

ii. — Comme localisation, cet herpès peut occuper à peu près tous les départements de la bouche, mais il a, dans la bouche, un siège par excellence qu'il affecte au moins dix-neuf fois sur vingt. C'est la *langue*.

Et, sur la langue, il a aussi ses districts préférés; le plus souvent il se cantonne le long des *bords latéraux* de cet organe.

En dehors de la langue, et le plus souvent en coïncidence avec des localisations linguales, il se porte le plus fréquemment sur les lèvres et les joues.

iii. — Ses caractères objectifs ne sont autres que ceux d'une éruption herpétique des muqueuses. Mais ici, les détails, voire les détails minutieux, sont nécessaires; car on conçoit facilement qu'il y ait grand intérêt à différencier objectivement l'herpès buccal de la lésion qu'il est le mieux fait pour simuler, à savoir: la syphilide buccale érosive.

L'herpès lingual peut se présenter à l'observation sous trois aspects différents, qui ne sont que des aspects d'âges divers, c'est-à-dire:

Sous celui d'une simple *tache grisâtre*, opaline, lactescente, laiteuse même quelquefois;

Sous celui d'une *érosion encadrée d'une collerette blanchâtre*;

Sous celui d'une *érosion* pure et simple.

Dans son premier âge, l'herpès lingual n'est que ceci: une tache sur la langue, une toute petite tache, mesurant l'aire d'une tête d'épingle, d'une lentille, d'un pépin de poire, au maximum d'un pépin d'orange.

Cette tache, qui fait à peine une saillie appréciable sur le derme muqueux, est grisâtre, opaline, lactescente, voire laiteuse quelquefois; on dirait qu'à ce niveau la langue a été recouverte d'un enduit de collodion; on dirait (et ceci est la vérité anatomique) que l'épithélium en voie de décollement et déjà macéré par la salive ne forme plus à la surface de l'organe qu'un revêtement pseudo-membraneux près de se rompre et de se détacher.

Puis, en effet, cet épithélium mort se désagrège, se détruit du centre à la circonférence de la lésion, et finit par tomber en laissant à nu la surface du derme.

Si bien qu'à un moment donné, alors que des lambeaux d'épithélium restent encore adhérents à la circonférence de la plaque, la lésion apparaît sous forme d'une érosion encadrée par une *collerette blanchâtre*, laquelle est formée par un liséré d'épithélium non encore détaché.

Cette collerette, cela va sans dire, peut être complète ou incomplète. Vient un moment où elle n'est plus constituée que par de petits débris presque insignifiants, lesquels, comme nous le verrons, n'en ont pas moins une signification que le diagnostic exploite avec profit.

Enfin, dans son dernier stade (et c'est le plus souvent, presque toujours même à cette époque qu'on a l'occasion d'examiner les malades), la lésion ne se présente plus que sous l'aspect d'une érosion pure et simple.

C'est alors une *érosion* du derme muqueux, et rien de plus; — érosion petite, miliaire, « en tête d'épingle »; — superficielle, plate; — arrondie de contours, quand elle est isolée; — sinueuse, irrégulière, polycyclique et microcyclique, lorsque, plus large, elle résulte de plusieurs érosions voisines qui se sont agminées et confondues.

Tel est l'herpès lingual en tant que symptômes objectifs. Voyons maintenant quels troubles fonctionnels il comporte.

L'apparition de l'herpès est précédée parfois de divers symptômes d'érythème local (élançements névralgiformes, picotements, prurit, ardeur, brûlure, etc.). Ces symptômes prémonitoires ne trompent pas certains malades, qui, coutumiers du fait, présagent l'invasion imminente d'un herpès rien qu'à ces légers avertissements.

En tout cas, une fois constitué à l'état d'érosion, l'herpès devient sensible, douloureux. Il « fait souffrir », disent les malades, et plus qu'une simple plaque muqueuse. Il endolorit la langue. Il gêne plus encore pour mastiquer, car il est particulièrement sensible au contact de certains aliments acides, du vin, de l'alcool, de la fumée de tabac, etc.

