

simplement érosifs sans grande induration, mais l'examen des bords en permettant de reconnaître la disposition irrégulière, microcyclique (Fournier) habituelle dans le cas d'herpès, sera un signe précieux. Les ulcérations qui sont sous la dépendance des dents déviées ou cariées, les glossites dentaires sont plus difficiles à distinguer, car objectivement leurs symptômes sont parfois très analogues, mais tout d'abord il n'y a pas d'adénopathie ou du moins pas d'adénopathie comparable à celle du chancre, et puis il y a surtout une constatation que le simple examen de la bouche permet de faire immédiatement, c'est que l'ulcère dentaire est en rapport direct avec une dent déviée, pointue, irrégulière, cariée. Bien qu'il puisse y avoir des coïncidences, on n'a donc pas habituellement à discuter longtemps cette cause d'erreur.

Certaines syphilides ulcéreuses simuleraient le chancre, si deux signes ne permettaient de les reconnaître pour ce qu'elles sont réellement. Elles ne sont ni indurées ni accompagnées de ganglions.

Les ulcères tuberculeux, parfois multiples, coïncident en général avec des lésions du poumon faciles à constater, ne s'accompagnant qu'exceptionnellement de ganglions, ayant des bords irréguliers et décollés, un fond jaunâtre ou grisâtre, inégal, parfois entourés d'un semis de granulations jaunâtres visibles à travers la muqueuse (points jaunes de Trélat), ressemblant en somme fort peu au chancre.

Pour les lésions tertiaires elles s'accompagnent de modifications telles dans l'aspect de la langue qu'en vérité on ne songe guère à elles en présence d'un chancre, outre qu'elles ne déterminent pas d'engorgement ganglionnaire, et sont précédées d'une série d'accidents qu'il est souvent facile de mettre en évidence.

Reste l'épithélioma, avec lequel la confusion a été faite quelquefois, confusion particulièrement regrettable, car elle peut conduire à une amputation de la langue, comme il arriva à ce malade que cite Fournier. Trompé par l'étendue et l'aspect du chancre, un chirurgien lui fit l'ablation d'une bonne partie de la langue. Quelques jours après une roséole vint montrer que l'intervention était au moins prématurée.

L'hésitation n'est permise que dans les cas de cancers encore très limités. Indépendamment des considérations de siège, d'âge, de sexe sur lesquelles il est inutile de revenir, on peut, en pareil cas, se guider sur l'aspect de la lésion où parfois certaines nuances sont en faveur soit du chancre, soit de l'épithélioma, mais surtout sur l'évolution si différente et les rapports de l'ulcération avec l'adénopathie. En cas de doute persistant, il y a deux façons de sortir d'embarras, l'une est d'enlever un petit fragment de la lésion, lequel sera soumis à l'examen histologique, l'autre, moins rapide, mais simple, incontestablement, et néanmoins sûr, est d'attendre.

Quelques jours d'expectation et les choses vont s'éclaircir. Si c'est

un chancre, il diminuera et rétrocedera, tandis que surviendra la roséole. Si ce n'est pas un chancre....

**Chancres de la gencive.** — Les chancres gingivaux sont quelquefois des méfaits des dentistes. Des instruments non désinfectés peuvent transmettre la syphilis de bouche en bouche. Ces faits, heureusement, deviendront de plus en plus rares, avec la diffusion graduelle des principes de l'antisepsie. Mais cette source de contamination n'est pas la seule, et toutes celles dont nous avons donné précédemment l'énumération peuvent entrer en ligne de compte. Cependant la gencive étant bien moins exposée que les lèvres, la langue et les amygdales, il est en somme rare de voir s'y développer l'accident primitif.

