

toujours d'un rouge vif, et sa surface lisse et polie: elle peut atteindre les dimensions d'une cerise ou d'une amande, en donnant ainsi à la surface de la langue un aspect difforme.

Les plaques syphilitiques de la langue peuvent être distinguées des autres lésions de cet organe par les signes suivants :

Chancre. — Lésion solitaire; induration; bords d'une coloration rouge franchement inflammatoire; ulcération profonde, à fond couvert souvent d'une fausse membrane, et plus tard, de granulations exubérantes: adénite sous-maxillaire.

Aphthes. — Légères ulcérations à bords irréguliers, sans induration, souvent couvertes d'épithélium détaché, sur lequel on peut observer un liquide lactescent jaunâtre; lésion rarement isolée; ordinairement douloureuse quand elle est ulcérée.

Stomatite ulcéro-membraneuse. — Affection rare, particulièrement sur la langue; coïncidence d'ulcérations sur les gencives, la face interne des joues et les lèvres; état fongueux et putacé de la base de l'ulcère, gonflement des parties voisines; localisée fréquemment dans un des côtés de la bouche; développement fréquent et considérable de ganglions douloureux correspondant à la lésion.

Une autre variété, assez souvent observée sur la langue, est connue sous le nom de *psoriasis buccal* (1). Elle se rencontre de préférence sur la partie latérale de la langue. A son début, cette variété de plaque muqueuse peut donner naissance à un gonflement et à un œdème considérable; plus tard elle devient dure, de consistance cartilagineuse, est extrêmement rebelle et dure quelquefois très longtemps sans changements (2).

Les accidents syphilitiques de la langue plus tardifs appartiennent à deux variétés distinctes, désignées par Alfred Fournier (3) sous le nom de *glossite scléreuse* et de *glossite gommeuse*. Ces deux variétés sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Elles apparaissent généralement entre la cinquième et la douzième année de la syphilis, quoique de temps en temps elles se montrent dès la seconde ou troisième vers la quinzième ou même la seizième année. Elles affectent ordinairement la surface dorsale de la langue. La *glossite scléreuse* peut être superficielle, ca-

(1) On donne également ce nom à des lésions non syphilitiques de la langue. C'est une source de confusion et il doit être abandonné.

(2) Voir Debove, *Psoriasis buccal*. Thèse de Paris, 1873; et Mauriac, *Du psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale*, Paris, 1875, pour une description plus complète de ces lésions, surtout au point de vue du diagnostic.

(3) Alf. Fournier, *Des glossites tertiaires*, Paris, 1877: excellente monographie.

ractérisée par de petites ou de larges plaques indurées, n'intéressant que la couche supérieure de la muqueuse, et ayant une teinte rouge sombre, et une surface lisse dépouillée de papilles; ou bien elle peut être profonde (sclérose linguale, glossite lobulée), être caractérisée par une hyperplasie cellulaire s'étendant au parenchyme de la langue, et par de la tuméfaction, la mammillation et la lobulation de la surface dorsale de l'organe, l'induration profonde des parties atteintes, des fissures, ainsi que par diverses altérations de la muqueuse.

La *glossite gommeuse* présente deux variétés, selon que la muqueuse ou les couches sous-muqueuse et musculaire sont atteintes. La première commence par des indurations de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un pois, situées superficiellement dans la muqueuse linguale, difficiles à voir, mais fermes au toucher. Au bout d'un certain temps ces petits nodules s'ulcèrent lentement; ces ulcères sont profonds et taillés à pic comme par un poinçon. La gomme profonde ou musculaire de la langue se distingue principalement de la première variété par ses dimensions variant de celles d'un pois à celles d'une amande ou même à celles d'une datte, et aussi parce qu'elle intéresse le tissu musculaire de la langue. Quand elle s'ouvre, cette gomme produit une large ulcération profonde, située ordinairement sur le dos de la langue.

Diagnostic.

