

cette opération, qui dans la grande majorité des cas doit être suivie de réunion par première intention.

### III. — SYPHILIS

La cavité bucco-pharyngienne est un siège d'élection pour toutes les manifestations de la syphilis. Nous étudierons successivement les *accidents primitifs, secondaires et tertiaires*, nous consacrerons ensuite quelques pages aux lésions qui sont sous la dépendance de la *syphilis héréditaire*, et enfin nous nous occuperons des *rétrécissements du pharynx* que cause parfois la syphilis abandonnée à son évolution, mal ou insuffisamment soignée et des moyens d'y remédier.

#### Chancres buccaux.

La syphilis se gagne souvent par la bouche. Les chancres buccaux sont en effet les plus fréquents, de beaucoup les plus fréquents des chancres extragénitaux.

Sur dix mille chancres observés par Fournier, quatre cent trente-cinq siégeaient à la bouche.

Il faut donc compter en clinique avec cette localisation de l'accident primitif, et de fait sans cesse, à propos de toutes les ulcérations des lèvres, de la langue, des amygdales, nous avons à agiter ce diagnostic.

Parmi ces chancres buccaux, les plus communs sont ceux des lèvres, puis viennent ceux de l'amygdale et de la langue. Mais on les a rencontrés un peu partout dans la cavité buccale : à la gencive, à la joue, au palais, au voile du palais, ou sur les piliers du voile. Mauriac en aurait même observé un qui siégeait en arrière du pilier postérieur, dans le pharynx même.

Quelques-uns de ces chancres sont très exceptionnels. C'est ainsi que l'on compte encore les cas observés à la voûte et au voile. Dans son remarquable ouvrage sur les *Chancres extragénitaux*, Alfred Fournier en cite quelques-uns empruntés à sa pratique et aux publications d'autres syphiligraphes. J'en ai recueilli un moi-même en 1889, sur un jeune homme de vingt ans. Mon maître Desnos, auquel je montrai le malade, trompé par cette localisation, pensa à une lésion scrofuleuse, mais la marche de l'affection lui donna tort et montra bien qu'il s'agissait de syphilis. J'ai soigné ce même malade à la fin de 1893 pour des accidents tertiaires du voile du palais.

Pour les chancres de l'amygdale, pendant longtemps ils n'ont été l'objet d'aucune description. Ils étaient constamment méconnus, confondus avec d'autres lésions, malgré leur fréquence, à tel point que

Velpeau considérait comme évidemment impossible, chez l'homme surtout, cette localisation de l'accident primitif.

C'est Diday qui, en 1861 (1), fit connaître le chancre de l'amygdale. Il en donne une description d'emblée parfaite, et l'on ne peut guère reprocher à cet excellent travail que les considérations vraiment bien longues qu'il contient sur le mécanisme du baiser et les échanges de salive qu'il comporte. Sans doute, avant Diday, quelques auteurs en avaient déjà vaguement parlé ; on trouve même dans un écrit antérieur de Rollet les éléments d'une description sommaire ; mais il n'en est pas moins vrai que l'histoire du chancre amygdalien commence avec le mémoire de Diday. Pendant longtemps, d'ailleurs, on a continué à méconnaître cette lésion pourtant fréquente, et ce n'est que depuis peu, en somme, qu'elle est diagnostiquée d'une façon courante. Si bien que ce chancre, qu'on ne voyait jamais il y a quelques années, est aujourd'hui reconnu presque sans hésitation. Aussi la proportion des chancres de l'amygdale par rapport aux autres chancres buccaux a-t-elle été très diversement appréciée. Autrefois on niait jusqu'à son existence. Il est certain aujourd'hui qu'ils sont beaucoup plus fréquents que ceux de la langue, presque aussi communs que ceux des lèvres.

La cause première du chancre est là comme ailleurs l'inoculation du virus syphilitique. Mais comment se fait la contagion ? Le mode le plus commun n'est pas celui que l'on pourrait soupçonner *a priori*. Le baiser paraît devoir être suspecté beaucoup plus souvent. Il n'est même pas nécessaire qu'il soit tout particulièrement tendre, et, comme le fait observer Alfred Fournier, la syphilis peut tout aussi bien résulter d'un baiser simplement amical, affectueux, respectueux ou indifférent.

Le chancre qui prend naissance de cette façon ne se développe pas forcément au niveau du point de contact. La salive sert de véhicule et peut entraîner le germe morbide en un point quelconque de la cavité buccale.

