

IX. — Nombre d'autres affections buccales pourraient encore prendre place dans ce parallèle diagnostique, mais sans grand intérêt. Car celles qui me resteraient à mettre en scène, tout en présentant d'indéniables analogies avec les syphilides buccales, s'en distinguent aisément par d'autres caractères qui ne prêtent pas à confusion. Il suffira donc de mentionner ici, simplement, quelques-unes d'entre elles, à savoir :

1° Le *chancre syphilitique*, que déterminent suffisamment et son induration propre, et son bubon satellite, et la chronologie morbide.

2° Le *chancre simple*, qui est prodigieusement exceptionnel dans la cavité buccale et que différencient son caractère ulcéreux, ses bords entaillés, son fond jaunâtre et inégal, son auto-inoculabilité, sa bactériologie propre, etc.

3° L'*évanthème de l'antipyrine*, extraordinairement variable de formes, depuis le simple érythème congestif jusqu'aux modalités phlycténoïdes, érosives, excoriatives, diphthéroïdes, œdémateuses, etc. (1). — Se distingue catégoriquement par son étiologie, sa soudaineté d'invasion, son acuité, sa douleur, etc. — Une seule difficulté pratique, c'est de penser à l'antipyrine et de la mettre en cause comme origine possible de tels symptômes, alors que les malades ne déclarent pas spontanément avoir fait usage de ce remède.

Une forme des plus curieuses de cet évanthème buccal, dérivant de l'antipyrine, a été observée par M. le D<sup>r</sup> Morel-Lavallée sur une femme qui présentait au niveau du plateau dorsal de la langue « une zone décapillée, rouge, lisse, luisante, à contours régulièrement polycycliques ». Cette lésion, qui « reproduisait idéalement l'aspect d'un placard de syphilide muqueuse secondaire », résultait d'un traitement prolongé par l'antipyrine.

4° L'*ulcère tuberculeux*, dont les caractères ont été signalés précédemment (voy. p. 141).

5° Les *érosions leucoplasiques*, dont il va être question dans l'un des paragraphes suivants.

6° Les *ulcérations du psoriasis buccal*, facilement reconnaissables comme nature, de par leur coïncidence, avec les placards leucomateux dont elles ne sont qu'un épiphénomène.

7° L'*ulcération linguale de la coqueluche*, que signale sa particularité de siège au niveau du frein, etc., etc.

**TRAITEMENT.** — Le traitement réalise ici un double office bien-faisant. Car on peut le dire tout-puissant à la fois, et pour délivrer à bref délai les malades d'accidents importuns, gênants, douloureux, et pour éteindre non moins vite des foyers de contagion.

(1) Voy. Thèse du D<sup>r</sup> V. CLÉMENT, où se trouvent réunies nombre d'observations de ce genre. — Paris, 1897.

Trois points se présentent à établir relativement à la thérapeutique spéciale des syphilides de la bouche et de la gorge, à savoir :

1° Qu'il n'est pas à compter sur la médication interne pour faire promptement justice de ces accidents ;

2° Que la cautérisation constitue en l'espèce le procédé curatif par excellence ;

3° Que l'action des caustiques doit être aidée et complétée par quelques topiques et une hygiène sévère de la bouche.

Premier point. — Attaquer ces lésions exclusivement par la médication mercurielle (et *a fortiori* par la médication iodurée) serait une pratique non pas seulement défectueuse, mais dangereuse. Car ce serait condamner les malades à les conserver bien longtemps, et condamner autrui à en subir la contagion tout le temps qu'elles persisteraient.

S'il est un fait thérapeutique actuellement bien démontré, c'est que les syphilides secondaires de la bouche cèdent bien moins facilement à un traitement général, quel qu'il soit d'ailleurs, qu'au traitement local le plus simple. Si l'on en attendait la guérison du mercure *seul*, on pourrait l'attendre en vain pendant plusieurs mois, tandis qu'avec une médication topique on en fera justice en quelques jours. Le mercure n'est bon qu'à *prévenir* ces accidents, à en modérer la repullulation habituelle, à en tarir la source ; mais, une fois produits, il n'exerce sur eux qu'une action curative des plus lentes.

