

ment douces. L. Labbé s'est bien trouvé d'applications de teinture d'iode; Féréol, de chlorate de potasse; le perchlorure de fer, l'alun ont été utilisés avec avantage. L'acide chromique, préconisé par Verneuil, est un caustique puissant et à côté de lui se rangent les attouchements au fer rouge dont Trélat, Féréol ont obtenu d'assez bons résultats palliatifs.

Quelquefois la douleur, par son intensité, fournit une indication spéciale. Butlin conseille alors la section du nerf lingual, déjà en honneur parmi certains de ses compatriotes pour pallier la douleur des cancéreux. Mais cette section sera presque toujours inutile, et on calmera considérablement les souffrances par des moyens plus simples. On commence par les applications émoullientes et laudanisées, puis, une fois la région un peu moins sensible, on abstergé l'ulcération et on la saupoudre d'iodoforme. On aura recours, au besoin, aux injections sous-cutanées de morphine.

Si le sujet n'est pas tuberculeux par le poumon, on a mieux à faire qu'à chercher, par l'action de topiques modificateurs ou caustiques, une cicatrisation toujours aléatoire malgré les quelques succès enregistrés de temps à autre. De même, si les lésions pulmonaires sont légères. L'ablation radicale du foyer infectieux semble être dans ces circonstances le traitement de choix, si l'étendue du mal n'est pas une contre-indication. Cette doctrine est celle de Billroth; elle a été soutenue en 1881 par Trélat à la Société de chirurgie, où elle a compté d'assez nombreux adhérents. Certes, elle ne met pas à l'abri des récurrences. Mais quelle intervention contre les tuberculoses locales n'en est pas là? Une question maintenant se pose: comment faire cette exérèse, au thermocautère ou à l'instrument tranchant? Je pense qu'il y a un intérêt réel à laisser le moins possible dans la bouche une surface suppurante, source d'infection et capable inversement de cultiver à nouveau les bacilles de la tuberculose. L'ablation à l'instrument tranchant, suivie de suture, est donc préférable, et la suppuration ganglionnaire observée par Reclus, après une intervention au thermocautère, n'est pas de nature à modifier cette opinion.

2° TUBERCULES CASÉUX PROFONDS (ABCÈS FROIDS)

La tuberculose profonde de la langue se présente au début sous forme d'une nodosité interstitielle, isolée, peu considérable, qui évolue sans grand symptôme réactionnel, sans douleur. Le plus souvent, et c'est ce qu'ont noté H. de Brun, Schwartz, F. Gade, il n'y a dans la langue qu'une seule de ces nodosités; mais H. Barth en a senti plusieurs. A un moment donné, cette nodosité se ramollit, devient fluctuante, s'ouvre à l'extérieur, et c'est à cette période de fistulisation qu'ont été observés les malades de Fano, de Gosselin.

Les-sujets sont en général tuberculeux, et c'est ce qui permet de soupçonner l'abcès froid de la langue; sans quoi le diagnostic avec une gomme ramollie, avec un kyste hydatique, est impossible avant la ponction exploratrice.

Ces abcès froids seront traités, comme dans l'observation de H. de Brun, par l'ablation large suivie de suture. Si cela est impossible, on se contentera de l'incision et du curetage (1).

(1) PORTAL, *Cours d'anat. méd.*, t. IV, p. 527, Paris, an XII. — FANO, *Union méd.*, Paris, 1862, n. s., t. XVI, p. 547. — GOSSELIN, *Clin. chir. de l'hôpital de la Charité*, Paris, 1875, t. II, p. 59. — DE BRUN (H.), *France méd.*, Paris, 1885, t. I, p. 157. — GADE (F.), *Nord. Mag. for*

IV

SYPHILIS LINGUALE

La syphilis peut frapper la langue à ses trois périodes: primitive, secondaire et tertiaire.