Le diagnostic de la glossite syphilitique tardive, de quelque espèce qu'elle soit, n'offre pas habituellement de grandes difficultés. Le chancre, le psoriasis buccal ou lingual, la glossite des fumeurs, la glossite dentaire et la glossite tuberculeuse s'en distinguent sans beaucoup de difficulté. Mais le cancer de la langue peut présenter quelques difficultés. Les commémoratifs, s'ils sont exacts, ont dans ce cas une valeur considérable.

Le tableau suivant est emprunté à Alfred Fournier; il établit le diagnostic différentiel du cancer ulcéré et de la gomme ulcérée de la langue :

Cancer ulcéré de la langue.	Gomme ulcérée de la langue.
1. Affection de l'âge mûr; maximum de fréquence entre 50 et 70 ans.	1. Peut s'observer à tout âge après la puberté; s'observe généralement plus tôt que le cancer.
2. Cause prédisposante, hérédité. Pas d'antécédents syphilitiques, sauf par hasard.	2. Antécédents syphilitiques. Pas de cancer antécédent, sauf par hasard.

Cancer ulcéré de la langue.

3. Antécédents fréquents de psoriasis lingual.

4. Commence par un nodule dur superficiel, une tumeur superficielle; puis ulcération plus ou moins rapide de la surface. Pas d'ouverture ni d'évacuation comme du contenu d'un abcès, au moment où l'ulcère se forme; pas d'excavation.

5. Lésion toujours unilatérale, à de rares exceptions près.

6. Peut occuper la face inférieure de la langue.

7. Lésion constituée par une tumeur, dont la surface est ulcérée.

8. Bords en relief irréguliers, renversés, entaillés.

9. Surface saignant au moindre contact.

10. Sécrétion abondante, devenant, à une période avancée, fétide et ichoreuse.

11. Douleurs spontanées lancinantes. Quelquefois douleurs s'irradiant du côté de l'oreille.

12. Troubles fonctionnels toujours marqués et quelquefois extrêmes; immobilisation de la langue; difficulté de la parole, de la mastication, de la déglutition; salivation, etc.

13. Lésion conduisant graduellement, après un temps donné, à un état cachectique.

14. L'examen anatomique révèle les caractères propres à l'épithélioma.

15. Ganglions atteints à une certaine période.

16. Le traitement anti-syphilitique ne donne pas de bons résultats; il est même nuisible.

Gomme ulcérée de la langue.

3. Pas d'antécédents de psoriasis lingual.

4. Commence par un nodule dur profond; puis s'ouvre tout d'un coup comme un abcès; formation d'une caverne d'abord, puis ulcération rapide, montrant le fond mamelonné de la tumeur.

5. Lésion quelquefois multiple et bilatérale.

6. Est localisée exclusivement à la face supérieure et aux bords de la langue; n'atteint jamais la face inférieure.

7. Lésion constituée par une ulcération sans tumeur véritable, dans l'acception propre du mot.

8. Excavée, bords nets et lisses.

9. Fond irrégulier ne saignant pas.

10. Sécrétion relativement pauvre et non ichoreuse.

11. Pas de douleurs spontanées ni d'élancements.

12. Troubles fonctionnels beaucoup moins marqués que dans le cancer. Langue non immobilisée comme dans le cancer — du moins pas au même degré.

13. La lésion elle-même ne produit pas de cachexie.

14. L'examen anatomique révèle les caractères propres aux gommages dégénérées.

15. Ganglions intacts.

16. Le traitement anti-syphilitique produit un bon effet.

Traitement.

Le traitement des formes superficielles et précoces de la syphilis de la langue est celui de la syphilis en général; le mercure y tient la place la plus importante. Les affections tardives, et en particulier la glossite scléreuse profonde et la glossite gommeuse, exigent l'emploi de l'iodure de potassium. Le traitement local est important. Il comprend des soins minutieux de propreté et divers topiques. Dans le cas de lésions superficielles, des gargarismes astringents au chlorate de potasse (comme nous l'avons indiqué à propos des plaques muqueuses) et des topiques stimulants, comme le nitrate d'argent, rendront de grands services. Mais ces moyens doivent être mis de côté pour les affections tardives: le chlorate de potasse, l'alun, le borax, etc., sont ici inutiles, ainsi que les gargarismes mercuriels, qui quelquefois sont positivement nuisibles. Les lavages mucilagineux sont plus adoucissants et valent mieux. La décoction de mauve, en gargarismes que le malade gardera dans la bouche au moins cinq minutes, et qu'il répétera vingt ou trente fois par jour, donnera beaucoup de soulagement au malade, et hâtera la guérison. Des douches émollientes de décoction de mauve serviront à maintenir la surface des ulcères dans un état de propreté, et la pulvérisation de décoctions émollientes chaudes, et, dans les cas rebelles, d'une solution d'iodure de potassium, 50 centigr. pour 30 grammes, donnera les meilleurs résultats.