Aussi bien est-ce à la médication topique qu'il faut s'adresser dans tous les cas, pour débarrasser hâtivement les malades de ces lésions.

Second point. — En tant que méthode topique, c'est, de l'aveu général, la cautérisation qui agit le plus énergiquement et le plus rapidement sur ces accidents. Ce que fait à peine le mercure en des semaines et des mois, la cautérisation le réalise en quelques jours, et cela de la façon la plus sûre.

Donc, **cautériser les plaques muqueuses bucco-gutturales**, voilà le principe. Venons maintenant à l'application.

I. — *De quel caustique faire choix ?* — Excluons d'abord les mauvais caustiques, qui sont de deux ordres : les caustiques *trop faibles* et les caustiques *trop forts*.

Les caustiques trop faibles, tels que la solution de nitrate d'argent, la teinture d'iode, le sulfate de cuivre, etc., ne réalisent pas une modification suffisante. Ils laissent subsister la lésion ; souvent même ils n'aboutissent qu'à l'irriter et à l'entretenir. Que de fois n'ai-je pas vu des malades timorés en faire usage inutilement pendant des semaines et des mois, puis guérir tout aussitôt, par l'intervention d'un caustique plus puissant !

Les caustiques trop forts (tels que l'acide sulfurique, l'acide chromique, le chlorure de zinc, etc.) sont ici déplacés, en raison de la disproportion de leur action destructive avec la bénignité de la lésion à modifier. Ils exposeraient d'ailleurs à des cicatrices qu'il importe et qu'il est facile d'éviter.

De par expérience, il n'est en l'espèce que deux caustiques auxquels il convienne d'avoir recours, à savoir : le *nitrate d'argent* solide, en crayon, et le *nitrate acide de mercure*.

Le premier, caustique faible par rapport au second, donne des résultats très suffisants dans la très grande majorité des cas, mais non dans tous les cas. Il a pour lui trois avantages : d'être dans la trousse de tous les médecins ; — d'être d'un maniement facile et connu de tous ; — d'être peu douloureux. — Mais il est des cas où il reste *insuffisant*, où il ne réalise pas tout l'effet nécessaire à la modification et à la répression de certaines plaques muqueuses, où tout au moins il guérit moins vite que le nitrate acide de mercure.

Celui-ci, au contraire, est d'une action bien plus énergique, plus rapide et plus sûre. Mais il a le désavantage d'être douloureux, plus douloureux que le nitrate d'argent. Et, d'autre part, il est d'un maniement plus délicat ; il exige du médecin un apprentissage spécial dont je parlerai dans un instant. — Il faut donc le réserver à certains cas que je spécifierai plus loin.

II. — Dans toute cautérisation, le principe primordial est de limiter exactement l'action du caustique à la surface malade sans la déborder, sans empiéter en dehors d'elle sur les tissus sains.

Or, avec le crayon de nitrate d'argent, nul embarras, nulle difficulté à ce point de vue. Avec un peu d'attention on touche exactement ce qu'on veut cautériser et rien de plus.

Mais il n'en est pas de même pour le nitrate acide de mercure. Celui-ci est un caustique *fluide*, qui s'étale, qui « déborde », qui fait « tache d'huile ». Une main novice qui veut cautériser avec lui une surface large comme une lentille, je suppose, ne manquera guère de produire une cautérisation large comme une pièce de 50 centimes, si ce n'est plus.

Le maniement de ce caustique exige donc quelques précautions qui, si simples soient-elles, ne se devinent pas et ressortent seulement de l'expérience. Je les résumerai brièvement.

D'abord, ne pas se servir pour la cautérisation (comme on ne le fait cependant que trop souvent) d'instruments défectueux ou même dangereux, tels que les trois suivants :

1° La baguette de verre (*agilateur* des laboratoires de chimie), qu'on trempe dans le liquide et qu'on promène ensuite sur la lésion. Mauvais, très mauvais instrument qui, tout naturellement, ne s'imprègne pas du liquide, ne le retient pas, et, tout au contraire, le laisse couler en gouttes.