Il sera question ici des lésions siégeant en avant du V lingual. La syphilis de la base de la langue, c'est-à-dire de l'« amygdale linguale » est un épiphénomène de celle des amygdales et du pharynx (1).

1° CHANCRE

Le chancre induré de la langue a la même *étiologie* que celui des lèvres, mais il est beaucoup plus rare, et sur un relevé de 642 chancres extra-génitaux, A. Fournier (2) en compte 528 des lèvres et 55 de la langue. Est-ce parce que le pus virulent est ici plus vite entraîné par la salive? ou plutôt parce que les fissures sont plus rares à la langue qu'aux lèvres? Un autre point noté est la fréquence plus grande chez l'homme, et la statistique de Demarquay nous donne, sur 28 chancres buccaux de la femme, 2 chancres linguaux, et 8 sur 59 chez l'homme. Mais Demarquay ajoute: « L'explication de ce fait se conçoit aisément », ce qui pourtant ne saute pas tout d'abord aux yeux.

On a d'ailleurs ici, comme pour tous les chancres buccaux, abusé des considérations étiologiques ayant pour base les particularités du coit *ab ore*. Cependant on accordera à P. Reclus, « sans entrer dans des considérations répugnantes », qu'on puisse comprendre pourquoi chez l'homme le chancre siègerait surtout à la pointe de l'organe et chez la femme un peu partout. Chez les enfants il occuperait volontiers le filet, d'après Demarquay.

Le chancre lingual est d'ordinaire unique. Méricamp l'a observé, au stade initial, sous forme d'un bouton blanchâtre que le patient ouvrit avec une pointe d'épingle. Ce bouton peu à peu s'ulcère, et presque toujours c'est lorsqu'il est à l'état d'ulcération que le malade vient consulter. Souvent ce sera une érosion de peu d'étendue, de forme arrondie, à surface opaline, à base indurée. Il n'est pas rare que l'induration soit noueuse et saillante, que les bords soient découpés. Quelquefois le contact des dents provoque des douleurs, des saignements. L'adénopathie, en général située à l'angle de la mâchoire, est précoce.

L'évolution est bénigne, et le phagédénisme, observé cependant (Homolle), est tout à fait exceptionnel. Presque toujours le chancre croît pendant une quinzaine de jours, puis se cicatrise. Toutefois, la transformation en plaque muqueuse, sous le nom d'*ulcus elevatum*, n'est pas très rare.

Lægevid. 1884, p. 95. — BARTH (H.), *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 25 novembre 1887, p. 442. — CHAUFFARD, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 24 février 1895, p. 141. — C. WHITMAN, Thèse de doct. de Paris, 1895-1894, n° 48. — SAUVAGE, Thèse de doct. de Paris, 1894-1895, n° 88. — ROLLAND, Thèse de doct. de Lyon, 1895-1896, n° 1155. — LE NADAN, Thèse de doct. de Bordeaux, 1895-1896, n° 101.

(1) O. SEIFERT, *Münch. med. Woch.*, 1895, n° 6, p. 401.

(2) A. FOURNIER, *Les chancres extra-génitaux*, Paris, 1897.

Le *diagnostic* est facile, si on songe au chancre. Les erreurs proviennent surtout de ce qu'on ne pense pas à une lésion relativement rare et de ce que, d'autre part, les aveux sont souvent malaisés à obtenir. Le diagnostic différentiel a été ou sera exposé à propos de chacune des lésions qui peuvent ressembler au chancre⁽¹⁾. En cas de doute, l'écllosion des accidents secondaires viendra en quelques semaines résoudre le problème.

2° SYPHILIDES SECONDAIRES

Étiologie. — Les syphilis secondaires, ou *plaques muqueuses* de la langue (et de la bouche en général) s'observent aussi bien dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise.

Dans la syphilis héréditaire, elles ont une importance toute spéciale au point de vue de l'allaitement.