Il faut employer les cautérisations avec précaution dans la variété scléreuse, et non au hasard, comme on le fait trop souvent. Les fissures et les surfaces dénudées peuvent être cautérisées, mais non les surfaces sclérosées. C'est le crayon de nitrate d'argent qui convient le mieux: le nitrate acide de mercure et les caustiques plus profonds aggravent souvent le mal, au lieu d'améliorer la situation. Les cautérisations ne doivent pas être répétées trop souvent, une fois par semaine suffit souvent. Dans la forme gommeuse de la glossite, la cautérisation n'est indiquée que pour accélérer le processus de réparation une fois commencé. Une légère application de teinture d'iode sur les bords de l'ulcère, une ou deux fois par jour, ou un léger attouchement avec le crayon de nitrate d'argent pour stimuler la formation des granulations, c'est tout ce qui est nécessaire (1).

(1) Pour plus de détails, voir Bouisson, *Gaz. Méd.*

PHARYNX.

Les lésions du pharynx, bien qu'elles ne comptent pas parmi les lésions muqueuses les plus communes, ne sont pourtant pas rares. Nous avons dit qu'on ne trouvait pas de plaques muqueuses dans cette région, mais on y rencontre assez souvent des tubercules sous-muqueux ulcérés, des gommés et des lésions osseuses. Les ulcères ordinaires ou serpigneux du pharynx siègent communément sur la paroi postérieure, et ressemblent aux mêmes affections qu'on observe sur le palais (1). Les gommés du pharynx appartiennent aux lésions tardives, et sont ordinairement situées sur la paroi postérieure ; la lésion se montre sous la forme d'un petit nodule sous-cutané, qui augmente de dimensions graduellement, repoussant en avant la muqueuse qui le recouvre, et qui se décolore. Après un laps de temps plus ou moins grand, la tumeur se ramollit et s'ulcère, ou bien, si l'on a mis en usage à temps un traitement approprié, la résolution peut se faire sans cicatrice. Les gommés du pharynx peuvent être prises pour du cancer.

Maisonneuve (2) a publié l'observation d'un malade qui subit une opération grave pour un cancer encéphaloïde supposé du pharynx.

Au bout de six mois la tumeur se mit à croître de nouveau, et si rapidement que le malade fut abandonné et envoyé à l'hôpital pour y mourir. A son entrée, on trouva une tumeur énorme occupant la région latérale gauche du cou et toute la région parotidienne. Elle faisait saillie dans le pharynx, oblitérait l'isthme du gosier ; le malade menaçait de mourir d'asphyxie. On soupçonna la véritable nature de la tumeur, on administra au malade un gramme d'iodure de potassium trois fois par jour. En moins de six semaines la tumeur avait disparu sans laisser de vestiges.

Le carcinome est, en effet, l'affection qu'on peut confondre le plus aisément avec les gommés du pharynx. Il faut se souvenir que la tumeur cancéreuse (ici nous entendons l'épithé-

de Paris, 1846. — Lagneau, *Des tumeurs syphilitiques de la langue* (Gaz. hebdomadaire, 1859, nos 32, 33 et 35 et Arch. gén. de méd., t. I, 1860, p. 217). — Maisonneuve, *Sur les tumeurs de la langue*. Thèse de concours. Paris, 1848.

(1) Voir Wigglesworth, *Buccal ulcerations of constitutional origin*, travail lu devant l'association des dermatologistes américains, à la cinquième réunion annuelle. Newport, 1881. *Archives of dermatology*. Janvier 1882.