Mais, soumise à une médication topique des plus simples, légèrement touchée au nitrate d'argent, la lésion ne tarde pas à se modifier, puis se répare et se cicatrise. Même abandonnée à elle-même, elle aboutit à guérir, quoiqu'un peu plus tardivement.

La lésion guérie, tout est fini, tout rentre dans l'ordre.

Quelques semaines se passent ainsi en parfait état. — Puis, survient une explosion nouvelle qui reproduit les mêmes lésions sur le même siège, avec le même aspect, les mêmes symptômes, et pour la même durée. — Puis, à intervalles variables de quinze jours à deux, trois, quatre mois, se fait une explosion nouvelle. — Et ainsi de suite pour une durée qu'il serait impossible de préciser, mais qui, d'après mes observations, peut ne pas être inférieure à deux, trois et quatre ans.

iv. — Il ne faudrait pas se méprendre sur l'intérêt et l'importance pratiques de cet herpès récidivant buccal. Certes, ce serait une grave erreur que de le dédaigner au titre d'une « petite maladie » ou d'un insignifiant bobo. Il en va tout autrement.

D'abord, c'est un mal qui exerce sur le moral la même réaction que l'herpès génital récidivant, en raison de ses perpétuelles récurrences qui semblent, aux yeux des malades, témoigner d'une infection permanente et toujours en éveil. Chez les syphilitiques, en particulier, c'est là une source intarissable de transes et d'appréhensions. « Mais qu'ai-je donc à la bouche? Est-ce que c'est contagieux? Est-ce qu'avec cela je puis donner du mal à une femme? » Voilà ce que, dix,

vingt, trente fois, les malades viennent demander à leur médecin, et non sans anxiété, voire, à la longue, non sans découragement et désespoir.

Puis, pour le médecin, cette petite affection est essentiellement matière à incertitudes, à erreurs, à fausses manœuvres, à fautes thérapeutiques. Très souvent et très légitimement, il reste dans le doute à son sujet et n'ose risquer un diagnostic. Car, s'il se trompe, en prenant une plaque muqueuse pour un herpès, jugez des conséquences d'une telle erreur au point de vue de la contagion. Et, s'il se trompe en sens inverse, c'est-à-dire s'il prend l'herpès pour une plaque muqueuse, le voilà jetant le trouble dans l'esprit de son client, le voilà doublant et triplant les doses de mercure, et aboutissant de la sorte, par irritation de la bouche, à provoquer de nouvelles repululations herpétiques, etc. Enfin, que répondra-t-il, que pourra-t-il répondre à son client, s'il vient à être consulté par lui sur la possibilité d'un mariage? Etc., etc.

En sorte qu'à tous égards il y aurait intérêt majeur à ce qu'un diagnostic précis pût intervenir entre l'herpès récidivant et la syphilis de la bouche. Ce diagnostic, voyons quelles peuvent en être les bases.

v. — Certes, l'excessive multiplicité des récidives et l'impuissance du traitement spécifique à les réprimer sont des témoignages presque significatifs en faveur de l'herpès. Mais notez, d'abord, que ce sont là des témoignages *tardifs*, qui n'éclairent le diagnostic qu'à la longue, qu'à échéance plus ou moins lointaine; notez, de plus, qu'ils n'ont rien de rigoureusement absolu, car la syphilis, elle aussi, est sujette à récidives et n'obéit pas toujours au traitement.

Sans doute, aussi, l'herpès se distingue de la plaque muqueuse en ce qu'il est plus douloureux qu'elle, plus agaçant, plus éréthique. Mais c'est là un bien petit signe, dont il n'est permis de tirer qu'une simple présomption.

En sorte que, tout compte fait, c'est aux signes objectifs qu'il faut en venir pour déterminer le diagnostic. Qu'avons-nous à en attendre?

La *ténuité* de l'érosion herpétique a bien sa valeur. Mais il peut y avoir de grands herpès, comme aussi de petites syphilides.

L'herpès se dénonce souvent par son aspect de petite plaque *opaline*, lactescente, voire laiteuse. Mais certaines syphilides linguales ont aussi l'apparence pseudo-membraneuse, diphtéroïde.

En sorte que ces deux signes laissent place à l'erreur.

