

l'instant où s'est faite la perforation. Le ventre plat et rétracté, l'absence de tympanisme, sont surtout des symptômes de perforation récente; l'absence de fièvre, de vomissements et de hoquet ne doit pas nous induire en erreur et nous faire abandonner le vrai diagnostic.

5° L'individu qui a été atteint d'une perforation stomacale, la perforation ne daterait-elle que de quelques heures, a déjà les traits altérés; il a un facies tout spécial, il porte déjà, sur sa physionomie, la griffe péritonéale qui est un indice de réelle valeur.

6° Il est important de faire sans tarder le diagnostic de la perforation stomacale, car l'opération, seul moyen thérapeutique, doit être aussi précoce que possible<sup>1</sup>.

1. Cette leçon a été faite le lendemain de l'arrivée du malade dans mon service, c'est-à-dire le lendemain de l'opération. A ce moment, l'état de l'opéré était satisfaisant; mais, dans la journée, survinrent deux vomissements, la température monta à 37°,8 et le malade fut très abattu. Le surlendemain, 1<sup>er</sup> avril, l'aggravation devient manifeste, le pouls est à 116; la température monte à 40 degrés; les vomissements sont porracés, les yeux sont excavés. Dès lors, la situation empire rapidement, et le malade succombe dans la nuit, à quatre heures, après deux heures d'un délire tranquille. A l'autopsie, on constate le parfait état des sutures de l'estomac faites pour remédier à la perforation de l'ulcus. La mort a été causée par la péritonite qui s'était généralisée avec fausses membranes et exsudat purulent.

## SIXIÈME LEÇON

### LE CHANCRE DE L'AMYGDALE

MESSIEURS,

Il y a trois semaines, le 21 janvier dernier, entrant dans mon service, salle Saint-Christophe, n° 11, un garçon de trente-trois ans, qui se plaignait d'un violent mal de gorge. Au dire du malade, l'angine avait débuté huit ou dix jours avant, sous les apparences d'une amygdalite vulgaire: ma-laise, frissons, douleurs à la déglutition, surtout à gauche, irradiations douloureuses atteignant l'oreille, le cou et la face du même côté. Les jours suivants, la dysphagie s'était accentuée au point que tout mouvement de déglutition était devenu fort pénible. C'est alors que se sentant plus malade, ce garçon était venu à l'Hôtel-Dieu. Je le vois le samedi matin, je le trouve dolent et abattu; il se plaint de la gorge, il a perdu l'appétit, il dort mal, il a pendant la nuit d'abon-dantes transpirations. J'éclaire fortement la cavité bucco-pharyngée pour la bien examiner, et je constate que le mal occupe surtout le côté gauche de la gorge; la muqueuse est rouge et luisante, on n'y découvre ni vésicules d'her-pès, ni exsudat, ni enduit pultacé. L'amygdale gauche est volumineuse et déformée, elle refoule en avant le pilier

antérieur et la partie correspondante du voile du palais; elle donne au premier abord l'impression d'une grosse amygdalite aiguë; elle bombe en dedans à la façon d'un petit abcès amygdalien; elle est légèrement excavée à sa partie inférieure, sans toutefois qu'on y puisse constater une ulcération au vrai sens du mot. L'amygdale droite est tout à fait normale.

A s'en tenir à cet examen superficiel, on pouvait s'arrêter à l'idée d'une amygdalite vulgaire, avec formation probable d'un abcès tonsillaire, la maladie ayant évolué au milieu des symptômes communs à ces infections gutturales: état fébrile, dysphagie intense, douleurs d'oreilles, douleurs de tête. Mais en y réfléchissant, ce diagnostic laissait à désirer: en effet l'amygdalite aiguë, l'angine tonsillaire, ne se cantonne pas ainsi à l'un des côtés de la gorge; elle atteint la muqueuse dans toute son étendue, y compris la luette; la langue est saburrale, les deux amygdales sont grosses, douloureuses, déformées, et à supposer que la lésion prédomine à l'une des deux amygdales, il n'en est pas moins vrai que l'autre participe également au processus. En résumé, les angines dites tonsillaires, angines infectieuses, quelle que soit la nature de l'infection, streptococcique, staphylococcique, pneumococcique, tétragénique, angines des fièvres éruptives et du rhumatisme, angines avec ou sans herpès, peu importe, toutes ces angines là sont caractérisées par des lésions diffuses, plus ou moins généralisées; elles ne se cantonnent pas à une amygdale comme chez notre malade. L'examen bactériologique, portant sur des parcelles de mucus prélevé à la région atteinte, ne donna que des résultats négatifs; les cultures restèrent absolument stériles.