(2) Maisonneuve, *Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses*. Paris, 1854.

lioma) n'est pas aussi nettement circonscrite que la gomme, qu'elle est moins mobile, et qu'elle s'accompagne ordinairement d'adéno-pathie de voisinage, contrairement à ce qu'on observe dans les gommés. Les abcès rétropharyngiens se distinguent des gommés, quand ils ont une marche aiguë, par les symptômes inflammatoires concomitants, et quand ils ont une marche subaiguë et qu'ils sont froids, par l'apparition très précoce de la fluctuation.

Pronostic.

Le pronostic des affections syphilitiques du pharynx est grave, quand elles compromettent une fonction importante, quand une gomme volumineuse donne naissance à de l'infection purulente, ou quand il se forme des cicatrices irrégulières rétractiles, qui peuvent, dans quelques cas, gêner la phonation ou l'audition. La coexistence ou l'existence antérieure d'affections tardives du pharynx est très fréquente dans les cas de syphilis cérébrale.

Traitement.

Le traitement de la syphilis du pharynx est, avant tout, celui de la maladie générale ; puis viennent les applications locales dont nous avons parlé à propos des lésions de la bouche, et, de plus, l'usage des vapeurs médicamenteuses au moyen du pulvérisateur, comme l'a indiqué Wigglesworth. Bumstead et Taylor emploient des solutions saturées de nitrate d'argent ; ils dirigent la vapeur au moyen de tubes en verre qui permettent au jet d'être dirigé sur le point malade même.

OESOPHAGE.

L'existence des rétrécissements syphilitiques de l'œsophage, d'après Bumstead et Taylor, a été signalée d'abord par James West, de Birmingham (1), qui a publié un cas, dans lequel la relation de cause à effet entre la syphilis et le rétrécissement n'était pas directement prouvée, mais était très probable. Depuis, d'autres cas ont été publiés, parmi lesquels un cas très intéressant par le Dr Maury, de Philadelphie (2), dans lequel on pratiqua la gastrotomie. Jusqu'à présent cependant on n'a pas de preuves directes de l'existence de lésions syphilitiques déterminant du rétrécissement de l'œsophage, bien que des gommés aient été trouvées dans

(1) West, *Dublin quarterly journal of med. science*. Février 1860.

(2) Maury, *Am. Journ. med. sc.*, avril 1870.

les parois de ce canal. Le traitement, dans les cas suspects, doit être naturellement le traitement antisiphilitique ordinaire, poussé vigoureusement au début. A la période de cicatrisation, la dilatation du canal par les bougies constitue une mesure palliative ; ou bien on peut, comme moyen extrême, recourir à l'établissement d'une fistule œsophagienne ou gastrique.

ESTOMAC ET INTESTIN

Des troubles digestifs fonctionnels, caractérisés par de l'anorexie ou par de la boulimie, ou bien encore par des vomissements, ne sont pas rares, surtout dans les premiers temps de la syphilis. On ne sait encore exactement si les mêmes lésions, qu'on observe au début de la syphilis sur les parties externes, peuvent se développer également dans ces viscères. Il peut cependant s'y produire des lésions tardives, comme des infiltrations gommeuses suivies de l'ulcération de l'estomac et des intestins ; on a publié des cas de cette espèce, dans lesquels l'examen nécroscopique montra l'existence de lésions très étendues. Les symptômes pendant la vie n'avaient guère été que ceux de la dyspepsie ou de la diarrhée chronique (1). Dans beaucoup de cas publiés, l'iodure de potassium fut donné à hautes doses par l'estomac, ou en lavements, quand l'estomac était irritable (de 1 gramme à 1 gramme 50 centigr. pour 125 gr. à 200 grammes d'eau).

RECTUM ET ANUS.

Beaucoup de cas de soi-disant rétrécissements syphilitiques du rectum ne sont en réalité que des rétrécissements dus à des chancroïdes ulcérés (2). Dans ces cas, naturellement, le traitement spécifique est inutile. Les lésions syphilitiques précoces peuvent aussi, selon Barduzzi, produire un rétrécissement du rectum (3). Mais c'est dans les stades avancés de la maladie que ces rétrécissements se produisent surtout.