Les chancres buccaux des nourrissons reconnaissent un mode de contamination tout à fait voisin. L'enfant s'infecte en tétant un mamelon qui est le siège de lésions syphilitiques.

Dans tous ces cas il y a contact direct entre l'individu infectant et l'individu infecté, mais dans un grand nombre d'autres, la contagion se fait d'une façon médiate et la syphilis est transportée par un objet quelconque d'un sujet à l'autre. Rollet a attiré l'attention sur la syphilis professionnelle des verriers. Ces ouvriers travaillent par groupes de trois, les trois ouvriers d'un même groupe soufflent alternativement dans la même canne, et cet instrument passant ainsi de bouche en bouche des centaines de fois dans la même journée, il suffit qu'un des trois ou-

(1) DIDAY, *Mém. lu à la Soc. des sc. méd. de Lyon*, 1861.

vriers soit atteint de lésions syphilitiques buccales pour que les deux autres aient les plus grandes chances d'être contaminés.

De nombreux cas de syphilis sont attribuables à la communauté des pipes, cuillers, fourchettes, etc. Dans le livre si intéressant de Fournier on trouvera quantité d'exemples curieux de contamination par ces divers procédés. Il n'est pas un objet, en définitive, dont le contact avec la bouche ne puisse à un moment donné communiquer la syphilis, puisqu'il faut se méfier des cigares, des cigarettes, des guillotines à couper les bouts de cigares, des bouchons de bouteilles, des joujoux, des timbre-postes, etc.

Les instruments des dentistes, insuffisamment désinfectés, ont souvent transporté la syphilis de bouche en bouche. Les doigts mêmes ont pu servir d'agents de transmission.

Il n'est donc pas étonnant qu'on rencontre de temps à autre des chancres de la bouche « dans les milieux les plus honnêtes, dans de véritables asiles de vertu, qui sembleraient à jamais fermés devant la vérole. » (A. Fournier.)

Ces considérations étiologiques sont applicables aux chancres buccaux en général. Il importe maintenant d'étudier isolément les diverses localisations, les principales du moins, pour mettre en lumière un certain nombre de données utiles au point de vue du diagnostic.

Laissant de côté les chancres de siège peu fréquent, dont les caractères pourront d'ailleurs être aisément déduits de ceux que nous décrirons aux autres chancres buccaux, nous nous occuperons successivement des chancres des *lèvres*, des *gencives*, de la *langue* et de l'*amygdale*.

**Chancres des lèvres.** — Le chancre labial est un peu plus fréquent à la lèvre inférieure. Il est unique dans la très grande majorité des cas, mais par exception il peut être double, triple, ou même quadruple comme chez un malade de Fournier qui présentait deux chancres à la lèvre supérieure et deux à l'inférieure. Il peut encore coïncider avec un autre chancre intrabuccal, ou d'autres chancres génitaux, mammaires ou céphaliques. Un malade que j'ai examiné dans le service de Gaucher, à Saint-Antoine, outre un chancre de la lèvre inférieure, en portait cinq autres sur différents points de l'économie.

Un vieillard que j'ai vu à la Pitié, outre un chancre labial, en avait deux autres sur la verge.

Ils occupent sur la lèvre une situation variable, ils siègent exclusivement sur la peau, ou exclusivement sur la muqueuse, ou bien sur la bordure rouge, ou bien encore empiètent sur le territoire muqueux et le territoire cutané.

D'autre part le chancre peut être médian, latéral, commissural.

Au point de vue de ses caractères, le chancre labial diffère peu du chancre génital. « C'est, dit Fournier, le chancre génital transporté sur la bouche, tout simplement. »

On peut donc rencontrer en cette région toutes les variétés de chancre, érosif, papuleux, ulcéreux, croûteux et même phagédénique, qui revêtent ici leurs caractères habituels.

Le chancre labial présente fréquemment l'aspect d'une simple érosion, siégeant sur le bord libre ou la face muqueuse de la lèvre. Il peut alors être facilement confondu à un examen superficiel avec la légère exulcération qui succède à une vésicule d'herpès, ou à une de ces petites plaies sans importance qui se produisent pour une raison quelconque au niveau de l'orifice labial.