En revanche, il n'en est pas de même des trois suivants qui sont beaucoup plus décisifs en faveur de l'herpès. A savoir :

1° *Érosions miliaires aberrantes*. — Il n'est pas rare qu'à certaine distance du bouquet herpétique principal, dont les éléments agminés forment la lésion qui peut donner le change pour une plaque muqueuse, il se produise de petites érosions *isolées*, qui conservent leur *ténuité*

originaire et qui, à ce titre, s'attestent comme lésions d'herpès. Impossible de prendre pour des plaques muqueuses ces érosions minuscules, ne dépassant pas comme surface l'aire d'une tête d'épingle; car, si petite soit-elle, la plaque muqueuse ne se présente jamais amoindrie à ce degré. Donc, la présence d'une ou de quelques-unes de ces érosions miliaires à distance de la plaque principale est une présomption réelle en faveur du caractère herpétique de la lésion.

2° *Collerette* ou *vestiges de collerette épithéliale servant de cadre à la lésion*. — Lorsqu'une érosion linguale se présente encadrée ou incomplètement bordée sur ses bords par une frange épithéliale opaline ou blanche, on est presque autorisé, *ipso facto*, à en affirmer le caractère herpétique, à l'exclusion de la syphilis. Pourquoi? Parce que cette collerette ou ce lambeau de collerette est un témoignage du processus *vésiculeux* qui a servi d'origine à la lésion; c'est le débris même de la vésiculation initiale. Or, des deux lésions en parallèle, c'est l'herpès qui débute par un processus vésiculeux, tandis que la plaque muqueuse ne dérive jamais d'une vésicule. Pour elle, une collerette épithéliale n'aurait pas raison d'être. Jamais, en effet, elle ne se présente sous cet aspect.

3° *Contours sinueux de la lésion, à segments microcycliques*. — J'ai déjà trop souvent insisté, au cours de cet ouvrage, sur ce dernier signe pour avoir à le décrire à nouveau (1). Je rappellerai simplement que c'est là le signe *pathognomonique* de l'herpès. Lors donc qu'il peut être constaté d'une façon formelle, il atteste irrécusablement la qualité herpétique de la lésion.

Sans doute, ces trois derniers éléments séméiologiques sont loin d'être constants. Mais il est assez rare qu'ils fassent défaut tous à la fois. De sorte qu'en général (je ne dis pas toujours) le diagnostic peut être établi sur tel ou tel d'entre eux. »

III. — **Aphthe**. — L'aphthe se différencie bien plus facilement que les lésions précédentes des syphilides buccales. Il a, en effet, si je puis ainsi parler, une véritable individualité objective, qui s'affirme par les quatre caractères suivants :

1° *Orbicularité* et orbicularité parfaite (sauf exceptions rares, par exemple lorsqu'il siège sur les bords de la langue). Il figure une petite lentille correctement circulaire, et il en affecte également le diamètre.

2° *Entaillure en cupule*. — Il est littéralement taillé à l'évidoir, c'est-à-dire qu'il s'enfonce en pente douce dans les tissus, de sa circonférence à son centre. — Les syphilides au contraire constituent des érosions plates.

3° *Belle coloration jaune, et d'un jaune beurre frais*. — L'aphthe

(1) Voy. pages 81 et 83.

est jaune, absolument jaune, en raison d'un exsudat spécial qui, pour quelques auteurs (J. Worms, en particulier), serait presque pathognomonique. — Les syphilides, au contraire, ont un fond rouge ou grisâtre.

4° *Lisére carmin circonférenciel*. — Enfin, il est bordé, au moins dans les premiers jours, par une très fine collerette inflammatoire, qui figure à sa circonférence un liséré d'un rouge carminé. — Rien de semblable dans les syphilides, qui, relativement, sont des lésions aphlegmasiques sans auréole.

D'autre part, enfin, l'aphthe est *douloureux*, plus douloureux que ne l'est une syphilide. Il est agaçant, énervant, pongitif, sensible au contact des aliments et des boissons, *éréthique*, en un mot ; — ce que n'est pas une plaque muqueuse.