Ce chancre ne présente d'ailleurs, à part sa localisation, rien de bien particulièrement remarquable. Il est petit et siège en général au niveau du bord gingival, le plus souvent au niveau de l'interstice de deux dents, parfois encore au niveau d'une alvéole dont la dent a été récemment arrachée. La lésion se présente sous forme d'une plaque indurée, d'un rouge foncé, arrondie, ou semi-lunaire, à surface plus ou moins ulcérée. Mais ces caractères peuvent être altérés et le chancre ne plus présenter son aspect caractéristique. C'est ainsi que le fond peut être irrégulier, plus ou moins creux, couvert de détritits grisâtres. Cette lésion est parfois méconnue, mais c'est qu'alors on n'a pas pensé au chancre. Il suffit d'avoir sans cesse présente à l'esprit la possibilité de cet accident pour ne pas le confondre avec les diverses variétés de gingivites et de périostite.

**Chancre de l'amygdale** (1). — « Je vais vous parler d'une lésion presque généralement omise par les auteurs, niée par quelques-uns, souvent, très souvent méconnue dans la pratique et dont l'exacte notion est cependant fort utile à bien déterminer. Permettez-moi en commençant d'en appeler à votre concours non moins qu'à votre attention bienveillante. L'histoire de cette lésion est à peine commencée. Je n'en puis moi-même qu'en ébaucher quelques traits. Ce sera à vous de la compléter en éclairant les incertitudes que j'aurai à confesser, en cherchant leur solution aux problèmes que plus d'une fois je devrai me borner à poser devant vous. » Cet exorde de la communication de Diday montre combien le chancre de l'amygdale était encore peu connu en 1861. Il le fut pendant longtemps encore.

Mais enfin personne aujourd'hui n'ignore cette lésion, dont on fait même assez couramment le diagnostic. — Comme le dit Fournier,

(1) DIDAY, *Soc. des sc. méd.* Lyon, 1861. — LEGENDRE, *Arch. gén. de méd.*, 1884. — PIVAUDRAN, thèse de Paris, 1884. — GAUBE, *Union méd. du Nord-Est*, 1893. — DIEULAFOY, *Sem. méd.*, 1895. — NIVET, thèse de Paris, 1887. — A. ROBIN, *Leçons de clinique*, 1887. — VIGUIER, thèse de Paris, 1888. — A. FOURNIER, *Chancres extra-génitaux*. — FERRO, thèse de Paris, 1897.

on ne s'explique guère que cette porte d'entrée de la vérole ait été si longtemps méconnue. Il s'agit en effet d'un accident commun, fréquent, le chancre de l'amygdale étant observé presque aussi souvent que celui des lèvres; et même, s'il fallait en croire Boeck, ce serait le plus commun des chancres extragénitaux. Le chancre de l'amygdale est généralement unique. — Parfois cependant il peut être double, c'est-à-dire bilatéral, un chancre sur chaque amygdale. J'ai vu un cas de ce genre à la consultation de l'hôpital Broussais sur une jeune femme de vingt-cinq ans. On peut voir aussi deux chancres sur la même amygdale. (A. Fournier.)

« On a fait au chancre de l'amygdale une réputation très exagérée de polymorphisme. Sans doute il est susceptible de formes objectives diverses, mais en cela il ne diffère ni du chancre en général, ni du chancre génital en particulier. » (Fournier.) En réalité, il n'est pas extrêmement difficile d'en déceler les principales variétés. Elles sont, il est vrai, souvent confondues avec d'autres affections, mais cela tient moins à une parfaite analogie clinique, qu'à un examen incomplet, et incomplet parce que l'idée du chancre ne vient pas immédiatement à l'esprit en présence d'une affection des amygdales, parce que, surtout dans certains milieux, surtout chez certains individus, c'est la dernière éventualité qu'on songe à discuter.