Quelle était donc la nature de cette angine qui n'avait envahi que la région amygdalienne gauche, laissant indemne l'amygdale droite, ayant déterminé une dysphagie fort pénible avec irradiations douloureuses à l'oreille et à la tête, le tout accompagné d'abattement et de dépression? On ne pouvait arriver au diagnostic que par une sémiologie bien conduite; je vais essayer de vous le démontrer. Il est une maladie, à laquelle vous devez toujours penser quand vous êtes en face de quelque chose qui ressemble à une amygdalite

aiguë *unilatérale*; cette maladie, c'est le chancre syphilitique de l'amygdale. Je sais bien que, pour qui ne connaît pas la question, on se fait du chancre de l'amygdale une tout autre idée. On l'assimile volontiers aux chancres syphilitiques des autres régions, aux chancres des organes génitaux qui sont indolores. On ne sait pas assez qu'aux amygdales le chancre peut être fort douloureux et provoquer une angine des plus pénibles. De plus, pour qui n'est pas familiarisé avec ces particularités, on croit trop volontiers que le chancre amygdalien a des caractères qui forcent l'attention et soulignent le diagnostic. Cela est vrai dans quelques cas; le chancre à forme érosive, qui forme sur l'amygdale une plaque rouge, luisante et vernissée, le chancre à forme ulcéreuse, qui paraît creuser l'amygdale d'une large excavation, attirent tout spécialement l'attention. Mais il est d'autres circonstances où le chancre passe inaperçu; il est masqué, défiguré par les saillies et par les anfractuosités d'une grosse amygdale recouverte ou non d'enduit pultacé, dont l'aspect rappelle absolument la grosse amygdalite aiguë lacunaire. Et par le fait, c'est une grosse amygdalite qui dérobe le chancre aux regards. Tel était le cas chez notre malade, et ce qui éveilla mes soupçons, ce n'est pas la conformation de la lésion amygdalienne, dont l'aspect était banal, mais c'est l'*unilatéralité* de cette lésion. L'attention étant éveillée sur ce point, deux signes précieux devaient me permettre d'arriver au diagnostic; ces signes sont l'induration de l'amygdale et l'adénopathie cervicale.

Vous savez en quoi consiste l'*induration* du chancre syphilitique; vous savez que lorsqu'on prend entre les doigts un chancre syphilitique de la vulve ou de la rainure glando-préputiale, la base du chancre donne au toucher la sensation d'un tissu dur, d'un cercle cartilagineux, d'où le nom de chancre induré souvent employé comme synonyme de chancre syphilitique. Cette induration, facile à percevoir quand le chancre est accessible au toucher, aux organes génitaux, par exemple, est moins nette à l'amygdale, qui est plus difficile à atteindre. Toutefois, en promenant le doigt sur l'amygdale incriminée, en la pressant, en la refoulant, on arrive fort bien à sentir une résistance, une induration caractéristique. Cette

sensation d'induration est encore plus nette, si on a eu soin, préalablement, de pratiquer le toucher de l'amygdale saine, qui, elle, a conservé sa mollesse et sa souplesse; on sent alors combien la différence est grande entre les deux amygdales. Chez notre malade, l'amygdale gauche était manifestement indurée.