Dans la syphilis acquise, elles sont souvent localisées par des causes irritantes diverses. La malpropreté buccale, l'habitude de fumer sont fréquentes parmi ces causes, et c'est pour cela que les plaques muqueuses buccales sont moins vulgaires chez la femme que chez l'homme. Les altérations du système dentaire localisent les plaques muqueuses, puis les modifient.

Symptômes. — Les sièges de prédilection sont les bords et la face dorsale de la langue. La face inférieure est rarement atteinte.

Il y a, dit Fournier, deux formes objectives principales : les érosions et les papules.

Les plaques muqueuses érosives sont simplement des desquamations épithéliales, rosées ou rougeâtres, lisses, légèrement douloureuses. Aux bords et à la pointe elles sont généralement fissuraires, verticales et siègent au fond des empreintes marquées par les dents sur le bord légèrement gonflé.

Les syphilis papuleuses occupent surtout le dos de la langue sous forme de petites saillies lenticulaires.

Mais ces deux formes initiales peuvent subir des modifications. C'est ainsi que la forme érosive devient ulcéreuse sous l'influence d'un traitement mal dirigé, d'une irritation locale persistante. Les plus vulgaires des irritations locales sont dues aux dents saillantes ou irrégulières, aux pièces prothétiques, et bien souvent mon maître Lailler m'a fait voir que les plaques ulcéreuses des bords de la langue sont situées en face d'un chicot; que, dans ces conditions, la lésion primitivement syphilitique dégénère, pour ainsi dire, et n'est plus justiciable du seul traitement spécifique : il faut y joindre l'extraction de la dent malade.

C'est peut-être sous l'influence d'irritations analogues que la forme papuleuse devient hypertrophique, constituant de véritables *nodi* rebelles au traitement (A. Fournier). C'est comparable aux petites végétations papillaires qui, d'après Butlin, se greffent quelquefois sur les syphilis secondaires de la langue, à la face inférieure surtout.

A. Fournier décrit enfin une forme spéciale, les plaques lisses, au niveau desquelles il semble que les papilles aient disparu, comme rasées.

⁽¹⁾ Voy. *Le diagnostic de l'ulcère simple*, p. 146; *celui de la gomme*, p. 159; *celui du cancer*, p. 188.

Diagnostic. — Il est d'usage que le diagnostic soit rendu évident par l'examen du reste de la bouche, de la peau, de l'anus, du scrotum chez l'homme, des grandes lèvres chez la femme. Mais les difficultés surgissent pour les lésions à la fois isolées et tardives.

Les *lésions papillomateuses non syphilitiques* sont rares, et Butlin nous rappelle qu'elles ont surtout pour siège la face inférieure et non la face supérieure.

La *leucoplasie buccale* a une couleur d'un blanc pâle et non grisâtre; elle s'ulcère peu, est plus indurée et plus sèche; elle occupe de préférence le dos de la langue et non ses bords. Mais certaines lésions syphilitiques, surtout irritées par le tabac, peuvent prendre quelques-uns de ces caractères, et c'est ce qui a fait décrire une leucoplasie syphilitique; j'ai déjà abordé cette question⁽¹⁾.

Les *aphthes* sont caractérisés par des érosions multiples, douloureuses, avec rougeur et réaction inflammatoire, à évolution aiguë, de forme arrondie, grosses comme des têtes d'épingle; ils surviennent surtout chez les enfants.

Pronostic. — Le pronostic est sans gravité. Mais les irritations auxquelles la région est sujette rendent les plaques muqueuses quelquefois douloureuses et tenaces.

Traitement. — Outre le traitement général classique, le traitement local a une grande importance pour débarrasser rapidement les malades de ces lésions dangereuses par leur contagiosité. On aura d'excellents résultats si on surveille avec soin l'hygiène buccale et dentaire. On joindra à cela des attouchements caustiques à l'acide chromique (Butlin), au nitrate acide de mercure (A. Fournier), ou plus simplement, dans les cas légers ordinaires, à la teinture d'iode ou au nitrate d'argent.