Diday faisait remarquer en outre que le défaut d'expérience des médecins proprement dits était en grande partie cause de ces erreurs. « On est en droit d'affirmer que si le malade consulte sur ce mal, ce sera moins un spécialiste que tout autre, que s'il entre dans un hôpital, ce ne sera pas celui des vénériens. » Maintenant que l'on est bien prévenu, il n'est pas besoin d'être tout particulièrement versé en syphiligraphie pour faire ce diagnostic dans la très grande majorité des cas. Le chancre amygdalien se présente sous forme d'une érosion ou d'une ulcération de dimensions variables, mais arrondie ou ovalaire, occupant en général la partie saillante de l'amygdale, en général aussi limitée à cet organe, mais pouvant s'étendre sur le pilier postérieur ou plus souvent sur l'antérieur. Parfois tout petit, le chancre peut atteindre trois centimètres. L'ulcération présente un contour arrondi, qu'il n'est pas toujours facile cependant de bien apercevoir, car il peut être dissimulé par les piliers du voile. Elle est parfois très superficielle, parfois creusée profondément. Sa coloration est variable, elle peut être rouge, d'un rouge foncé ou carminé, comme la plupart des chancres buccaux, mais cet aspect est fort inconstant, et très souvent l'ulcération amygdalienne est grisâtre, blanchâtre, parfois couverte d'une sorte de production diptéroïde. Le fond, comme le fait remarquer Fournier, n'est pas uni et lisse comme celui des autres chancres, ce qui tient à la conformation de l'amygdale qui est criblée de dépressions, de cryptes. Le fond est par cela même irrégulier et inégal.

L'amygdale qui supporte le chancre est presque toujours notablement augmentée de volume. Cette hypertrophie peut revêtir un aspect spécial, donner à l'amygdale une forme cylindrique, ce cylindre portant le chancre à son extrémité interne libre.

Plus souvent l'augmentation de volume est totale, et porte sur les différents diamètres de l'amygdale. Dans certains cas, enfin, la tuméfaction prend un caractère inflammatoire, la rougeur s'étend non seulement à l'amygdale, mais aux piliers, à la partie correspondante du voile et du pharynx, en même temps qu'on note de la fièvre et des signes fonctionnels assez intenses, tels que difficulté et douleur de la déglutition. C'est ce que Fournier appelle la forme angineuse, Ferro la forme douloureuse du chancre de l'amygdale. Il y a, comme le dit Fournier, « un chancre sur une amygdalite. »

L'induration existe habituellement, mais elle est délicate à constater parce que l'exploration digitale présente ici une certaine difficulté, qu'on la fasse simplement en faisant pénétrer l'index dans le pharynx, ou en s'aidant de la palpation extérieure avec une main appuyant derrière l'angle de la mâchoire. En outre cette induration est souvent peu accentuée. Mais l'adénopathie ne manque jamais. Elle frappe les ganglions carotidiens ou sous-maxillaires et elle présente les caractères de l'adénopathie spécifique. Cependant Diday fait remarquer « qu'elle peut aussi fourvoyer le praticien et cela pour deux raisons, la première est que l'adénopathie qui accompagne les chancres buccaux en général et ceux de l'amygdale en particulier est souvent plus inflammatoire, quoique se résolvant finalement sans suppuration, que les adénopathies qui accompagnent les chancres de la région génitale, la deuxième que les accidents secondaires peuvent, eux aussi, développer des engorgements ganglionnaires de la région sous-maxillaire ressemblant parfois à ceux qui sont la conséquence de l'accident primitif. » Toutefois, sans refuser d'admettre cette possibilité, il faut bien reconnaître qu'il s'agit de faits exceptionnels, et que l'adénopathie primitive diffère beaucoup par le volume, la dureté, l'unilatéralité, des engorgements ganglionnaires qui sont parfois consécutifs aux plaques muqueuses de la gorge. Cette adénopathie est même le meilleur signe et le plus constant du chancre amygdalien, et c'est sa constatation qui, dans la plupart des cas, permettra de poser un diagnostic ferme.

Cette lésion détermine parfois des signes fonctionnels si peu accusés que le malade ne s'en préoccupe guère et laisse évoluer son affection sans y attacher l'importance qu'elle mérite. Aussi Diday disait-il que « le chancre de l'amygdale a pour habitude, je dirais presque pour caractère, d'échapper au malade »; et le médecin, dans bon nombre de cas, aurait-il à formuler plutôt un « diagnostic posthume » (Diday) qu'à constater une maladie à sa période d'état.