2° Le pinceau d'aquarelle qui, inversement, s'imprègne trop, s'imbibe trop, puis, par expression, se dégorge d'un excès de liquide.

3° Le pinceau d'ouate, que l'on improvise dans nos hôpitaux en enroulant un peu d'ouate autour d'une fine baguette de bois. Grossier et détestable instrument, qui expose à de redoutables accidents par ce fait que le tampon d'ouate, mal fixé au bout de la baguette, peut se détacher et tomber. Or, où tombe-t-il alors ? Soit dans la bouche, où il cautérise tout ce qu'il touche, soit dans le pharynx, où il cautérise le pharynx, l'épiglotte, le vestibule laryngé. Eh bien, c'est dans ce dernier cas que surgit tout aussitôt une *effroyable scène* à laquelle il faut avoir assisté pour s'en faire une idée, à savoir : angoisse soudaine, spasme laryngé des plus intenses, impossibilité absolue de respirer, *strangulation* terrifiante, avec tout le cortège des symptômes usuels en pareille occurrence, c'est-à-dire : agitation désordonnée, jactitation des membres, expression de terreur sur le visage, quelquefois même ictus, chute et perte de connaissance ; puis, retour de la respiration par inspirations stridentes et entrecoupées, toux convulsive, etc., etc. J'ai même connaissance d'un cas où une scène de cet ordre s'est terminée par *la mort* (par la mort, je répète à dessein) dans le cabinet d'un de nos confrères.

Le mécanisme de tels accidents est toujours le même, et le voici en deux mots : Au moment où le pinceau touche la gorge, il détermine soudain un spasme réflexe de l'isthme pharyngé, qui saisit l'extrémité du pinceau, le serre convulsivement, et en détache le tampon terminal ; ce tampon alors est véritablement dégluti pour un instant, puis rejeté par de violents efforts de toux, mais non sans avoir cautérisé, pendant son court séjour dans la cavité pharyngienne, tout ce qu'il a touché.

Dans le cas mortel précité, on s'était servi d'une baguette de verre pour cautériser des plaques de la gorge, et ce fut « la chute d'une goutte de liquide glissant le long de l'instrument qui détermina le spasme ».

Aussi bien, de par ces enseignements de la pratique, n'est-il que deux façons de cautériser au nitrate acide d'hydrargyre les plaques muqueuses bucco-gutturales, à savoir avec l'allumette ou avec le porte-caustique à pas de vis terminal.

L'*allumette* vulgaire, trempée un instant dans le caustique, est suffisante pour les plaques muqueuses « à portée », qu'on a sous la main, c'est-à-dire pour celles des lèvres ou de la partie antérieure de la langue. Faite d'un bois poreux, elle emmagasine le caustique et, même égouttée, en retient encore assez pour le but qu'on se propose. — Taillée en pointe, elle convient parfaitement pour la cautérisation des plaques muqueuses fissuraires, en rhagades. — On peut encore s'en servir d'une autre façon, en enroulant à l'un de ses

bouts un peu d'ouate qu'on a soin de bien immobiliser par quelques encoches faites au canif sur le bout de l'allumette.

Mais, pour les plaques muqueuses lointaines, telles que celles de la gorge ou de la base de la langue, le *porte-caustique à pas de vis terminal* est indispensable. Il consiste tout simplement en une fine tige de métal entaillée en pas de vis à l'un de ses bouts. Ce pas de vis remplit en l'espèce le très utile office de fixer solidement par son arête en spirale le tampon d'ouate que l'on enroule autour de lui. Nulle crainte que ce tampon ne glisse, ne se détache, alors même qu'il serait saisi par un spasme pharyngé.