3° SYPHILIS TERTIAIRE

La syphilis tertiaire a pour caractéristique générale de provoquer des lésions de deux ordres. Elle engendre des proliférations cellulaires qui tantôt persistent et s'organisent à l'état de tissu fibreux, tantôt subissent un processus de dégénérescence, de nécrobiose : *sclérose* dans le premier cas, *gommés* dans le second. Ces deux ordres de lésions existent fort nettes à la langue, quelquefois associées, mais plus souvent indépendantes.

RICORD, *Traité pratique des maladies vénériennes*, Paris, 1858, p. 662. — BOUISSON, *Mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles*. *Gaz. méd.*, Paris, 1846; réimpr. dans *Tribut à la chirurgie*, 1858, t. I, p. 527. — LAGNEAU (G.), *Tumeurs syphilitiques de la langue*. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, Paris, 1859, p. 499, 516, 550, 602. — RICORD, *Des affections syphilitiques de la langue*. *Union méd.*, Paris, 1874, 5^e s., t. XVII, p. 755. — FOURNIER (A.), *Leçons sur les syphilides tertiaires de la langue*. *L'École de médecine*, Paris, 1877. — MAURIAC, *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*, Paris, 1890, p. 688 et 1057.

Leur étiologie n'a rien de bien spécial. A noter seulement la prédisposition du sexe masculin. La syphilis causale fréquemment a été soignée insuffisamment ou pas du tout; d'après les relevés d'A. Fournier, elle serait la plupart du temps vieille de cinq à quinze ans.

⁽¹⁾ Voy. t. V, p. 156.

Symptômes. — Nous avons à étudier : *a.* les glossites scléreuses ; *b.* les gommès.

a. Glossites scléreuses. — Les glossites scléreuses à leur tour se divisent en deux variétés.

Les unes sont *superficielles*, caractérisées par des indurations étalées, comme parcheminées, sous forme soit de plaques isolées, lisses, comme vernies, dépillées, d'un rouge foncé, arrondies ou ovalaires, soit de plaques continues, occupant une des moitiés de la langue ou, plus habituellement encore, la région antérieure et médiane, et présentant un aspect « parqueté », pour emprunter l'expression d'A. Fournier. Ces plaques indurées peuvent avoir une couleur blanche, et là encore ç'a été un sujet de discussions sur la nature syphilitique de la leucoplasie buccale.

Ces lésions sont indolentes tant qu'elles ne sont pas éraillées, crevassées.

Les *glossites profondes* sont le type de ce qu'on appelle la « langue de Clarke ». La sclérose y est dermo-parenchymateuse, dit Fournier ; c'est bien là une lésion tertiaire, et non, malgré Saison (1), une lésion secondaire tardive. Quand on voit la langue à une période un peu avancée, on la trouve atrophiée, sa face dorsale est transformée en une série de mamelons, les uns larges, étalés, les autres presque fermés par l'adossement des lobules qu'ils séparent. Saison, F. Clarke ont insisté à juste titre sur la valeur diagnostique de ces sillons. La palpation révèle une induration superficielle et profonde. La muqueuse est ici d'un rouge vineux, là blanche et exsangue. Souvent elle s'ulcère, soit qu'un ou plusieurs mamelons

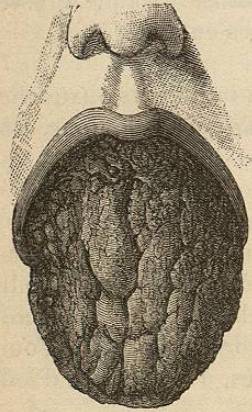


FIG. 55. — Glossite scléreuse tertiaire. (Fissures de Saison-Clarke.)

subissent la dégénérescence gommeuse, soit qu'il y ait érosion inflammatoire, mécanique ou traumatique de la muqueuse anormalement rigide. Les sillons dégèrent ainsi en fissures et l'organe devient douloureux au contact des aliments chauds, épicés, irritants.

b. Les gommès de la langue ont été observées par divers auteurs, parmi lesquels Nunn, F. Clarke, Drysdale, J. Lloyd, Barlow, au cours de la syphilis héréditaire (2). Mais la plupart du temps il s'agit de syphilis acquise (3).