Le rétrécissement syphilitique du rectum est beaucoup plus commun chez les femmes que chez les hommes. Une statistique de Jullien montre que, sur 60 cas, 7 ont traité à des hommes et 53 à des femmes. Quelle est la raison de cette différence, il est impossible de le dire. Beau-

(1) Voir Cornil, *op. cit.*, p. 406. — Callier, *De l'entérite syphilitique*. *Union méd.*, 1854, t. IV. — Lancereaux, *op. cit.*, p. 248.

(2) L'existence du chancre rectal est plus que douteuse.

(3) Barduzzi, *Giorn. ital. d. mal. ven.*, n° 1, 1875.

coup de femmes font dater le début de leur affection d'une grossesse antérieure. C'est à l'âge moyen que cette affection est la plus commune.

Le rétrécissement rectal est toujours le résultat de la rétraction d'une cicatrice succédant à une lésion ulcérate ou à une gomme sous-muqueuse. L'ulcère est un accident syphilitique comparativement précoce, et coïncide souvent avec des manifestations cutanées et muqueuses. Les ulcères ont ordinairement une forme allongée dans la direction des replis gonflés de la muqueuse, entre lesquels ils sont souvent cachés ; ils ne deviennent visibles que lorsqu'on étend la muqueuse. Plus haut dans le rectum ils sont arrondis, à bords nets, et presque toujours recouverts d'un débris pulvérulent et d'un mucus adhérent. Ils donnent au toucher la sensation d'une substance granuleuse un peu résistante. Leur durée est naturellement longue, ils sont susceptibles de devenir phagédéniques à cause des diverses causes d'irritation auxquelles ils sont exposés. Quand l'ulcère syphilitique du rectum guérit, la cicatrisation peut déterminer un rétrécissement valvulaire, s'il n'a occupé qu'un segment de la circonférence du conduit, ou un rétrécissement annulaire, s'il s'est étendu à une plus grande partie de la circonférence.

Les gommés sous-muqueuses de la région ano-rectale sont extrêmement rares, mais leur existence est maintenue par Jullien.

La gomme diffuse, désignée par Fournier sous le nom de syphilome anal, est une lésion tardive ; elle consiste en une infiltration des parois ano-rectales par un néoplasme de structure encore indéterminé jusqu'ici à son origine, mais susceptible de dégénérer en un tissu fibreux rétractile, et donnant ainsi naissance à un rétrécissement plus ou moins étendu et plus ou moins serré du canal intestinal. C'est la cause la plus fréquente des rétrécissements rectaux.

Le syphilome ano-rectal se rencontre plus fréquemment au niveau du rectum qu'au niveau de l'anus. Le symptôme principal du syphilome rectal est un épaississement, une induration des parois rectales. Au toucher, les parois du rectum sont non seulement dures, mais rugueuses, mamelonnées, et divisées en replis épais. La muqueuse reste parfaitement normale au toucher comme pour les yeux.

C'est la dernière portion du rectum qui est le siège habituel de cette lésion syphilitique ; elle s'étend rarement à plus de sept centimètres au-dessus de l'anus. Cette lésion est indolente au début ; elle ne détermine ni douleur, ni aucun inconfort.

L'anus est rarement seul atteint, mais presque toujours il est atteint en même temps que le rectum. La lésion dans ce point se présente sous forme de nodosités ou quelquefois de végétations.

Traité à temps, le syphilome ano-rectal, ainsi que les autres accidents syphilitiques anaux et rectaux, peut disparaître. Négligé, comme cela arrive trop souvent, non seulement il persiste, mais il tend à dégénérer, et finit ainsi invariablement par produire un rétrécissement du rectum.

Traitement.

Pour réussir, le traitement de la syphilis rectale et anale doit être entrepris dans les premiers temps de l'affection. S'il est différé jusqu'à

l'établissement de la cicatrisation, le traitement antisiphilitique n'a que peu d'effet. Quand la cicatrisation a commencé, elle marche d'habitude en dépit de tous les traitements.