La régularité du contour de l'érosion, qui est arrondi ou ovalaire, est en pareil cas un signe excellent sur lequel insiste beaucoup Alfred Fournier, qui fait remarquer que le pourtour de l'exulcération herpétique est au contraire ondulé, irrégulier, formé de petits arcs de cercle. Mais le plus souvent c'est une exulcération couverte d'une croûte, parfois épaisse et stratifiée, le plus souvent sèche, plate et squameuse, et reposant sur une plaque indurée, enchâssée dans l'épaisseur des téguments. Le contour en est arrondi, « il n'y a pas de bords ».

La surface du chancre présente souvent une teinte vermeille ou d'un rouge sombre.

L'induration est parfois considérable et peut s'accompagner d'une énorme augmentation de volume de la lèvre; mais le plus souvent elle est médiocre. Dans presque tous les chancres labiaux, en effet, on chercherait vainement l'induration dite cartilagineuse. Ce qu'on perçoit, c'est une légère augmentation de consistance de la région occupée par la lésion. Il y a comme une très mince plaque enchâssée dans le derme, dépassant à peine les limites de l'exulcération. C'est l'induration dite papyracée, encore est-elle parfois bien délicate à percevoir.

Mais dans toutes les variétés de chancres labiaux il est un signe qui manque rarement, c'est l'engorgement ganglionnaire, habituellement précoce, et habituellement aussi considérable. Les ganglions engorgés sont ceux de la loge sous-maxillaire, ou ceux qui sont situés dans la partie moyenne de la région sus-hyoïdienne. Parfois ce sont des ganglions anormaux situés dans l'épaisseur de la joue, comme j'en ai vu un cas. Parfois aussi l'engorgement est bilatéral. Il peut aussi être croisé, c'est-à-dire, par exemple, qu'avec un chancre situé à droite de la ligne médiane les ganglions tuméfiés soient du côté gauche. Dans tous les cas cette adénopathie rappelle de tous points celle qui siège au pli de l'aîne dans le cas de chancre génital. Elle est formée de plusieurs ganglions, dont l'un plus volumineux que les autres. Cette polyadénite est indolente et froide; les glandes tuméfiées conservent leur mobilité et leur forme arrondie; elles persistent assez longtemps après la cicatrisation du chancre. La résolution est la terminaison habituelle de ces adénopathies. Cependant j'ai observé, dans

le service de M. Reclus, un vieillard qui avait à la fois deux chancres du prépuce et un chancre de la lèvre inférieure. Un des ganglions sous-maxillaires du côté droit, engorgé à la suite de cette dernière ulcération, suppura. A n'en pas douter, cette suppuration était sous la dépendance d'une surinfection dont le point de départ était la surface ulcérée. Mais de pareils faits sont tout à fait exceptionnels.

Le chancre labial devient très rarement phagédénique. On en a vu cependant affecter les deux formes du phagédénisme, c'est-à-dire avoir tendance à détruire soit en surface, soit en profondeur. Mais ces cas sont tout à fait rares, et tout au contraire l'évolution du chancre latéral est en général fort simple et très banale. La guérison survient spontanément ou après la simple application de topiques très anodins.

La surface ulcérée se cicatrise, l'induration disparaît peu à peu, la lèvre reprend sa souplesse. Quand le chancre siégeait sur la muqueuse, il ne laisse même la plupart du temps aucune trace; sur la bordure rouge, le chancre disparu, il subsiste parfois une petite cicatrice blanchâtre ou brunâtre légèrement déprimée, mais habituellement il ne reste aucun vestige de l'accident primitif. Quand le chancre occupe la face cutanée de la lèvre, il laisse assez souvent une cicatrice déprimée, légèrement pigmentée. Mais ce n'est pas la règle, et dans plus de la moitié des cas rien ne marque la place qu'occupait le chancre.

Le *diagnostic* du chancre labial, souvent très facile, présente quelquefois de très grandes difficultés.

Les petits chancres qui se présentent sous l'aspect d'une très légère exulcération, reposant sur une induration à peine perceptible, peuvent être pris pour des lésions insignifiantes et, en particulier, pour les petites ulcérations que laissent les vésicules d'herpès.

Comme le dit Alfred Fournier, en pareil cas, l'étude du contour de la lésion donne de précieuses indications. L'érosion du chancre est limitée par une ligne régulière, elle est arrondie ou ovalaire. Jamais à son pourtour on ne voit les ondulations, les irrégularités, les dentelures séparées par de petits arcs de cercle qui caractérisent l'exulcération de l'herpès. En outre l'indolence de la lésion, sa durée, l'absence d'autres ulcérations analogues dans la bouche ou le pharynx, la présence de ganglions sont des signes qui permettront de faire assez facilement la distinction. Mais quand par exemple une lésion simple, herpès banal ou gercure vulgaire, aura été entretenue, modifiée, aggravée par des cautérisations répétées, il peut devenir à peu près impossible de dire si l'on a affaire à un chancre. Ces cas sont rares, mais on en voit encore de temps à autre.