Toutefois cette absence de douleur, loin d'être la règle, est au contraire l'exception. M. Dieulafoy formule une proposition précisément inverse de celle de Diday. « Le chancre amygdalien ne passe généralement pas inaperçu du sujet qui en est porteur. Vous savez avec quelle facilité un malade peut méconnaître un chancre des organes génitaux... Il n'en sera pas ainsi pour le chancre de l'amygdale, qui douloureux et même extrêmement douloureux attirera de suite l'attention du malade. » Cette douleur est unilatérale « et en cela elle se différencie de tant et tant d'angines banales qui affectent généralement les deux amygdales ». (Fournier.)

Diday insistait déjà sur ce siège unilatéral de la douleur et son importance au point de vue diagnostique. Mais il faisait aussi remarquer que, « par une fatalité singulière, les malades ont une inhabileté étrange à localiser avec quelque précision une douleur de gorge ». Un caractère non moins important de cette douleur est que, loin de s'atténuer rapidement comme celles qui ont pour point de départ une inflammation aiguë de la gorge, elle est durable et persistante dans son intensité.

Dans quelques cas, on aurait vu des chancres amygdaliens devenir phagédéniques, mais cette complication est bien rare, et il s'agirait d'un phagédénisme relativement bénin.

Dans d'autres, il peut se produire une sorte de mortification des couches les plus superficielles du chancre; il se produit alors une escarre d'un brun noirâtre qui s'élimine. Cette forme gangreneuse est vraiment bien rare. Legendre, dans son remarquable mémoire, en cite une belle observation recueillie dans le service de Laboulbène.

L'évolution du chancre amygdalien se fait presque toujours d'une façon très normale et très simple. Au bout de quatre, cinq semaines, deux mois, la guérison survient. L'ulcération se cicatrise, les ganglions rétrocedent, l'amygdale reprend sa souplesse. Toutefois l'induration peut persister longtemps après la guérison du chancre, en même temps qu'une légère augmentation de volume, constatations qui peuvent en certains cas conduire au diagnostic rétrospectif du chancre.

Le *diagnostic* du chancre amygdalien n'est jamais un diagnostic immédiatement évident; il résulte toujours d'un examen soigneux et attentif et du rapprochement de plusieurs signes qui, pris isolément, n'ont en général rien d'absolument pathognomonique. « Il importe d'autant plus de réunir l'ensemble de ces témoignages, que chacun d'eux pris isolément est plus trompeur et plus difficile à recueillir. » (Diday.)

De fait, nombre d'erreurs ont été commises. Le chancre de l'amygdale a été pris pour une angine simple, pour une angine herpétique, prise même pour de la diphtérie, pour une angine gangreneuse, pour un épithélioma. Inversement, des lésions secondaires peuvent simuler

Dr. A. Carrillo  
Calle del Hable 49.  
MONTERREY, N. L. MEX.

le chancre, et même les lésions tertiaires ont pu donner le change, comme chez ce ténor, dont parle Diday, « ténor que sa vérole tend à illustrer à l'égal de son talent. » Pour éviter ces erreurs, il faut et il suffit la plupart du temps de penser au chancre.

On fait, dans le tiers ou la moitié des cas, le diagnostic d'angine vulgaire, dit le professeur Fournier. Cette confusion doit être évitée par la constatation d'une rougeur unilatérale, des ganglions, de l'induration.

