déterminer une scène symptomatologique tout autre, à savoir : endolorissement général de la bouche ; sensibilité, voire douleur et parfois douleur très vive au contact des aliments chauds, salés, acides, plus spécialement encore du vin, de l'alcool, de la fumée de tabac ; — salivation accrue, avec besoins fréquents d'expuition ; — gêne plus ou moins notable et gêne douloureuse pour la mastication, pour la parole, pour tous les mouvements de la langue, etc. — De plus, si les plaques siègent au niveau de l'isthme guttural, tous phénomènes d'angine : douleur continue à la gorge ; douleur accrue dans la déglutition des aliments et de la salive ; dysphagie véritable, parfois même sentiment d'une sorte de constriction gutturale, de strangulation ; sommeil troublé par besoin d'expuition, etc. C'est à un tel ensemble clinique qu'on réserve le nom d'**angine secondaire**.

4° Ces symptômes, enfin, s'élèvent parfois à un degré supérieur encore et atteignent leur apogée, lorsqu'aux conditions précédentes vient s'adjoindre une cause d'excitation étrangère. Or, en pareil cas, la cause d'excitation par excellence, c'est le *tabac*.

Un malade qui fume alors qu'il est affecté de plaques muqueuses buccales et surtout un malade qui fume incessamment (le type du genre est le fumeur de cigarettes) aboutit à congestionner ces lésions et à leur conférer un état d'érythème inflammatoire dont on ne peut juger qu'après l'avoir de ses yeux vu et dûment constaté un certain nombre de fois.

Sous cette influence, les plaques muqueuses deviennent littéralement rouges, cramoisies, *purpurines*, turgescents, et, d'autre part, douloureuses, extraordinairement douloureuses. Simultanément, toute la muqueuse buccale rougit et s'enflamme à l'unisson. La salivation réflexe s'accroît jusqu'à dégénérer en ptyalisme continu. La bouche acquiert une sensibilité éréthique, nerveuse, qui fait que la mastication n'est plus tolérée, que les boissons les plus anodines, telles que le lait et l'eau, excitent au passage une impression des plus pénibles, que la parole même s'embarrasse en raison de la difficulté des mouvements de la langue et d'un afflux salivaire exubérant. Longtemps le fumeur intrépide lutte contre de tels symptômes; mais, à un moment, la souffrance devient telle qu'il se condamne lui-même — sacrifice suprême — à déposer la cigarette; il est vaincu par la douleur.

Nul besoin de dire qu'un tel ensemble de symptômes n'est pas l'œuvre de la syphilis seule; il compose en réalité une espèce *hybride*, résultant de l'association d'une *stomatite nicotique* à des syphilides buccales.

5° Voilà, certes, toute une série de raisons bien suffisantes, d'une façon générale, à expliquer les différences qu'on observe d'un malade à un autre en tant que phénomènes symptomatiques des plaques muqueuses buccales. Et cependant il est des cas dont les conditions précédentes ne rendent en rien compte. Exemple : Deux malades sont, je suppose, affectés au même siège de plaques muqueuses de même étendue, de même aspect, de même importance comme lésions; eh bien, il est possible que l'un en souffre et que l'autre n'en souffre pas, voire ne s'en aperçoive pas. Pourquoi? Cela est inexplicable, mais cela n'en est pas moins authentique. Et ce fait même comporte un si haut intérêt pour la pratique, notamment pour la prophylaxie, que besoin est d'y insister comme il le mérite.

Chacun sait que, comme règle habituelle, la plaque muqueuse amygdalienne est douloureuse. Elle l'est plus ou moins, mais elle l'est. Les malades qui n'en souffrent pas à proprement parler en sont tout au moins avertis par une certaine gêne à la gorge, avec difficulté de déglutition. Comme ils le disent eux-mêmes, ils sentent « quelque chose à la gorge », quelque chose « qui n'est pas naturel », et ils viennent à ce propos se faire examiner.

Or, il est aussi certains sujets qui, affectés de lésions identiques comme siège et comme importance, n'en souffrent réellement pas ou

en souffrent si peu qu'ils n'y prennent pas garde, ne s'en inquiètent pas, n'y prêtent pas attention. Il en est même qui ne s'en aperçoivent absolument pas. Que de fois ne m'est-il pas arrivé, et cela en ville comme à l'hôpital, de découvrir des plaques muqueuses amygdaliennes sur des malades qui ne se plaignaient en rien de la gorge, qui disaient « n'y rien sentir », et qui restaient ébahis (non moins que fort anxieux quelquefois) d'avoir là un accident qui ne s'était révélé pour eux par aucun trouble, aucune douleur !