IV. — **Hydroa buccal**. — Je l'ai qualifié du nom de « Sosie de la plaque muqueuse buccale » ; et, en effet, il la simule parfois à ce point qu'il lui est, non pas semblable, mais rigoureusement identique.

L'énanthème buccal de l'hydroa peut affecter, comme on le sait, tous les départements de la bouche ; mais il a là deux sièges préférés, à savoir : la muqueuse des lèvres et le plateau dorsal de la langue.

Son évolution se compose de trois stades : un stade érythémateux, où de petits disques congestifs se produisent sur la muqueuse ; — un stade vésiculeux, où l'épithélium se soulève par le fait d'une exsudation séreuse sous-jacente, puis, très rapidement, se crève et s'affaisse, en recouvrant la surface éruptive d'une sorte de revêtement pseudo-membraneux ; — un stade érosif, où, après émiettement et séparation de cette couche épithéliale, le derme apparaît à nu. C'est alors que se trouve constituée une série de petites érosions superficielles, rouges, lisses de surface, plates, larges comme une lentille, un haricot, une amande, arrondies ou ovalaires, et nettement délimitées de contour. — Sur la langue, en outre, l'aire érosive contraste avec l'apparence villose des parties périphériques par son aspect lisse, dû à l'étêtement des papilles.

Cet énanthème hydroïque est essentiellement *syphiloïde*, et syphiloïde au suprême degré. Il simule la plaque muqueuse ; il la simule avec une identité objective absolue. A ce point qu'à première vue tout le monde, sans exception aucune, s'y laisse prendre et diagnostique syphilis sans hésitation comme sans arrière-pensée. L'erreur est non pas possible, mais fatale. *A fortiori* est-elle commise (mais alors sans espoir de retour) par les médecins qui n'ont pas notion de l'hydroa buccal.

Aussi bien les méprises sont-elles absolument communes en l'espèce. Et inutile de dire quelles conséquences elles comportent, puisqu'elles

n'aboutissent à rien moins que voir la vérole là où elle n'est pas. A preuve le cas suivant que, vu l'importance du sujet, je crois intéressant de relater :

Il y a une quinzaine d'années, je fus mandé dans une excellente et patriarcale famille bourgeoise que je trouvai littéralement dans la consternation. Il y avait là une grande et belle jeune fille de dix-sept ans que l'on croyait affectée de syphilis. Et cependant cette jeune fille, élevée au foyer paternel, n'ayant jamais (suivant l'expression vulgaire) quitté les jupes de sa mère, était à l'abri de tout soupçon. Quelle contagion mystérieuse et tout accidentelle l'avait donc frappée ? On se perdait en conjectures, ne mettant pas en doute d'ailleurs le diagnostic du médecin de la famille (confrère très estimable et praticien fort instruit), qui s'était prononcé catégoriquement et avait déclaré la syphilis « indéniable, bien que sans explication possible », de par une série de « plaques muqueuses buccales ».

J'examinai la malade, et je confesse que ma première impression fut absolument conforme au diagnostic que l'on m'avait énoncé. Oui, les lésions buccales que je voyais sur les lèvres, la langue et le voile palatin, étaient bien des plaques muqueuses ; elles en avaient tous les caractères objectifs. Impossible de le nier.

Mais alors, recherchant des signes confirmatifs de ce diagnostic sous forme d'autres accidents de syphilis soit actuels, soit antérieurs, je n'en trouvai pas le moindre. Puis, d'autre part, dans cette recherche, je rencontrai ce qui fut pour moi un trait de lumière, à savoir : d'une part, plusieurs macules d'un rouge sombre sur la face dorsale de l'un et l'autre métacarpe, vestiges de « boutons » qui s'étaient produits là récemment ; — et, d'autre part, au niveau du bord cubital d'un poignet et masquée par un bracelet, une petite papule à centre vésiculeux. Plus de doute ! C'était là de l'hydroa cutané, coexistant avec de l'hydroa buccal, et les prétendues plaques muqueuses buccales, qui avaient surpris le diagnostic de mon confrère et le mien, n'étaient rien autre qu'un énanthème hydroïque.