L'instrument étant préparé de la sorte, on trempe le tampon dans le liquide; — puis on l'exprime légèrement dans un peu d'ouate sèche, car, sans cette précaution, il contiendrait toujours un excès de caustique qui pourrait couler sur la plaie; — et, enfin, on le promène doucement sur la surface à cautériser, en ayant bien soin de ne pas la déborder, de ne pas en dépasser les limites. — Puis, tout aussitôt, on fait gargariser le malade avec un peu d'eau.

Pratiquée de la sorte, la cautérisation au nitrate acide de mercure reste exempte de tout danger.

III. — Des deux caustiques dont nous disposons, auquel donner la préférence ?

Ce serait une faute que d'exclure l'un ou l'autre systématiquement. Il est bien autrement médical d'utiliser l'un et l'autre suivant les indications. Ainsi :

1° Si l'on a affaire à des syphilides jeunes, petites, facilement curables, le choix est indifférent quant au résultat qui sera toujours bon. Donc, donner la préférence au nitrate d'argent qui est moins douloureux.

2° Au contraire, s'agit-il de plaques muqueuses déjà anciennes, ayant résisté à divers traitements, préférer au nitrate d'argent, qui pourrait rester inefficace, le nitrate de mercure, modificateur bien autrement énergique.

3° Il est des cas où le siège de la lésion doit guider le choix. Pour les plaques muqueuses du bout de la langue, région extrêmement sensible, préférer le nitrate d'argent. — Pour les plaques muqueuses des gencives ou du palais, régions au contraire peu sensibles, recourir au nitrate de mercure toujours plus efficace et plus sûr.

4° Si l'on est en présence de plaques muqueuses de grande étendue ou, ce qui revient au même, de plaques muqueuses très multiples, confluentes, le choix du nitrate d'argent s'impose. Car une cautérisation faite avec le nitrate de mercure sur de larges surfaces constituerait un véritable *supplice*. J'ai vu des malades, à la suite de cautérisations faites avec ce dernier agent sur des points multiples de la bouche, se tordre de douleurs pendant des heures entières, se rouler à terre, comme si, suivant leur propre expression, ils avaient « du feu

ou des tisons dans la bouche ». J'ai vu des femmes rester pour quelques heures en état de crises nerveuses. Des accidents plus sérieux ont même été quelquefois observés. Ainsi le D<sup>r</sup> Jullien a relaté le cas d'un malade qui, s'étant cautérisé lui-même le fond de la gorge (*largâ mauu*, il est vrai) avec le nitrate de mercure, fut pris d'une otite très douloureuse, suivie de suppuration de la caisse et de perforation du tympan.

D'ailleurs, lorsque les syphilides bucco-gutturales sont très étendues comme surface ou très multiples, une règle de pratique s'impose : c'est le système des **cautérisations par départements** réparties en plusieurs séances. Exemple :

Un malade, je suppose (et le cas n'est pas rare) se présente avec la bouche et la gorge criblées de plaques muqueuses. On procédera de la sorte : Cautériser le premier jour les plaques muqueuses d'une lèvre ; — le second jour, celles de l'autre lèvre ; — le troisième, celles de la langue ; — le quatrième, celles de la gorge, etc. Chacune de ces cautérisations partielles ne produira qu'une douleur moyenne, tolérable ; tandis que l'addition de ces quatre douleurs à la suite d'une cautérisation unique et générale n'eût guère manqué de déterminer une crise de souffrance des plus aiguës, une véritable scène de torture.

IV. — Ces cautérisations fractionnées s'imposent également dans un cas spécial qui est très commun, à savoir, le cas de plaques gutturales confluentes, s'étalant sur tout ou partie de l'isthme du gosier. Si l'on cautérise (même avec le crayon et, *a fortiori*, avec le nitrate de mercure) toutes ces plaques muqueuses en une seule séance, on risque, comme j'en ai vu de nombreux exemples, de produire une effroyable scène de douleurs, avec spasme réflexe, impossibilité de déglutition, sensation « de feu » dans la gorge, strangulation véritable, etc. La même cautérisation, au contraire, sera facilement tolérée, si l'on a soin de la pratiquer par départements en plusieurs séances.