C'est naturellement au traitement antisiphilitique ordinaire qu'il faut avoir recours; il doit être poussé vigoureusement, tant qu'une chance de succès peut être espérée. Quand la constriction du rectum a commencé, la médication interne est inutile, ainsi que nous l'avons dit. La dilatation au moyen de bougies peut servir à tenir le canal ouvert indéfiniment, et doit être pratiquée assidûment. Quand elle échoue, et que le rectum est menacé d'une sténose complète, une intervention chirurgicale est nécessaire, comme on le verra dans une autre partie de cet ouvrage (1).

SYPHILIS DE L'APPAREIL OLFACTIF ET AUDITIF.

APPAREIL OLFACTIF.

La membrane muqueuse, les cartilages, les os et les nerfs de l'olfaction peuvent être atteints par la syphilis à une période quelconque de son évolution. La membrane pituitaire peut, dans les premiers temps de la maladie, être le siège d'érythème, de plaques muqueuses ou d'ulcérations superficielles, en un mot, de lésions identiques à celles de la bouche. Quelquefois on peut apercevoir en dedans de l'orifice nasal une érosion ou une ulcération superficielle entourée par une muqueuse tuméfiée; les ailes du nez sont douloureuses à la pression. Des bouchons de mucus desséchés, mêlés de pus et de sang, obstruent fréquemment les passages et sortent de temps en temps. Le caractère de ces lésions est souvent difficile à définir en l'absence d'autres accidents syphilitiques concomitants; c'est quelquefois seulement leur disparition sous l'influence des antisiphilitiques qui indique leur véritable nature.

Rhinite. — Dans les stades avancés de la syphilis, on rencontre une rhinite ulcéreuse ou un ozène syphilitique; c'est une des plus graves affections ulcéreuses des muqueuses, et une des plus dangereuses, parce qu'elle est souvent prise pour une affection plus simple et plus bénigne, jusqu'à ce qu'elle ait fait d'irréparables ravages.

Au début, les narines sont bouchées; les parties malades sont douloureuses; il y a du catarrhe. De temps en temps le malade expulse des croûtes spongieuses brunes couvertes de sang, en même temps qu'un fluide séreux, presque

inodore, ainsi que du mucus. Quand l'affection est devenue plus profonde, elle détermine un écoulement séro-sanieux, de mauvaise odeur, qui devient plus fétide à mesure que l'affection devient plus profonde. Si elle siège près de l'orifice des narines, on peut voir sur la cloison ou à l'intérieur des ailes du nez un ulcère arrondi, élevé, fongueux, ordinairement recouvert d'une croûte jaune. Le rhinoscope est nécessaire pour apercevoir les lésions plus profondément.

Que la lésion débute par la muqueuse et pénètre jusqu'à l'os, ou que la lésion osseuse se développe la première et que la muqueuse ne se prenne que plus tard, des fragments de cartilage et d'os sont aisément mis à nu, détachés et expulsés. Dans ce cas l'écoulement devient noirâtre et extrêmement fétide, l'odorat est presque entièrement perdu, la muqueuse du voisinage de l'ulcération se tuméfié et devient sensible, le nez se déforme, et si la cloison est attaquée, s'aplatit.

L'ulcération peut perforer la paroi inférieure de la cavité nasale, s'étendre au pharynx, se frayer un chemin le long de la trompe d'Eustache, et même pénétrer dans la cavité crânienne, en s'attaquant aux méninges; plus communément pourtant la membrane du tympan se rompt, et un écoulement purulent se fait par

(1) Alfred Fournier, dans sa monographie si complète des *Lésions tertiaires de l'anus et du rectum*, Paris, 1875, dit qu'il a connu une demi-douzaine de malades atteints de rétrécissement syphilitique du rectum, qui, en se servant de bougies de temps en temps, ont pu se maintenir dans un état satisfaisant pendant cinq, huit et dix années.

le conduit auditif externe. Il peut en résulter de la surdité, due à l'oblitération de la trompe d'Eustache par une cicatrice. On a vu le mal s'étendre au canal lacrymal, à l'os lacrymal et même à l'œil (Bumstead et Taylor). La respiration par le nez est ordinairement plus ou moins entravée par ces lésions, et quelquefois elle est empêchée d'une manière permanente; elle se fait entièrement par la bouche, et la voix a un timbre nasonné.