En effet, les lésions buccales disparurent en quelques jours sous l'influence de quelques soins locaux. Et, quant à la syphilis, il n'en fut plus jamais question, pour la bonne raison qu'elle n'avait rien à voir en l'espèce.

Si semblables que soient les deux lésions, l'objectivité reste-t-elle impuissante à établir de l'une à l'autre quelques différences ? Non, et préciser ici sera de rigueur.

Alors qu'il est encore *jeune*, l'énanthème buccal peut être reconnu, soupçonné tout au moins, de par trois caractères que voici :

1° Il est *plus rouge, plus inflammatoire* d'aspect, que ne l'est jamais la plaque muqueuse. Il offre une teinte animée presque dénonciatrice. Il est positivement « *trop rouge* » pour être confondu avec une syphilide. — Mais cet aspect inflammatoire n'a qu'un temps ; il s'atténue en quelques jours, au delà desquels la plaque hydroïque n'est plus que rouge à la façon de toute érosion. — Ce n'est donc là qu'un signe éphémère.

2° De même, quand il est encore jeune, il peut offrir à sa circonférence une collerette ou quelques débris de *collerette pseudo-membraneuse*. Cette collerette est formée par des fragments non encore détachés de l'exfoliation épithéliale constitutive de la vésiculation hydroïque. Si minime soit cette frange membraneuse qui encadre l'érosion, elle n'en est pas moins significative; car elle atteste un processus vésiculeux antérieur, lequel est une étape nécessaire de l'évolution hydroïque, tandis que la plaque muqueuse n'offre rien de semblable.

3° Il n'est pas impossible non plus qu'à une période jeune de la maladie on rencontre dans la bouche, à côté d'érosions hydroïques, d'autres éléments hydroïques à l'état de *vésiculation naissante*, avec épithélium encore distendu par un exsudat séreux, ou bien à l'état de *vésiculation fanée*, avec épithélium affaissé sur le derme muqueux à la façon dont l'épiderme s'affaisse sur un vésicatoire dont la phlyctène vient d'être crevée. Ces éléments hydroïques facilement reconnaissables servent alors de témoins pour attester la qualité hydroïque des érosions voisines.

Mais, dans une étape ultérieure, c'est-à-dire alors que les lésions datent d'une huitaine environ, il n'est plus à compter sur le secours des signes que je viens de dire. L'objectivité n'a plus rien à offrir de spécial, et le diagnostic doit se faire alors sur d'autres bases. Comment ?

Deux ordres de cas possibles :

1° Dans le premier, l'énanthème buccal coïncide avec un exanthème hydroïque. Alors, nul embarras. Deux éruptions contemporaines se sont produites l'une sur la bouche et l'autre à la peau; il est logique de les rapporter l'une et l'autre à une même origine (réserve faite pour l'hypothèse rigoureusement admissible, mais plus qu'in vraisemblable, d'une coïncidence morbide, sur la possibilité de laquelle on sera d'ailleurs rapidement fixé par l'examen du malade au point de vue spécifique).

2° Dans le second ordre de cas, beaucoup plus rare, il existe un *énanthème buccal sans éruption cutanée*. Et alors, en l'absence de toute donnée sémiologique fournie par l'objectivité des lésions, le diagnostic repose tout entier sur la considération suivante : Le malade est-il ou non en état de syphilis ?

S'il est syphilitique (et syphilitique à une période où des éruptions secondaires soient encore possibles), rien de plus logique que de rapporter à la syphilis les lésions buccales.

Au contraire, n'est-il passyphilitique, il y a tout lieu de conclure à la nature hydroïque de ces lésions, tout en réservant l'hypothèse d'une syphilis restée latente jusqu'alors. En vue d'en finir avec cette dernière hypothèse, on aura soin de s'abstenir de toute intervention spécifique et de mettre simplement le malade en observation. De la

sorte, abandonnée à son évolution propre, la syphilis — si syphilis il y a — ne tardera pas à se trahir par quelque manifestation; — comme, inversement, rien de syphilitique ne se produira, si la syphilis n'est pas en cause. — Ce critérium d'évolution est, en l'espèce, le seul moyen d'élucider un diagnostic insoluble par toute autre voie.