V. — La douleur qui suit la cautérisation (et, plus spécialement, la cautérisation de la gorge) ne lui succède pas immédiatement, en général du moins. Le plus souvent, elle ne se produit ou n'atteint son apogée qu'après quelques minutes, cinq à dix minutes en moyenne. — Elle ne se prolonge guère au delà de dix à trente minutes.

Il y a moyen, d'ailleurs, de la modérer et de l'abréger. On y parvient à l'aide de gargarismes ou plutôt de bains de bouche, répétés et prolongés, avec divers liquides : eau froide ; — lait froid ; — décoction de guimauve ; — décoction de guimauve et de pavot, etc. — Les boissons glacées, que l'on conserve dans la bouche jusqu'à ce qu'elles ne soient plus froides et qu'on renouvelle au fur et à mesure qu'elles se réchauffent, soulagent aussi fort bien.

Quelques-uns de mes clients, coutumiers de cautérisations buccales en leur qualité de fumeurs incorrigibles, m'ont dit éprouver un soulagement immédiat en avalant une glace par petites gorgées tout aussitôt après l'application du caustique.

VI. — Qu'elle ait été pratiquée avec le nitrate de mercure ou le nitrate d'argent, une seule cautérisation peut suffire à la guérison. Mais tel n'est pas toujours le cas, et souvent même une première cautérisation, si bien faite qu'elle ait été, laisse subsister une partie de la lésion. Force est alors de revenir au caustique. Mais à quelle échéance? C'est-à-dire à quel terme, à quelle distance chronologique les cautérisations doivent-elles se succéder?

L'expérience apprend ceci : *qu'une cautérisation doit toujours être distancée d'une cautérisation antérieure par un intervalle d'au moins quatre jours.* — Ce terme est rigoureusement nécessaire pour apprécier le résultat obtenu et décider s'il y a lieu ou non de renouveler l'action du caustique.

Il faut donc se garder absolument de cette niaise pratique qui consiste en des cautérisations itératives et rapprochées. Pour avoir vu nombre de malades abuser des cautérisations jusqu'à les répéter tous les deux jours, tous les jours, et même deux fois par jour, je suis en mesure d'affirmer qu'un tel mode de traitement n'aboutit à rien de bon, loin de là ! Multipliées de la sorte à courtes échéances, les cautérisations n'ont pour résultat que de détruire l'effet même de la cautérisation, à savoir le processus cicatriciel, d'irriter les tissus et de retarder la guérison.

VII. — Enfin, lorsqu'on a jugé nécessaire, en vue de modifier des plaques anciennes et rebelles, l'intervention du nitrate de mercure, cela n'implique en rien que des cautérisations ultérieures doivent être pratiquées avec le même caustique. Lorsque le caractère mauvais et réfractaire de ces syphilides a été réprimé par cet agent, des caustiques plus légers et moins douloureux, tels que le crayon argentin, peuvent amplement suffire à achever la cicatrisation.

Troisième point. — L'action modificatrice de la cautérisation devra toujours être aidée et complétée par quelques soins auxiliaires, à savoir :

1° *Hygiène sévère de la bouche*, consistant en ceci : Avant tout, proscription absolue du tabac qui, je le répéterai une dernière fois, constitue une cause d'irritation majeure, servant d'appel à la production et à la reproduction des plaques; — proscription de la chique, des alcools, des mets épicés, irritants, etc.; — propreté minutieuse de la bouche; rinçage de la bouche non pas seulement matin et soir, mais, en plus, à la suite de chaque repas; — entretien minutieux des dents en un état irréprochable; — en un mot, asepsie buccale, dans la mesure du possible.

2° *Médication topique.* — Deux ordres de topiques sont surtout à recommander : les gargarismes et les collutoires.