Ces gommès sont superficielles ou profondes.

Les gommès *superficielles* ou *muqueuses* sont ce qu'on appelait naguère les *tubercules syphilitiques* de la langue. Mais il est démontré aujourd'hui que les ulcérations les plus superficielles sont précédées d'une infiltration gommeuse sous-épithéliale, et c'est cette infiltration qui constitue le tubercule syphilitique, sous forme de petites nodosités disséminées, enchâssées dans le derme muqueux, formant un léger relief et surtout une induration appréciable au toucher. Puis le dépôt gommeux se ramollit, le tubercule se perforé, se vide et se transforme

(1) SAISON, Thèse de doct. de Paris, 1871, n° 46. — HUGONNEAU, *Ibid.*, 1876, n° 453.

(2) NUNN, d'après *Bull. gén. de thér.*, Paris, 1867, t. LXXII, p. 578. — BARLOW, *Trans. of the path. Soc. of London*, 1880, t. XXXI, p. 101. — J. LLOYD, *Lancet*, London, 1885, t. I, p. 656. — A. FOURNIER, *Syph. héréd. tardive*, Paris, 1886, p. 450.

(3) Consultez les thèses de doctorat de Paris de : MENDEVILLE, 1871, n° 215 ; CHAPUIS, 1875, n° 597 ; G. SIMON, 1877, n° 125 ; CHARAYRON, 1877, n° 287 ; G. GAILHARD, 1880, n° 155.

en une petite ulcération arrondie, à bord nettement découpé, à fond bourbillonneux. C'est, en somme, tout à fait comparable aux petites gommès du derme cutané.

Les *gommès profondes* ou *musculaires* ont l'évolution classique des gommès. On sent d'abord une véritable tumeur dure qui peu à peu se ramollit et s'ouvre à l'extérieur, laissant alors une ulcération cavitaire et bourbillonneuse qui a les caractères classiques des ulcérations gommeuses. Quelquefois, cependant, la langue est indurée autour de la perte de substance et il en résulte des aspects qui peuvent simuler celui de l'épithélioma : j'en parlerai avec le diagnostic du cancer de la langue.

Les gommès linguales sont assez volumineuses, grosses comme un haricot, une amande, une noix même. Elles sont solitaires ou multiples ; dans ce dernier cas, Ch. Lailler pense qu'on a exagéré la fréquence de leur bilatéralité. Ch. Lailler

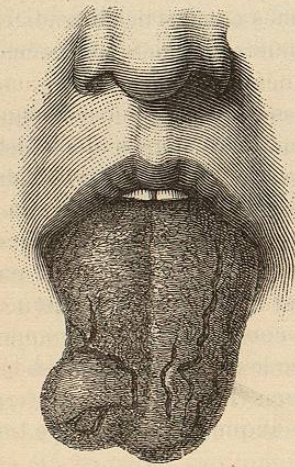


FIG. 56. — Gomme et fissure. (Clarke.)

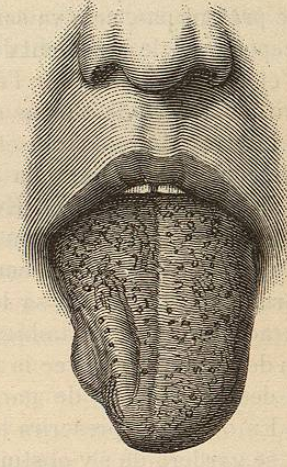


FIG. 57. — État de la langue après résorption d'une gomme syphilitique.

signale aussi une forme spéciale, où la gomme ramollie s'ouvre par plusieurs pertuis et prend un aspect qui rappelle celui d'un anthrax.