V. — **Glossite exfoliante marginée.** — La singulière affection que j'ai baptisée de la sorte et qui a été si parfaitement décrite par un de mes élèves, le Dr Lemonnier (1), est encore un type éminemment *syphiloïde*. Elle est merveilleusement faite pour simuler les syphilides: et par sa physionomie générale et par sa circination constante. Aussi bien est-elle restée longtemps englobée dans le cadre de la syphilis, sous les noms de syphilide circinée, syphilide desquamative de la langue, etc. Au reste, encore fort peu connue en dehors du petit camp des spécialistes, elle persiste à être communément confondue avec les syphilides linguales et traitée comme telle.

Trois caractères cependant la différencient de ces dernières, à savoir :

I. — D'abord, un caractère objectif qui la signale du premier coup-d'œil à l'attention et qui lui est propre, qui même, dirai-je, en est pathognomonique. C'est l'existence *constante*, sur un segment plus ou moins étendu de chacun de ses petits placards, d'un **liséré** qui lui sert de cadre. Ce liséré est triplement remarquable :

1° par sa *finesse* (il est très ténu, mesurant d'un quart de millimètre à un millimètre tout au plus);

2° par sa *couleur blanche* ou blanc grisâtre, qui tranche sur le ton rouge des parties périphériques;

3° par son **trajet curviligne**, en forme de C, de segment de circonférence, d'arc de cercle, d'arceaux conjugués, etc.

Ce liséré, je le répète, offre un aspect tout à fait spécial et ne se rencontre, que je sache, dans aucune autre affection linguale. Il est donc distinctif par excellence.

II. — Un autre caractère, celui-ci, également spécial à l'affection et véritablement extraordinaire, consiste dans la **mobilité** de ses éléments éruptifs, qui, positivement, se déplacent, cheminent, se portent d'un district à un autre district de la langue. Si ce n'est d'un jour à l'autre, tout au moins d'une semaine à la suivante, ces placards changent de situation, non moins que d'étendue et de forme. A ce point que tout d'abord j'avais qualifié cette affection du nom de *glossite ambulante* ou *nomade*. — Inutile de dire que rien de semblable ne s'observe avec les syphilides.

III. — Enfin, l'affection est constituée par des lésions très manifestement différentes des véritables syphilides, en ce que le mercure n'exerce jamais sur elles la moindre influence modificatrice.

(1) LEMONNIER, *De la glossite exfoliatrice marginée*, thèse de Paris, 1883. — On y remarquera plusieurs très belles planches, des plus instructives.

VI. — **Perlèche.** — Encore un type *syphiloïde* par excellence, voire syphiloïde, à ce point qu'il serait, a-t-on dit, « non différenciable objectivement des types correspondants de la syphilis secondaire ». Plus d'une fois déjà, en effet, la perlèche a été prise pour une manifestation syphilitique; elle a même donné lieu, par erreur, à des revendications judiciaires.

Bien étudiée par le D^r Lemaistre (de Limoges), puis par le D^r P. Raymond, la perlèche consiste en un état morbide des commissures labiales, constitué par deux éléments : d'une part, une exfoliation épithéliale de la muqueuse des lèvres vers leur district commissuraire; — et, d'autre part, un sillon ulcéreux, une rhagade de la commissure.

Elle affecte surtout les enfants, chez lesquels, par contagion, elle sévit souvent sous forme épidémique. Plus rarement elle s'observe sur l'adulte, qui presque toujours la reçoit d'un enfant.

Comme physionomie de lésion, elle rappelle absolument la plaque muqueuse commissuraire, telle que je l'ai décrite précédemment. Elle la rappelle par sa circonscription exacte à la région commissuraire; — par sa forme de lésion en feuillets de livre, composée de deux segments qui, affectant l'extrémité de l'une et l'autre lèvre, sont, tour à tour, adossés ou séparés, suivant que la bouche se ferme ou s'entrouvre; — et, enfin, par la rhagade ulcéreuse qui sépare ces deux segments. — Si bien que tout praticien qui voit la perlèche pour la première fois ne manque jamais de la prendre pour une plaque muqueuse.