Traitement.

Le traitement de la syphilis nasale est celui de la maladie en général, et dépend de la période de l'affection et du caractère des lésions. Outre le mercure et l'iode de potassium, on a fréquemment recours aux toniques et à l'huile de foie de morue. Le traitement local le plus efficace est celui par les inhalations mercurielles; on fait chauffer sur une plaque métallique, au-dessus d'une lampe à alcool, une quantité suffisante de calomel, de bisulfure, ou de bioxyde de mercure, et les vapeurs sont dirigées dans l'intérieur des narines au moyen d'un cône de papier ou par un autre procédé. On peut aussi employer avec avantage des injections d'une forte solution de chlorate de potasse ou de sel commun à la température du sang, ou d'une solution diluée de chlorate de soude (1 partie de sel pour 12 à 20 parties d'eau). Les narines doivent d'abord être parfaitement nettoyées au moyen d'une douche nasale. Il est de la plus grande importance dans ces cas de procéder à un nettoyage complet et systématique du mal et d'instituer une médication locale, pour le limiter et en arrêter les progrès le plus rapidement possible; il faut se souvenir que tant qu'il y a un os nécrosé, il y a de la suppuration; le pronostic doit tenir compte de ce fait.

Névrite olfactive. — Bayle et Kergaradec (1) ont montré que les nerfs olfactifs pouvaient être atteints par la syphilis; ils ont publié un cas de destruction de ces nerfs. Virchow a publié également une observation dans laquelle ces nerfs étaient perdus, pour ainsi dire, dans la désorganisation générale des tissus voisins. Gros et Lancereaux (2) citent également un cas analogue. L'anosmie est naturellement le symptôme prédominant dans ces circonstances.

(1) Bayle et Kergaradec, *Nouv. bibliothèq. méd.*, cité par Lancereaux.

(2) Lancereaux, *Affections nerveuses syphilitiques*.

APPAREIL AUDITIF.

La syphilis de l'oreille est comparativement rare. Buck, de New-York, n'en a rencontré que 30 cas sur un total de 3976 cas d'affections de l'oreille; mais beaucoup de cas ne sont pas reconnus: aussi la proportion est-elle probablement plus grande. On a rapporté un cas de chancre de l'oreille externe; on y rencontre naturellement les diverses syphilides: les papules se développent surtout dans l'angle post-auriculaire et sur le lobule de l'oreille, tandis que la syphilide maculeuse se rencontre dans la fosse naviculaire et dans la conque. On trouve des papules végétantes dans le canal auditif externe, solitaires ou peu nombreuses au voisinage de l'orifice externe, mais assez nombreuses et bien développées plus profondément; elles remplissent quelquefois le canal et cachent le tympan. Quelquefois il se produit des végétations sur le tympan lui-même: il peut en résulter la perforation de cette membrane. Ces végétations sont le siège d'un écoulement séro-purulent qui donne à l'affection l'apparence de l'otite externe. On ne trouve pas en dedans du méat des papules simples ni des papules squameuses.

A une période plus avancée de l'évolution de la syphilis, on peut rencontrer dans le canal des ulcérations de forme arrondie, recouvertes d'une membrane diphthéritique, ainsi que des gommes du tissu cellulaire, du cartilage ou de l'os. De l'hypérostose et de l'exostose peuvent également se produire dans le canal osseux externe.

L'oreille moyenne est la partie de l'appareil olfactif qui est le siège le plus habituel de la syphilis. On a rapporté un cas de chancre de la trompe d'Eustache dû à l'emploi d'instruments malpropres; des plaques muqueuses se présentent assez souvent, soit dans le canal, soit dans l'oreille moyenne; elles disparaissent quelquefois sous l'influence du traitement, mais quelquefois s'ulcèrent et détruisent les tissus dans une étendue plus ou moins considérable (1).