Un caractère assez particulier des gommès linguales est la longueur fréquente de leur période de crudité, la lenteur avec laquelle elles s'ulcèrent. Lorsque alors elles sont confluentes, on observe une langue quelquefois gigantesque qui paraît à la palpation comme « rembourrée de noisettes », selon une expression de Ricord.

Les ulcérations gommeuses de la langue sont presque toujours bien circonscrites et tendent peu à s'étendre. Quelquefois cependant elles deviennent phagédéniques, soit par fonte d'une infiltration gommeuse diffuse, soit par adjonction d'un processus gangreneux. Ce phagédénisme tertiaire, dont on trouvera un exemple remarquable dans les leçons du professeur Fournier, cause des pertes de substance étendues, des perforations de la langue de part en part, des ulcérations qui gagnent avec rapidité jusqu'à l'épiglotte. Mendel (1) a publié un cas où une vraie gangrène en masse de la langue semble avoir été d'origine syphilitique.

Il n'y a presque jamais d'adénopathie concomitante, et c'est là un signe

(1) MENDEL, *Ann. de dermat. et syph.*, Paris, 1894, p. 1564.

diagnostique important. Il ne faudrait cependant pas trop s'y fier, car A. Fournier signale des engorgements ganglionnaires froids, indolents, cessant après la guérison des ulcérations linguales.

Tels sont, résumés rapidement, les caractères objectifs principaux des diverses syphilides tertiaires de la langue. Les symptômes fonctionnels, dans toutes ces variétés, sont d'ordinaire peu marqués. La langue, maladroite, se laisse, il est vrai, souvent mordre. Quand elle est ulcérée, les douleurs surviennent, et encore ne se manifestent-elles guère que si elles sont provoquées par le contact d'aliments épicés, de boissons alcooliques, de fumée de tabac, etc. Elles deviennent de la sorte quelquefois très vives lorsque l'organe est creusé de fissures ulcérées. Si la langue est augmentée de volume, la phonation est gênée; un gonflement de la base de la langue peut troubler la déglutition.

Diagnostic. — Les diverses formes de lésions que nous venons de passer en revue ne prêtent pas, cela va sans dire, aux mêmes erreurs de diagnostic. Pour toutes cependant, le jugement du clinicien se fondera sur quelques données communes, et en particulier sur l'étude des anamnestiques, des lésions concomitantes ou des traces de lésions anciennes. En cas de doute, par conséquent, on fera un interrogatoire soigné et de plus on examinera non seulement toute la cavité buccale, mais toute la surface du corps, le squelette entier dans ses régions aisément accessibles. Évidemment, on n'aura pas de la sorte une certitude: un syphilitique a droit au cancer, un tuberculeux de même et inversement. De ce qu'un individu est sûrement syphilitique on ne conclura donc pas, sans autre forme de procès, que sa lésion linguale est sûrement syphilitique, si elle a des caractères objectifs ambigus, et dans ces conditions on fera appel, pour juger en dernier ressort avec la tuberculose, avec le cancer, à l'examen bactériologique des sécrétions, de parcelles, à l'examen histologique de fragments excisés. En outre, on prescrira le traitement spécifique dit « pierre de touche », mais on se gardera de s'y obstiner.

La même règle de conduite sera suivie quand on trouvera une ulcération de nature douteuse sur un sujet qui ignore ou qui dissimule ses antécédents syphilitiques.

Ces données générales sont plus utiles, en pratique, que les arguties byzantines du diagnostic différentiel, car c'est précisément lorsque les signes classiquement énumérés sont nuls ou modifiés que l'on est exposé à l'erreur. Je me bornerai donc à énumérer les principales de ces erreurs.