Reste un autre signe, dont l'importance est de premier ordre; c'est l'adénopathie cervicale. Tout chancre syphilitique est accompagné d'une adénopathie multiple, polyganglionnaire, qui n'est guère apparente avant le cinquième jour du chancre, et dont la localisation est en rapport avec la région infectée: adénopathie inguinale pour les chancres des organes génitaux, adénopathie axillaire pour le chancre du mamelon, adénopathie cervicale pour les chancres bucco-pharyngés. Toute pléiade ganglionnaire syphilitique est composée d'un ganglion plus volumineux que les autres (bubon satellite) et de ganglions plus petits et nombreux. Ces ganglions sont durs, indolents ou peu douloureux, ils roulent sous le doigt, sans périadénite, sans tendance à la suppuration, comme les ganglions du chancre simple; ils persistent longtemps après la disparition du chancre, ils en sont l'indice et le témoin; d'où le précepte de ne jamais oublier de faire la « chasse aux ganglions » quand on est sur la piste du chancre. Eh bien, notre malade, qui était au huitième ou dixième jour de son angine, présentait une adénopathie cervicale gauche caractéristique. On sentait près du cartilage thyroïde un ganglion volumineux, dur, presque indolore, et on percevait en outre une chaîne de ganglions plus petits, étagés sur toute la région latérale du cou, autour et en arrière du muscle sterno-cléido-mastoïdien, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au creux claviculaire. Ces ganglions, au dire du malade, étaient apparus quelques jours après son « mal de gorge ».

Alors, reprenant un à un les signes et les symptômes de cette soi-disant angine tonsillaire, j'émis l'opinion qu'il s'agissait là d'un chancre syphilitique de l'amygdale gauche. Que voulez-vous que ça soit, vous disais-je, si ce n'est pas un chancre de l'amygdale? Il y a là une *triade* symptomatique :

unilatéralité de la lésion, induration de l'amygdale et pléiade ganglionnaire cervicale, qui permet d'affirmer le diagnostic. Malgré mes arguments, je sentais bien que je n'arrivais pas à vous convaincre, vous restiez dans le doute, et c'était plaisir pour moi de discuter avec vous un diagnostic que vous n'admettiez pas ou que vous n'admettiez qu'avec peine. Plusieurs d'entre vous trouvaient que cette angine douloureuse était bien plus le fait d'une amygdalite aiguë que d'un chancre, et j'essayais, sans y réussir, de les rallier à mon opinion en leur citant des cas analogues. D'autres, pour être convaincus, auraient voulu voir sur l'amygdale une plaque, une ulcération. Bref, malgré tous mes raisonnements, le doute persistait dans les esprits, et pour clore le débat, nous n'avions qu'à attendre les événements, c'est-à-dire l'apparition de la roséole et des plaques muqueuses. Je m'abstins avec intention de tout traitement mercuriel qui aurait pu retarder l'apparition de ces accidents secondaires et je me contentai de prescrire un traitement anodin, calmant et émollient.

En attendant, l'état local ne se modifiait en rien, la gorge restait rouge et luisante surtout à gauche, l'amygdale était volumineuse, déformée et indurée, la déglutition était fort douloureuse, l'adénopathie cervicale gauche s'accroissait encore et, chose rare, quelques ganglions apparaissaient à la région cervicale droite. Le malade était affaibli et abattu, dormant mal, mangeant peu. Il se plaignait de violentes transpirations nocturnes et d'une céphalée si vive qu'il se leva une nuit pour aller mettre sa tête sous un robinet d'eau froide. J'avais bien soin de vous faire remarquer que tous ces symptômes étaient l'indice d'une infection de l'économie et ne pouvaient pas s'expliquer par une lésion banale de l'amygdale. Du reste, l'examen bactériologique n'avait décelé la présence d'aucun agent pathogène. Tous les jours, j'examinais minutieusement le malade, guettant l'apparition de la roséole ou des plaques muqueuses.

Le 29 janvier, vingt-cinquième jour environ de la maladie, faisant comme tous les matins l'inspection attentive du malade, je découvre sur la peau du dos quelques taches

ombrées, encore si indécises que la plupart des assistants, malgré mes affirmations, se refusent à y voir un début de roséole. Je fais prendre un bain au malade, afin de rendre à la peau toute la netteté possible; les taches mettent deux ou trois jours à devenir plus évidentes et prennent au dos et aux parties latérales du thorax la coloration « fleur de pêcher », puis, l'éruption devient franchement rosée. Il n'y avait plus à douter, même pour les plus incrédules; l'apparition d'une belle roséole syphilitique venait confirmer le diagnostic de chancre syphilitique de l'amygdale. Bientôt des plaques muqueuses apparaissaient à la gorge.