*Gargarismes.* — Dans les deux ou trois jours qui suivent la cautérisation, comme aussi dans tous les cas où persiste un certain degré d'irritation buccale, avoir simplement recours aux *émollients*, qui seuls sont tolérés, tolérables, et qui soulagent bien mieux que n'importe quel autre agent médicamenteux, bien mieux que les astringents en particulier. Se garder, à cette époque et dans ces conditions, de recourir au chlorate de potasse et à l'alun, qui sont irritants, qui « piquent » la bouche, comme disent les malades, et ne font qu'accroître l'érythème local. En conséquence, se borner alors à prescrire des gargarismes ou mieux des *bains de bouche*, fréquemment, très fréquemment répétés et prolongés au moins quelques minutes, avec des liquides tels que les suivants : décoction de guimauve, coupée ou non de lait; — décoction d'orge; — décoction de pavot; — lait, etc.

Plus tard, et plus tard seulement, c'est-à-dire après sédation des phénomènes aigus, avoir recours aux gargarismes légèrement astringents, tels que les suivants :

℥ Eau distillée.....	250 grammes.
Chlorate de potasse.....	8 à 10 grammes.
Sirop de mûres.....	60 grammes.

Mélez.

Ou bien :

℥ Eau distillée.....	250 grammes.
Borate de soude.....	8 à 10 grammes.
Miel rosat.....	60 grammes.

Mélez.

Ou, plus simplement, prescrire aux malades de se baigner fréquemment la bouche avec une solution de chlorate de potasse qu'ils prépareront économiquement eux-mêmes en versant dans un grand verre d'eau ordinaire 4 à 5 grammes de chlorate de potasse.

*Collutoires.* — Non dépourvus de quelque utilité quand ils sont mis en usage d'une façon régulière et persévérante. — L'un des plus simples et des meilleurs est le suivant :

℥ Glycérine pure.....	30 grammes.
Borate de soude.....	10 —

Mode d'application : une dizaine de fois par jour, badigeonner les plaques avec un pinceau d'aquarelle imbibé de ce collutoire.

Enfin, comme remède d'indication exceptionnelle, je mentionnerai la *cocaïne*. En cas d'érythème douloureux de la bouche, on parvient quelquefois à soulager, assez efficacement, les malades par des gar-

garismes préparés avec les feuilles de coca (2 grammes de feuilles pour 200 grammes d'eau, en infusion), ou bien par des badigeonnages, soit avec une solution de chlorhydrate de cocaïne (1 gramme pour 20 grammes d'eau distillée), soit avec de la vaseline cocaïnée, etc.

**Dysphagie syphilitique secondaire.** — I. — La dysphagie pharyngienne est un symptôme des plus communs au cours de la syphilis secondaire. Pour la grande majorité des cas elle trouve son explication, toute naturelle, dans la présence de syphilides localisées sur l'isthme guttural. Aussi bien disparaît-elle tout aussitôt après la cautérisation et la guérison de ces syphilides.

Mais il est non moins positif qu'en certains cas elle existe et persiste d'une façon propre, essentielle, indépendamment de toute érosion ou ulcération de la gorge. C'est de la sorte qu'on est parfois consulté par des malades affectés de syphilis secondaire qui se plaignent de « maux de gorge », voire de « maux de gorge persistants », sans que l'examen objectif rende en rien compte de tels symptômes. Bref, douleur gutturale et absence de syphilides gutturales susceptibles d'expliquer cette douleur, voilà le fait.

Cette dysphagie secondaire sans lésions (j'entends sans lésions spécifiques apparentes) est en général légère. Elle consiste bien plutôt, à vrai dire, en une gêne, un embarras de la gorge, qu'en de véritables douleurs angineuses. — En revanche, elle est assez persistante, rarement inférieure comme durée à plusieurs semaines. — Elle est, de plus, sujette à récidives, si bien qu'elle arrive parfois, avec des intervalles de rémission ou d'intermission, à se prolonger plusieurs mois.