Les *glossites scléreuses* sont parfois assez analogues aux *leucoplasies invétérées*, elles aussi capables de s'accompagner de cirrhose avec rétraction et d'ulcérations quelquefois assez creusées. Mais ces sujets sont presque toujours des fumeurs endurcis, la lésion est très ancienne, a évolué avec une lenteur extrême; aux commissures labiales, dit A. Fournier, on voit les plaques nacrées des fumeurs. La question devient très complexe chez un syphilitique faisant abus du tabac, car, pour employer une expression de Ricord, on ne s'y reconnaît plus sur ce tissu « cuit et fumé »; et de plus il s'agit d'une sclérose, en sorte que, même si l'origine est syphilitique, le traitement spécifique est à peu près impuissant.

Les *gommés* prêtent à des confusions différentes, selon qu'elles sont ulcérées ou non.

Une gomme non ulcérée ressemble à toutes les tumeurs profondes et bien circonscrites, que je décrirai plus loin: fibromes, lipomes, kystes hydatiques, etc.

La multiplicité des gommés est sans doute un caractère; mais elle est moins vulgaire qu'on ne l'a dit et par contre il y a des fibromes, des lipomes multiples. Dans le lipome, la fluctuation existe dès le début, tandis que celle de la gomme est tardive. Pour les tumeurs liquides, on sera renseigné par la ponction exploratrice. Les erreurs, au total, ne sont pas rares.

La gomme ulcérée ne ressemble presque jamais à un chancre, car le chancre est peu creusé, induré, accompagné d'adénopathie. Mais ces caractères peuvent être en défaut et dans un cas de ce genre j'ai vu mon maître Lailler rester dans l'erreur jusqu'à l'éruption de la roséole et des plaques muqueuses.

Je me suis déjà suffisamment expliqué sur l'ulcère simple dentaire. L'ulcère tuberculeux, dans sa forme typique, ne sera certainement pas méconnu, et pour les formes un peu atypiques soit de syphilis, soit de tuberculose, on suivra la marche générale que j'ai indiquée au début de ce paragraphe. On conçoit quelle pourra être la difficulté lorsque, comme dans une observation de Dautrelepoint, la tuberculose sera greffée sur une lésion primitivement syphilitique.

Le diagnostic avec l'épithéliome sera étudié plus loin.

Pronostic. — Le pronostic est bénin au point de vue vital.

Au point de vue local, il varie selon la nature des lésions et leur sensibilité au traitement spécifique.

Les gommés bien traitées ont coutume de guérir sans laisser de traces ou, si elles sont ulcérées, avec une cicatrice très minime. Au contraire, les glossites scléreuses ont grande tendance à persister, à aboutir à la cirrhose, avec lobulation de la muqueuse fissurée. Pour ces ulcérations et exulcérations, des lésions inflammatoires se surajoutent aux lésions spécifiques, et de cette combinaison résultent des altérations extrêmement rebelles.

A. Verneuil et son élève Ozenne ont insisté sur la transformation possible des ulcérations gommeuses en cancéroïdes. Ces transformations, dont la fréquence a peut-être été exagérée, ont une importance réelle pour le diagnostic du cancer, à propos duquel j'en parlerai.

Traitement. — Il va sans dire que la médication spécifique classique, par l'iodure et le mercure, fera la base du traitement. Il faut seulement savoir que si la langue est sclérosée on n'obtiendra pas la *restitutio ad integrum*.

A cette thérapeutique médicale, on aura grand soin d'ajouter un traitement local. On surveillera l'hygiène buccale et le système dentaire. Ch. Lailler conseillait d'appliquer sur les fissures de la poudre d'iodoforme; A. Fournier les cautérise légèrement au nitrate d'argent; tous deux aident à la cicatrisation des cavités gommeuses par des attouchements à la teinture d'iode.

Quelquefois, il persiste une ulcération reposant sur une base scléreuse et rebelle au traitement spécifique. Dans ces conditions, on sera quelquefois amené à imiter Butlin⁽¹⁾ et à faire l'exérèse suivie de réunion immédiate.

(1) BUTLIN, *St.-Barth. hosp. Rep.*, 1885, t. XXIX, p. 85.