Les plaques muqueuses n'ont ni induration ni adénopathie; elles sont bien rarement limitées à l'amygdale. Les gommages ont une physionomie très spéciale avec leurs bords coupés à pic et leur fond bourbillonneux. Les angines à exsudat blanchâtre sont parfois simulées par le chancre, il est vrai, mais dans ce dernier cas les lésions sont localisées, l'induration peut être souvent perçue, les caractères de l'exsudat ne sont pas les mêmes, l'état général est habituellement très différent. Mais enfin, dans certains cas, la distinction est délicate, au début tout au moins, car l'évolution de la maladie vient toujours trancher la question. Il y a une lésion qui prend volontiers l'aspect du chancre, c'est ce que Fournier et Mendel décrivent sous le nom d'amygdalite ulcéreuse chancreiforme, et Moure d'amygdalite lacunaire ulcéreuse. J'en ai vu deux cas où il fut pendant plusieurs jours bien difficile de se prononcer, en particulier sur un de mes élèves de l'École pratique, qui portait sur chaque amygdale une ulcération arrondie, grande comme une pièce de cinquante centimes, reposant sur une amygdale augmentée dans son volume et dans sa consistance. Il avait en outre un ganglion cervical, du volume d'une petite noisette. L'affection persista pendant une quinzaine de jours, la douleur à la déglutition disparut graduellement, les ulcérations se cicatrisèrent; l'état général resta satisfaisant, au point que ce jeune homme put continuer à disséquer. Jamais il n'a eu de roséole.

Quant à l'épithélioma de l'amygdale, il peut être simulé par un chancre, car le chancre peut se creuser et prendre mauvais aspect, avoir un fond irrégulier, couvert de détritiques grisâtres, et l'adénopathie est commune aux deux affections, et parfois même l'adénopathie cancéreuse est précoce et volumineuse alors que le cancer est encore tout petit.

Cependant ce n'est que dans des cas bien rares qu'on pourra rester indécis. Tout d'abord il y a certaines considérations d'âge, de sexe, qui feront, dans beaucoup de circonstances, penser plus volontiers soit au chancre, soit à l'épithélioma. Sans doute il ne faut pas trop se laisser guider par ces premières impressions qui peuvent conduire à de regrettables erreurs; dans beaucoup de cas néanmoins elles vous mettront d'emblée dans la bonne voie. L'étude de la lésion elle-même fait presque toujours constater des différences radicales, chancre arrondi, circonscrit, médiocrement creux, épithélioma à bords irréguliers, à

tendance envahissante, à fond couvert de débris grisâtres, ichoreux, fétides. L'adénopathie est très différente dans les deux cas, les ganglions engorgés par le chancre l'étant d'une façon rapide, au lieu que dans l'épithéliomais augmentent lentement de volume. Dans le premier cas ils restent mobiles, ils adhèrent de bonne heure dans le second. — Leur volume est proportionnellement plus considérable pour le chancre qu'il ne serait dans le cas d'un épithélioma de même dimension. Enfin, au bout de peu de temps, l'évolution si différente dans les deux cas viendra confirmer ou infirmer le diagnostic.

On le voit, dans tous ces cas litigieux et embarrassants, il suffit d'attendre quelques jours pour que la marche naturelle de la maladie vienne éclaircir les doutes, dissiper les incertitudes et guider le chirurgien vers le traitement convenable. Eût-on formulé une opinion ferme, l'apparition de la roséole et de syphilides vient toujours à en établir le bien-fondé ou modifier le diagnostic. L'erreur est donc plus humiliante pour le médecin que dangereuse pour le malade. Cette formule de Diday est assez heureuse, mais il faut ajouter que l'erreur est encore beaucoup moins humiliante pour le médecin que dangereuse pour ceux qui entourent le malade. Ils sont d'autant plus exposés à contracter sa maladie que, n'étant pas prévenu, il ne prend nulle précaution à ce sujet.

Le *traitement* de ces chancres buccaux doit être aussi simple que possible. Les cautérisations n'ont guère d'autre effet que d'en retarder la cicatrisation. Les chancres labiaux seront recouverts de pommades antiseptiques et non irritantes; les chancres intrabuccaux seront nettoyés et lavés avec des solutions antiseptiques légères, de l'infusion de pavots, etc. Les chancres amygdaliens sont simplement justiciables de gargarismes calmants, d'applications de cocaïne quand ils sont douloureux, de teinture d'iode, d'eau phéniquée, ou de liqueur de Van Swieten étendue, quand ils ont mauvaise mine et tendance à devenir phagédéniques.