On l'a différemment interprétée, à savoir : soit par des syphilides larvées, se dissimulant à la face nasale du voile palatin ; — soit par une hypertrophie amygdalienne chronique (laquelle, d'ailleurs, fait fréquemment défaut) ; — soit par une myodynne ; — soit par des lésions de l'appareil lymphogène qui encadre l'isthme du gosier. Ainsi, il semble résulter d'intéressantes recherches de MM. Augagneur et Gallois (1) que cette dysphagie reconnaît souvent pour cause une hypertrophie plus ou moins considérable de l'amygdale linguale. « Sur 38 sujets affectés du symptôme en question, disent ces derniers observateurs, nous avons noté une lésion que nous considérons comme la cause directe de cette dysphagie. En arrière du V lingual, sur une petite région de forme quadrangulaire s'étendant du V à la face antérieure de l'épiglotte, on voit une saillie de volume variable suivant les cas. Ordinairement, la tuméfaction a le volume d'une amande à grand diamètre antéro-postérieur, située exactement sur la ligne médiane ; sa teinte rouge sombre, un peu

(1) *Comptes rendus de la Soc. de dermat. et syph.*, avril 1896.

livide, tranche sur la couleur des parties voisines. La surface en est presque translucide, comme œdémateuse. Parfois, au lieu d'une surface homogène, uniformément tuméfiée, on voit une série de saillies rougeâtres, quelques-unes isolées, d'autres agglomérées ; il semble que l'amande ait été réduite en fragments, etc. ». On a même décrit deux formes de cette hypertrophie de l'amygdale linguale, l'une intéressant seulement l'élément lymphoïde, l'autre affectant en outre la couche sous-muqueuse (1).

II. — Pour M. Garel (de Lyon) et quelques-uns de ses élèves, « toute dysphagie persistant depuis trois semaines au moins et non explicable par un cancer, une tuberculose ou des calculs amygdaliens, serait un signe presque certain de syphilis. »

Je ferai remarquer que certaines amygdalites chroniques ou même la simple pharyngite des fumeurs déterminent et entretiennent des dysphagies persistantes sans rien comporter de syphilitique. Mais, sous le bénéfice de ces réserves, j'accorde qu'en effet une dysphagie persistante doit éveiller, *a priori*, le soupçon de syphilis et diriger les recherches en ce sens. Le signe de M. Garel a donc, à tout le moins, le mérite d'ouvrir une piste, dont le diagnostic peut tirer un utile profit (2).

#### SYPHILIDES OU PARASYPHILIDES LEUCOPLASIFORMES DE LA BOUCHE.

A dessein j'ai laissé de côté jusqu'à présent, pour leur donner une place à part, des accidents d'un ordre tout spécial qu'il n'est pas rare de voir se produire sur la bouche, au cours de la période secondaire et qui, objectivement, consistent en ceci : des taches ou des placards blanchâtres rappelant l'aspect des lésions *leucoplasiques*.

D'une façon générale, la question de la leucoplasie dans ses rapports avec la syphilis est l'une des plus complexes et des plus difficiles de la pathologie spéciale (3). Il n'est même aucune exagération à dire que, sur la plupart des points, cette question ne fait que d'être posée et reste encore absolument *non résolue*.

A l'envisager ici, seulement en ce qui concerne la période secondaire, divers problèmes, comme on va le voir, s'imposent à notre étude.

(1) Voy. ESCAT, Sur la pathologie de l'amygdale linguale (*Soc. française d'otologie, etc.*, 1898).

(2) Voy. DR GAREL, *Lyon médical*, octobre 1892 ; — DR Carbonnier, *Contribution à l'étude de l'angine syphilitique aux trois périodes; dysphagie prolongée*, thèse de Lyon, 1894 ; — DR Jourdanet, *De la dysphagie douloureuse prolongée dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge*, thèse de Lyon, 1898.

(3) Cette question a déjà donné lieu à de nombreux travaux, qu'on trouvera signalés dans un récent article du DR HAMONIC, *De la leucoplasie buccale dans ses rapports avec la syphilis* (*Revue clinique d'andrologie et de gynécologie*, juillet 1898).