Or, il est à cela une conséquence, et une conséquence grave. C'est que de tels sujets, *dans l'ignorance où ils sont de leur mal, s'exposent à le transmettre*. Exemple :

Je reçois un jour la visite d'un jeune officier. « Il a eu, me raconte-t-il, la syphilis il y a quinze mois. Il s'en est traité, bien traité, et depuis un an il est resté indemne de tout accident. *Il n'a rien* non plus aujourd'hui; mais, comme il va partir pour un assez long voyage, il vient s'informer près de moi de ce qui lui reste à faire comme traitement. » Je l'examine, et lui trouve, sur une amygdale, une plaque muqueuse très caractérisée, opaline, indéniable. D'abord, stupéfaction de mon malade : « C'est impossible, me dit-il, impossible; car, je m'observe bien, je m'étudie, et *je ne me suis rien senti à la gorge*. » Puis, explosion de désespoir : « Alors, avec cela j'ai pu transmettre ma maladie ! Eh bien, hier, j'ai eu rapport avec une jeune femme mariée que j'adore, et je n'aurais pas été capable d'une telle infamie si j'avais pu me croire malade ! Mais, sur mon honneur, je ne pouvais me croire malade, n'ayant rien, absolument rien senti d'anormal dans ma gorge. »

Or, les faits de ce genre sont loin d'être rares. J'ai déjà vu nombre de fois, dans la clientèle de ville, des contagions syphilitiques être transmises par des plaques buccales restées *ignorées*, et restées ignorées parce qu'elles n'avaient donné lieu à aucun symptôme, à aucune douleur. J'aurais à citer, par exemple, plusieurs cas dans lesquels des maris affectés de syphilis ont contagionné leur femme par des syphilides de la bouche ou de la gorge, et cela bien qu'avertis, bien que se surveillant, s'épiaient, s'examinant chaque jour avec le plus grand soin. Inutile de dire si de tels faits sont à enregistrer pour la pratique.

De là, au total, deux enseignements à déduire :

1° C'est, d'abord, que nous devons, nous, médecins, nous astreindre à inspecter la bouche et la gorge de tout sujet syphilitique qui se présente à notre examen; et cela *dans tous les cas*, et cela alors même que notre consultant déclare « ne rien avoir là ». Car, plus d'une fois, il nous arrivera de découvrir là des lésions *ignorées*, du fait desquelles une contamination pourrait être transmise.

2° C'est, en second lieu, que tout sujet syphilitique qui prétend, en dépit de sa syphilis, vivre de la vie commune (j'entends de la vie

conjugale ou pseudo-conjugale) doit obéir à l'obligation de s'observer et, notamment, de se surveiller avec un soin minutieux la bouche et la gorge (à ne parler pour l'instant que de ces deux organes); car il peut porter là *inconsciemment* des lésions d'ordre contagieux. Or, cela, nos malades ont bien le droit, étrangers qu'ils sont aux choses médicales, de *ne pas le savoir*; mais c'est à nous de le leur apprendre, pour les tenir en garde contre cet ordre de *contagions possibles par accidents ignorés*.

DIAGNOSTIC. — Tout d'abord, **la plaque muqueuse buccale a-t-elle quelque attribut propre, spécial?** — Cela serait à croire, puisqu'à tout instant on entend parler de plaques muqueuses « caractéristiques ». Voyons donc quels caractères peuvent ainsi la déterminer spécifiquement.

Serait-ce sa configuration? Mais cette configuration est éminemment variable, tantôt arrondie, tantôt ovalaire ou elliptique, tantôt fissuraire, etc.

Serait-ce son étendue? Mais il y a des plaques muqueuses petites, moyennes ou grandes.

Serait-ce quelque attribut tiré de ses bords ou de son fond? Mais nous n'avons rien trouvé de semblable dans l'analyse clinique que nous venons de faire de la lésion.

Serait-ce sa couleur? Mais cette couleur varie du rouge au gris et du gris au blanc, etc.; elle est donc sujette à trop de variétés pour constituer un élément sémiologique.

Et ainsi de suite.

Bref, quand on analyse un à un les caractères objectifs de la plaque muqueuse buccale pour les comparer à ceux d'autres lésions de même siège, on n'aboutit à trouver quoi que ce soit qui lui appartienne en propre et qui soit de nature à la dénoncer, à l'attester sûrement en tant que plaque muqueuse.