Quelques mots au sujet de l'écllosion *hâtive* de cette roséole. On dit et on écrit partout que la roséole syphilitique apparaît en moyenne une quarantaine de jours après le début du chancre. Dans le cas actuel, elle est apparue du vingt-cinquième au trentième jour; chez un autre malade dont je vais vous parler elle est apparue vers le trentième jour. Il est donc permis de se demander si, au cas de chancre de l'amygdale, la roséole ne peut pas être hâtive; on peut du moins affirmer que la date d'apparition de la roséole n'attend pas toujours la sixième semaine après l'infection.

Dès l'écllosion de la roséole, j'avais prescrit une pilule de cinq centigrammes de protoiodure d'hydrargyre à prendre tous les jours, remplacée plus tard par une injection de solution huileuse de biiodure de mercure à la dose de quatre milligrammes.

Telle est l'observation de ce chancre amygdalien; je vous présente le malade que j'ai fait venir à l'amphithéâtre; vous voyez que sa roséole n'est pas encore éteinte et l'adénopathie cervicale n'est pas près de disparaître, il s'en faut. Avant de vous exposer dans son ensemble la question du chancre de l'amygdale, laissez-moi vous citer quelques autres cas qui serviront à la discussion que nous aurons à entreprendre.

L'an dernier, le 6 février 1897, entrant dans notre salle Saint-Cristophe, n° 47, un homme de vingt-trois ans, qui se plaignait de la gorge depuis plusieurs semaines. Il fait remonter son mal aux premiers jours de janvier; l'angine

a débuté à la façon d'une amygdalite aiguë, avec frissons, céphalée et dysphagie; la douleur est plus forte au côté droit de la gorge, d'où elle irradie à l'oreille. En examinant le malade, je constate que les lésions de la gorge sont à droite: rougeur de la muqueuse, amygdale droite volumineuse anfractueuse et déformée, amygdale gauche normale. Cette lésion amygdalienne aiguë, *unilatérale*, me fait penser à la syphilis. Au toucher, l'amygdale droite est indurée, parcheminée. A la région cervicale droite, au niveau de la grande corne de l'os hyoïde existe un ganglion gros comme une noix, mobile et très peu douloureux. Au dire du malade, ce ganglion aurait fait son apparition quelques jours après le mal de gorge. Bien que l'amygdale ne présentât ni érosion bien nette, ni ulcération manifeste, je portai le diagnostic de chancre de l'amygdale, la lésion syphilitique revêtant ici, comme dans le cas précédent, l'apparence d'une amygdalite aiguë lacunaire. Je basai mon diagnostic sur l'unilatéralité de la lésion amygdalienne, sur l'induration de l'amygdale et sur la présence du gros bubon satellite.

Mais ici, comme pour le précédent malade, je n'arrivai pas à convaincre les personnes qui suivaient la visite; un de mes meilleurs élèves était particulièrement récalcitrant et attendait les événements avant de se décider. Pour croire au chancre, on aurait voulu le voir, et on ne le voyait pas, on n'avait sous les yeux qu'une grosse amygdale déformée et anfractueuse; dans ces amygdalites chancreuses, le chancre, érosif ou ulcéreux, n'est pas toujours évident, il se dérobe, masqué qu'il est par les saillies et par les anfractuosités de l'amygdalite. Pour confirmer le diagnostic, nous n'avions donc qu'à prendre patience et attendre l'apparition des accidents secondaires, roséole et plaques muqueuses. Le 10 février survint une poussée fébrile, avec dysphagie plus violente, tuméfaction plus considérable de l'amygdale droite et température à 38°,6. Les adversaires du diagnostic triomphaient; dans cette poussée fébrile ils voyaient une preuve nouvelle en faveur d'une infection non syphilitique de l'amygdale. Mais attendons la fin. Le lendemain, cette poussée aiguë était en décroissance et deux jours plus tard,

de 13, commençait à apparaître une roséole syphilitique typique, d'abord maculeuse et plus tard maculo-papuleuse. Le diagnostic de chancre syphilitique de l'amygdale était confirmé.