Il se peut encore que les chancres couverts de croûtes épaisses et denses soient difficiles à distinguer soit de simples ecthymas, soit de gommès.

En pareil cas ce n'est pas l'aspect objectif de la lésion, même

débarrassée de sa croûte qui permet de faire le diagnostic, mais la constatation d'une base indurée, de ganglions, l'évolution de la maladie, l'apparition d'une roséole.

On a souvent, en présence d'ulcération labiale, à discuter le diagnostic d'épithélioma, et souvent aussi après avoir agité le pour et le contre on se trouve dans l'embarras. Le chancre peut avoir mauvaise mine, il peut être térébrant, étendu, il peut s'accompagner d'un processus sclérosant si considérable qu'il forme une véritable tumeur. Il est donc des circonstances, et il suffit de faire appel à ses souvenirs de clinique journalière pour en trouver des exemples, où le doute est permis, et d'autres où l'erreur est difficile à éviter.

Et de fait ces erreurs, qui au premier abord paraissent invraisemblables, sont encore commises de temps à autre, et pas par les premiers venus. J'ai vu dans les salles de M. Marchand, à l'hôpital Saint-Louis, un homme qui était porteur d'un épithélioma de la lèvre supérieure. Le cas n'était plus douteux à ce moment. Mais un syphiligraphe éminent avait fait le diagnostic de chancre et condamné le malade au mercure à un moment où la nature de l'affection était sans doute moins évidente. La méprise peut avoir lieu en sens inverse, et le chancre pris pour un épithélioma peut être l'objet d'une intervention. Fournier rapporte un cas où la tumeur fut excisée par un chirurgien qui vit avec stupeur se manifester ultérieurement une roséole qui l'éclaira un peu tard, il est vrai, sur la véritable nature de la maladie. J'ai moi-même failli être témoin d'un même genre. Le malade était sur la table d'opérations et déjà endormi. Un dernier examen fit naître dans l'esprit du chirurgien quelques soupçons qui l'engagèrent à différer l'intervention. Bien lui en prit, car le malade guérit spontanément.

Si donc, dans la grande majorité des cas, il est fort aisé de distinguer le chancre de l'épithélioma, il est telles circonstances où cette distinction est une grosse difficulté. Il faut toujours songer au chancre chez ces malades où la nature épithéliale de l'affection ne saute pas aux yeux. En réunissant et rapprochant tout ce que l'interrogatoire du malade et les constatations cliniques ont pu fournir de notions positives ou négatives, on arrive presque toujours à interpréter la lésion dans le sens convenable.

Ainsi l'âge du malade, le sexe, la date exacte du début sont déjà des éléments très importants au point de vue du diagnostic probable, le rapport des dimensions de la lésion labiale et du volume des ganglions est non moins utile. Enfin l'aspect de la lésion elle-même fournit de précieuses indications.

Le chancre est arrondi, son fond est uni et lisse et il n'a point de bords. L'épithélioma présente une surface irrégulière et végétante, et cette surface, comme Fournier le fait remarquer, est toujours saignante. Il suffit de presser un peu la tumeur, ou mieux de la frotter

légèrement pour en voir sourdre des gouttelettes de sang. Le chancre au contraire, sclérose du derme, saigne peu : c'est une lésion sèche. Enfin, outre l'induration et les caractères de l'adénopathie, il y a encore l'évolution si différente. Au bout d'un certain temps le chancre aura tendance à rétrocéder spontanément, et d'autre part l'apparition de la roséole et ultérieurement des différentes variétés de syphilides viendront dissiper toutes les incertitudes.

Il y a enfin telles circonstances où une foule d'affections peuvent simuler le chancre. Au musée de l'hôpital Saint-Louis, un moulage représente une folliculite agminée en plaque siégeant sur la lèvre supérieure et donnant l'illusion d'un chancre (1).

Alfred Fournier rapporte un cas qui d'ailleurs est aussi figuré en cire au musée de Saint-Louis, où une brûlure par l'eau régale donnait à la lèvre supérieure un aspect tel qu'on aurait pu faire le diagnostic de chancre (2).

Le même auteur rappelle que le furoncle après élimination de son bourbillon peut simuler le chancre.