Tout au plus, dans deux de ses formes, présente-t-elle une physionomie, sinon caractéristique, au moins quelque peu particulière, à savoir :

1° Dans sa forme papuleuse, où, tout à la fois orbiculaire de contour et convexe de surface, elle constitue une véritable **pastille** déposée sur le tégument muqueux. Cette configuration en pastille lui est presque propre, et l'on peut dire, sans exagération, que toute lésion qui présente cet aspect devient, de par cela seul, fortement suspecte. On conçoit toutefois que la lésion la plus vulgaire, venant à s'exhausser accidentellement, est susceptible de prendre une physionomie à peu près semblable.

2° Dans sa forme **en segment d'anneau**. — Assurément, cette autre configuration est plus familière à la syphilis qu'à toute autre lésion buccale, mais elle ne lui appartient pas en propre. A preuve la

glossite exfoliante marginée qui, elle aussi, se caractérise par des lésions en segments de circonférence.

En définitive, donc, *la plaque muqueuse buccale n'a pas de signe objectif qu'on puisse dire caractéristique*. Et les auteurs qui ont parlé de « plaques muqueuses buccales caractéristiques » ont doté imprudemment ces lésions d'une spécificité objective qu'elles ne possèdent pas.

La preuve en est qu'en pratique on ne diagnostique pas la plaque muqueuse buccale par elle-même, non plus que la syphilis par la plaque muqueuse, mais bien qu'on diagnostique la plaque muqueuse par la syphilis, c'est-à-dire par le concours d'autres accidents spécifiques, soit actuels, soit antérieurs. Exemple : Un malade se présente à nous avec une érosion buccale ou gutturale qui, de par ses caractères objectifs, peut bien être une plaque muqueuse. *De visu* et sans autres considérations, allons-nous assigner à cette lésion la qualité de plaque muqueuse? Nous nous en garderons bien, et pour cause. Tout au contraire, que faisons-nous, et cela bien plus sagement? Nous nous empressons de rechercher sur le malade soit d'autres accidents contemporains de syphilis, ou, à leur défaut, des stigmates ou des signes d'anamnèse relatifs à la syphilis. Et alors, de deux choses l'une : ou bien nous trouvons le malade en état non douteux de spécificité, et, dans ce cas, nous concluons de ce fait que, suivant toute vraisemblance, la lésion doit être une plaque muqueuse; — ou bien notre examen ne relève rien de suspect, et, dans cette seconde alternative, nous nous abstenons prudemment d'un diagnostic ferme en nous bornant à dire : Voilà une lésion qui ressemble bien à une plaque muqueuse; mais impossible à nous de l'affirmer comme telle, en l'absence de tout autre témoignage de spécificité.

Cela posé en principe, venons au diagnostic différentiel.

Il est une foule d'affections, et des plus diverses, qui, à la bouche, peuvent donner le change pour la plaque muqueuse syphilitique. Je citerai les principales, en insistant seulement sur celles qui sont de nature à constituer de réelles difficultés pour la pratique.

1. — **Érosions simples**, inflammatoires ou autres. — De telles lésions peuvent simuler la plaque muqueuse dans sa forme érosive, tout à fait superficielle. Par exemple, rien de plus analogue objectivement à une syphilide érosive qu'une érosion résultant d'un abus chronique de tabac ou d'une brûlure provenant de la cigarette.

On trouve écrit partout que ces lésions banales se différencient de la plaque muqueuse en ce qu'elles sont d'étendue moindre; — de forme moins régulière, moins arrondie; — en ce qu'elles sont plus rouges, plus inflammatoires; — en ce qu'elles affectent une durée moindre, etc. Cela est vrai. Mais, d'une part, ces signes sont loin

d'être constants, et, d'autre part, ils ne consistent qu'en des nuances. Or, ce sont là, malheureusement, les seuls dont on dispose. De sorte qu'en réalité il est souvent non pas difficile, mais impossible (qu'on remarque le mot) d'instituer un diagnostic formel entre deux lésions cependant si distantes comme nature et comme importance clinique, à savoir : une insignifiante érosion de la bouche et une plaque muqueuse, expression d'une maladie telle que la syphilis. Au reste, cette réflexion trouvera aussi sa place dans plusieurs des chapitres qui vont suivre.

II. — **Herpès buccal**, et notamment, **herpès récidivant buccal**. — L'herpès accidentel, qui ne se produit que pour une fois, n'est qu'une rareté dans la syphilis. Au contraire, l'herpès récidivant y est fort commun. Or, en raison de ses répétitions incessantes et de sa durée, non moins aussi que des incertitudes diagnostiques auxquelles il donne lieu bien souvent, ce dernier devient une affection importante qui fait le désespoir des malades et du médecin. Il mérite donc d'être connu, et ce ne sera pas un hors-d'œuvre, je pense, que de reproduire ici la description que j'en ai donnée ailleurs (1).