Tout cela, bien entendu, sans préjudice du traitement général, qui doit être ici ce qu'il est pour les syphilis qui ont le point de départ habituel.

#### Accidents secondaires.

La cavité buccale est un lieu d'élection pour les manifestations secondaires de la syphilis. C'est, après la vulve, le meilleur terrain pour le développement des *plaques muqueuses*.

Lasègue prétend que « les femmes y apportent une prédilection toute particulière » et que si « les statistiques peuvent donner des chiffres douteux, les médecins qui ont pratiqué dans les hôpitaux d'hommes et de femmes syphilitiques et qui sont en mesure d'établir un large parallèle, sont unanimes sur ce point. »

Cependant Fournier et d'autres qui se sont trouvés précisément

dans ces conditions pensent que ces syphilides buccales se rencontrent avec une fréquence plus grande chez l'homme, ce qui ne les empêche pas d'être très communes chez la femme. Dans le sexe masculin interviennent en effet certaines causes déterminantes qui en favorisent le développement, ainsi l'habitude de fumer et de chiquer, et une plus grande négligence des soins de la propreté. De fait, il n'est guère de syphilis au cours de laquelle on ne puisse constater pendant la période secondaire des plaques muqueuses buccales.

Celles-ci peuvent s'observer sur tous les points de la cavité bucco-pharyngienne, mais il en est où elles n'apparaissent que très exceptionnellement : ainsi le pharynx proprement dit, la voûte palatine, les gencives, les amygdales pharyngée et préépiglottique (1). Par contre, elles pullulent avec la plus extraordinaire facilité à la surface des amygdales, dans la petite excavation sus-amygdalienne, sur les piliers du voile du palais et la luette. On les rencontre avec une fréquence moindre, mais néanmoins considérable encore, sur les lèvres et la surface de la langue, ce qu'on peut résumer en disant que les syphilides buccales ont trois localisations principales, trois foyers, l'amygdale, les lèvres, la langue.

D'ailleurs, il est habituel que les syphilides se montrent simultanément en ces trois points. Il est ordinaire aussi qu'elles coïncident avec d'autres manifestations analogues, développées à la vulve, à l'anus, et avec des éruptions de syphilides papuleuses à la surface du corps. Néanmoins les syphilides buccales s'observent souvent à l'exclusion de toute autre manifestation actuelle de la syphilis : ce sont chez l'homme de beaucoup les plus communes des syphilides. D'ailleurs l'éruption buccale peut être abondante ou discrète. Les parois de la cavité buccale peuvent être littéralement tapissées de plaques muqueuses, et d'autre part il peut n'exister qu'une ou deux de ces syphilides. Ce qui faisait dire à Lasègue que le tempérament du malade est un des éléments essentiels qui appellent ou qui annulent leur développement. Elles se présentent presque toujours sous forme de papules arrondies ou ovalaires, d'une teinte opaline, ayant en moyenne les dimensions de l'ongle du petit doigt.

Très rapidement l'épithélium tombe à la surface de cette papule, qui présente ainsi un aspect érosif.

D'autres éléments ne font pas de saillie appréciable et se présentent simplement sous l'aspect d'une petite érosion arrondie ou ovalaire.

Sur la face dorsale de la langue, on voit parfois des *plaques* d'un aspect spécial qui a été bien décrit par le professeur Fournier. Ce sont des plaques lisses, non érosives. On peut s'en assurer en promenant à leur surface un pinceau chargé d'une solution de nitrate d'argent. On ne constate pas la teinte blanchâtre, qui ne manque

(1) MOURE et RAULIN, *Revue laryng.*, 1891. — LABIT, *Revue laryng.*, 1891.