Je dois vous dire que ce malade présenta en outre une poussée d'herpès bucco-labial sur le pilier gauche, sur l'amygdale droite, à la lèvre inférieure et à la langue. Je ne veux pas laisser passer cet incident sans y insister. Cet herpès bucco-labial était-il survenu fortuitement, sans cause appréciable, ou bien était-il associé à l'évolution de la syphilis? Je m'explique : En 1866, Diday et Doyon avaient publié un ouvrage sur les herpès génitaux, et, plus tard, en 1868, Doyon avait fait un travail sur l'herpès récidivant des parties génitales chez les syphilitiques. En 1879, Jullien entre en plein dans la question<sup>1</sup> : « Un fait, dit-il, qui mérite d'être noté à propos du chancre utérin, c'est la fréquente coïncidence de l'herpès génital : périnée, vulve et même col utérin sont souvent le siège d'éruptions herpétiques; aussi doit-on songer à une lésion syphilitique du col lorsqu'une femme se présente sans autres lésions apparentes qu'une poussée d'herpès. »

M. Fournier, de son côté, a étudié la question de l'herpès récidivant de la langue chez les syphilitiques<sup>2</sup>. « Vous voyez des gens, dit M. Fournier, ayant eu la syphilis une ou plusieurs années avant, et qui viennent vous trouver, croyant avoir des plaques muqueuses bucco-linguales récidivant malgré le traitement; regardez-y de près, et vous verrez que ces soi-disant plaques muqueuses sont des érosions polycycliques et microcycliques, c'est-à-dire de l'herpès. »

Tout ceci prouve que la syphilis favorise les éruptions herpétiques : herpès parasyphilitique. Tantôt l'herpès survient à une époque plus ou moins éloignée du chancre et reparait plus ou moins souvent sous forme d'herpès récidivant, tantôt l'éruption d'herpès est contemporaine du chancre, que le chancre siège aux organes génitaux ou à la cavité bucco-pharyngée. Chez notre malade, l'herpès était survenu pendant la période active du chancre de l'amygdale, et en lisant

1. Jullien. *Traité des maladies vénériennes*, 1879, p. 577.

2. Fournier. *Semaine médicale*, 1887, p. 281.

le mémoire de M. Le Gendre, j'ai vu qu'un de ses malades atteint de chancre de l'amygdale avait une poussée d'herpès sur l'autre amygdale. J'ai pensé que cette digression sur l'herpès parasyphilitique précoce ou tardif, avec ou sans récurrence, pouvait vous offrir quelque intérêt. En effet, faute d'être édifié, on s'expose à prendre les érosions de l'herpès pour des plaques muqueuses et c'est à tort que le malade se sature de mercure et d'iode pour des éruptions qui ne sont pas justiciables du traitement.

Chez les deux malades de notre service, dont je viens de vous rapporter l'histoire, le chancre syphilitique avait revêtu l'apparence de l'amygdalite aiguë. Mais le chancre amygdalien est polymorphe, il peut être érosif, ulcéreux, diphtéroïde, gangréneux, et je dois vous faire connaître toutes ces modalités.

L'observation suivante concerne le chancre amygdalien à forme *érosive* : Un homme vint un jour à ma consultation de l'hôpital Necker, parce qu'il souffrait de la gorge depuis deux semaines. Cette douleur, d'abord peu intense, avait été traitée par des gargarismes émoullissants; mais, peu à peu la dysphagie était devenue extrêmement pénible. Le malade, pris de malaise, de frissons et de fièvre, avait dû s'aliter et cesser ses fonctions de sergent de ville. Des ganglions multiples mais non douloureux étaient apparus aux régions sous-maxillaire et rétro-maxillaire du côté droit. En présence de tels symptômes, il était légitime de penser tout d'abord à une angine infectieuse; cette fièvre, cette courbature générale ne laissaient guère soupçonner un chancre de l'amygdale. Cependant, à l'examen du pharynx, on constate que l'amygdale droite est seule atteinte, elle fait saillie vers l'isthme du gosier et à sa surface s'étale une *plaque rouge, brillante, vernissée*, bordée par un liséré irrisé. L'amygdale gauche est absolument saine. En aucun point il n'existe de fausses membranes. L'unilatéralité de la lésion, la plaque érosive, l'induration de l'amygdale droite et la présence d'une pléiade ganglionnaire indolente, du même côté, me permirent de porter le diagnostic de chancre