On pourrait citer ainsi une foule d'observations où l'on s'est trompé, où l'on a failli se tromper, où l'on aurait pu se tromper. Chaque jour, à l'hôpital, on rencontre de ces cas épineux où il faut bien sérieusement examiner son malade avant de se prononcer et de prendre un parti. Et dans nombre de circonstances j'ai vu des maîtres éminents demeurer dans le doute et attendre du temps, de l'évolution de la maladie, d'un traitement d'épreuve les éléments de diagnostic que ne pouvait fournir le simple examen de la lésion présentée par le malade.

**Chancres de la langue.** — D'après les relevés de Fournier, les chancres de la langue ont pour siège d'élection la face dorsale de la langue, ou plus exactement le tiers antérieur de cette face. Le plus souvent ils occupent franchement le dos de la langue, plus rarement ils siègent à la pointe et sur les bords.

Ils sont parfois doubles ; Fournier en cite un exemple, et Quinquaud (3) en a déposé un beau moulage au musée de Saint-Louis. Ce sont des faits très exceptionnels et presque toujours le chancre lingual est unique. Il serait plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Le chancre lingual est parfois tout petit, comparé à une lentille, à l'ongle du petit doigt, habituellement plus étendu et présentant de 15 à 30 millimètres dans son plus grand diamètre. Il est arrondi ou ovalaire, dans la très grande majorité des cas. Parfois cependant il affecte la disposition fissuraire ou étoilée.

Le « graphique du contour » est en général fort régulier ; l'ulcéra-

(1) Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 67.

(2) Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1265.

(3) Musée de l'hôpital Saint-Louis, 1574.

tion est habituellement très superficielle, et représente plutôt une érosion, une exulcération qu'une ulcération véritable, cette exulcération est pour ainsi dire de niveau avec les parties avoisinantes, « il n'y a point de bords ». Parfois cependant le fond est un peu déprimé et semble se creuser, *chancre en cupule, en cuiller*, mais il n'y a ni décollement ni découpe brusque, les bords se continuent graduellement, sans secousse, vers le fond. Celui-ci est lisse, et présente une teinte rougeâtre plus ou moins foncée, et souvent un rouge carminé spécial, couleur chair musculaire. (Fournier.)

L'induration est constante, mais variable dans son étendue et sa consistance. Il y a des cas où toute la partie antérieure de la langue, augmentée de volume, et devenue d'une résistance considérable, donne la sensation d'une tumeur. Mais il est très rare d'observer des faits de ce genre et même l'induration est ordinairement non seulement circonscrite, mais encore peu étendue et peu marquée. Il est exceptionnel de constater l'induration cartilaginiforme, et ce qu'on perçoit c'est une induration en lamelle, parcheminée, en « carte de visite ». Cette induration ne manque jamais, mais il est parfois délicat de la percevoir avec netteté. Un autre signe constant et de première importance est l'adénopathie, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires du côté correspondant ou des deux côtés. Le chancre lingual est peu douloureux par lui-même, mais les frottements déterminés par la mastication et la parole sont parfois assez pénibles, et en particulier les aliments épicés ou acides provoquent des sensations de lancinement et de brûlure fort désagréables. La rigidité de la langue rend d'autre part la déglutition un peu laborieuse et entrave l'élocution. Mais ce sont là des faits qui n'ont rien de particulier au chancre lingual.

L'évolution de celui-ci est presque toujours fort simple. La lésion dure plus ou moins longtemps, un mois, six semaines, deux mois, mais rétrocede spontanément ou sous l'influence d'un traitement fort anodin. Cependant, dans quelques cas, heureusement tout à fait rares, l'affection pourrait présenter une marche tout autre et revêtir les allures du phagédénisme le plus menaçant.

Le diagnostic du chancre lingual ne présente guère de difficultés dans la plupart des cas ; le siège de l'ulcération, son aspect lisse, son contour arrondi, sa coloration spéciale, l'induration, l'adénopathie qui se présente ici avec les caractères particuliers des engorgements ganglionnaires d'origine syphilitique sont des signes qui, par leur groupement, permettent de faire le diagnostic sans hésitation, surtout s'il s'agit d'un sujet jeune, surtout s'il s'agit d'une femme. D'ailleurs, au bout de peu de temps, survient la série des accidents secondaires qui tranche définitivement la question. Cependant une foule d'affections peuvent être, à une certaine période, confondues avec le chancre. Les herpès, les aphtes simulent les petits chancres