« ... Sans avoir une fréquence comparable à celle de l'herpès récidivant génital, l'herpès récidivant buccal ne laisse pas cependant d'être assez commun. On ne le rencontre guère à l'hôpital, c'est vrai, mais cela pour la très simple raison que nos malades d'hôpital n'ont pas de temps à perdre pour venir nous consulter à propos d'une affection sans gravité. C'est donc presque exclusivement dans la clientèle de ville qu'on fait connaissance avec cette entité morbide et qu'on peut l'étudier, la suivre dans sa longue carrière.

1. — Il n'est pas d'exagération à dire que cet herpès buccal constitue à tous égards le digne pendant de l'herpès génital récidivant. Comme ce dernier, en effet, c'est un herpès ; — comme lui, c'est un herpès à récurrences multiples, devenant un ennui, un véritable cauchemar pour les malades ; — comme lui, enfin, c'est une affection extraordinairement rebelle et d'une longévité désespérante.

Il ne s'en rapproche pas moins par l'obscurité de son étiologie. Et, en effet, ses causes efficientes, vraies, celles qu'il serait le plus intéressant de connaître, nous échappent absolument.

Ce que nous en savons, au point de vue étiologique, se borne à la notion de quelques causes prédisposantes ou indirectes, l'une d'elles d'importance majeure cependant.

Ainsi, de même que l'herpès génital, il affecte presque exclusivement les jeunes sujets. — Comme lui encore, il semble trouver une prédisposition dans le tempérament arthritique.

Il sévit sur l'homme et respecte le sexe féminin. Tout au moins, ne l'avons-nous encore observé que très rarement chez la femme.

(1) Voy. *Leçons sur l'herpès*, recueillies par le Dr Emery. Paris, 1896.

Mais voici qui est bien autrement curieux. Il trouve certainement une cause d'appel dans une affection spéciale, à savoir la *syphilis*. On peut dire que, dix-neuf fois sur vingt, cet herpès est en connexion avec la syphilis, et cela, toujours dans les mêmes conditions qu'il importe de préciser. Presque invariablement, c'est au cours ou à la suite de l'étape secondaire qu'il commence à apparaître, pour continuer au delà sa longue carrière ; c'est-à-dire qu'on l'observe sur des sujets en puissance de syphilis depuis un, deux, trois, quatre ans, conséquemment à l'époque ou peu après l'époque où les syphilides buccales secondaires accomplissent ou viennent de terminer leur évolution. Plus généralement encore il leur succède, il les remplace. Il constitue donc, en quelque sorte, ce qu'on pourrait appeler un accident métasyphilitique.

Est-ce l'irritation buccale, conséquence des syphilides secondaires de la région, qui suffit à lui servir d'invite et de provocation ?

Ou bien est-il sollicité, appelé sur la bouche par d'autres irritations connexes, telles que l'irritation mercurielle et le tabac ?

Ou bien encore obéit-il à l'ensemble de ces diverses causes provocatrices ? C'est là ce qui ne saurait encore être déterminé.

Toujours est-il que la scène, telle qu'elle se présente presque invariablement, est la suivante :

Un jeune homme a contracté la syphilis. Du fait de cette syphilis, il a éprouvé divers accidents et notamment des accidents buccaux qui se sont d'autant plus répétés que c'est un fumeur. On l'a traité par le mercure longuement, assidûment ; tout a cédé ; il n'est plus question de rien et la syphilis paraît éteinte. Puis, voici que tout à coup des érosions apparaissent à la bouche, sur la langue notamment. Ces érosions (que généralement on ne manque guère de prendre pour des plaques muqueuses), on s'empresse de les cautériser et de les combattre par quelques topiques, en même temps que par un nouveau traitement mercuriel. Huit jours plus tard, c'en est fait, et ces érosions ont disparu.

Puis, quelques semaines au delà, invasion nouvelle d'érosions tout à fait semblables aux premières et de caractère et de siège. Nouveau traitement, et même guérison rapide.

Puis, quelques semaines ou quelques mois plus tard, mêmes accidents. — Et ainsi de suite, comme pour l'herpès génital récidivant.

Finalement, cela se continue de la sorte pendant des mois et des années, en dépit de tous les traitements locaux ou généraux, en dépit, notamment, et peut-être même en raison des traitements mercuriels que l'on se croit obligé de prodiguer contre des récurrences d'accidents toujours et à tort considérés comme spécifiques.

Telle est, en abrégé, la scène, qui reproduit exactement à la bouche ce qu'est l'herpès récidivant génital à la verge, de façon à réaliser, au total, un véritable *herpès récidivant buccal*.