« Impossible, même, a-t-on dit, de la différencier d'une plaque muqueuse. » Cela est vrai pour nombre de cas, mais exagéré pour d'autres, me semble-t-il. Quelquefois, en effet, la perlèche ne consiste qu'en une sorte de macération de l'épithélium qui *blanchit*, mais en restant *sec*, *adhérent* et comme plissé, chiffonné. Or, la plaque muqueuse est toujours une *érosion*, une lésion « à vif ». Alors même qu'elle se recouvre d'un enduit, elle n'en est pas moins (et cela visiblement) une érosion dépourvue d'épithélium et tapissée d'un enduit qui sert de masque à une surface dénudée; — ce que n'est pas toujours la perlèche.

En tout cas, de l'aveu commun, les seuls signes objectifs restent en général impuissants à différencier la perlèche de la plaque muqueuse. Or, comme la perlèche n'a que des symptômes objectifs et que, d'autre part, sa bactériologie est encore indéterminée, la question diagnostique aboutit à une impasse ou n'est susceptible que d'une solution indirecte, d'après la constatation de l'état syphilitique ou non syphilitique du malade. Somme toute, la perlèche ne peut encore être affirmée que *par exclusion de la syphilis*, voilà la vérité.

VII. — **Lésions mercurielles.** — Indépendamment de son type aigu

et classique, la stomatite mercurielle se traduit quelquefois, d'une façon sourde et relativement chronique, par des lésions encore peu connues qui peuvent donner le change pour des syphilides buccales. J'ai vu, plusieurs fois, de telles lésions être réputées syphilitiques, traitées comme telles et naturellement aggravées.

Cette forme torpide de la stomatite mercurielle se manifeste par deux ordres d'accidents : des érosions ou des exulcérations de la muqueuse buccale, et des placards diphtéroïdes.

Ces érosions se rencontrent surtout en arrière des dernières molaires (notamment au niveau de la paroi postérieure de l'espace libre qui fait communiquer le vestibule de la bouche avec la cavité buccale), sur la muqueuse génienne et sur les bords latéraux de la langue, plus rarement sur les gencives ou le palais. — Elles sont mal limitées comme frontières, irrégulières de forme, rouges de fond ou parfois grisâtres, et de proportions très variables (lentille, haricot, pièce d'un franc, etc.).

Les placards diphtéroïdes ont un siège de prédilection, à savoir la muqueuse des joues, dans sa moitié postérieure et au niveau des dents. Ils sont généralement ovalaires et comparables, comme dimensions, à un noyau de prune. Ils se recommandent surtout à l'attention par l'aspect tout particulier de leur surface, qui offre une teinte d'un blanc jaunâtre ou d'un blanc sale, et qui, de plus, paraît tapissée ou bien d'une pellicule pseudo-membraneuse ou bien d'un enduit limoneux très adhérent.

Je ne m'attarderai pas à rechercher ici des différences objectives, entre ces lésions et les syphilides buccales. Car il est d'autres signes qui peuvent plus facilement et plus sûrement déterminer le diagnostic. Ces signes sont naturellement ceux d'une irritation mercurielle de la bouche. Toujours, en effet, on observera en coïncidence avec les lésions sus-décrites divers témoignages de stomatite hydrargyrique, à savoir : gingivites partielles, notamment au niveau des incisives inférieures ou en arrière de la dernière molaire inférieure; — odeur aigrelette et fétide de l'haleine; — léger degré de ptyalisme, etc. — D'ailleurs l'amendement immédiat, qui suivra la suspension du traitement mercuriel, sera pleinement significatif.

VIII. — **Erosions ou ulcérations d'origine dentaire.** — Les excoriations traumatiques qui résultent du contact d'une dent, soit déviée, soit chargée de tartre, soit surtout ébréchée et offrant une arête aiguë qui lèse la muqueuse, ont été souvent prises pour des manifestations d'ordre syphilitique. L'erreur cependant est facile à éviter, car les lésions de cet ordre ont un signe propre et caractéristique, à savoir, leur relation de contiguïté, leur rapport de *vis-à-vis* avec la dent coupable. — Simple possibilité de méprise qu'il suffira de signaler.