(1) Pour les lésions syphilitiques de l'oreille moyenne et de l'oreille interne, se reporter à l'article de cet ouvrage sur les affections de l'oreille; au traité de Bumstead et Taylor (p. 730 et suiv.), et aux monographies et articles suivants: Gruber, *Ueber Syphilis des Gehörorgans* (Wien. med. Presse, 1870, 1, 3, 6, 10). — Roosa, *Syphilitic affections of the ear* (Am. Journ. Syph. and Derm., 1871, p. 97). — Sexton, *The sudden deafness of syphilis* (Am. Journ. Med. Sci., juillet 1879 et janvier 1880). — Sturgis, *Affections of the middle ear during the early stages of syphilis* (Boston med. and surg. Journ., vol. CII, p. 533, 1880).

SYPHILIS DES PAUPIÈRES ET DE L'APPAREIL LACRYMAL (1).

Les différents tissus qui constituent les paupières peuvent être le siège de diverses lésions syphilitiques. On a rapporté des cas de chancres des paupières; les syphildes peuvent siéger sur la peau des paupières; des papules ou des plaques muqueuses peuvent se montrer au niveau de la commissure; les glandes peuvent être intéressées et déterminer de la blépharite; les gommées de l'angle de l'œil ne sont pas très rares. La plupart de ces lésions se distinguent facilement des affections non syphilitiques auxquelles elles ressemblent. Il existe une forme d'ulcération tardive qui se montre près du bord libre des paupières, qu'on peut facilement prendre pour de l'ophtalmie tarsiennne ou du cancer épithélial, mais les commémoratifs, et en dernier ressort le traitement, serviront à établir le diagnostic. Bumstead dit que des nodules gommeux ulcéreux du volume d'un petit pois à celui d'une aveline se rencontrent sur les paupières; la peau qui les recouvre reste sans changement de coloration ou d'aspect. Ils peuvent quelquefois rester sans modifications pendant une période considérable, et on peut les prendre pour des tumeurs tarsiennes ou meibomiennes. Elles disparaissent ordinairement sous l'influence des antisymphilitiques, surtout des mercuriaux.

SYPHILIS DE L'APPAREIL DE LA GÉNÉRATION.

PÉNIS ET URÈTHRE.

L'urèthre, chez l'homme et chez la femme, peut être le siège de différentes lésions syphilitiques analogues, sous beaucoup de rapports, à celles des conduits respiratoires et alimentaires. La partie cavernueuse du pénis peut être le siège d'un dépôt gommeux qui peut produire une sorte de corde; le segment du pénis qui est atteint restant flaccide pendant l'érection, l'organe prend une forme courbe, et est dirigé dans une direction ou une autre selon le siège de la gomme. D'autres dépôts dans la portion cavernueuse du pénis peuvent produire les mêmes symptômes, lequel, par conséquent, n'est pas caractéristique de la syphilis.

(1) Les affections syphilitiques de l'œil proprement dit se trouveront dans un autre article.

L'inflammation syphilitique des cartilages tarsiens est caractérisée par un épaississement dû à l'infiltration inflammatoire du cartilage, qui garde ordinairement sa forme, et au gonflement de la paupière, dont la peau peut être ou ne pas être atteinte. Le cartilage perd quelquefois son élasticité normale. L'affection est tenace, elle dure des semaines et des mois, et peut être suivie de la chute des cils.

Les affections des canaux lacrymaux ont été décrites avec soin par divers auteurs, parmi lesquels Gustave Lagneau (1); selon cet auteur, elles sont généralement dues à des lésions osseuses: périostite, exostose, carie ou nécrose: plus rarement elles sont dues à quelque lésion des parties molles. Le principal signe diagnostique est la présence d'un gonflement résistant, d'une induration osseuse sentie par le toucher au niveau de la partie inférieure et interne de l'orbite, ou par la sonde dans le canal nasal. L'aspect syphilitique de l'orifice cutané de la fistule, quand il en existe une; la coïncidence de lésions syphilitiques tardives dans le voisinage ou ailleurs; les commémoratifs jettent également de la lumière sur la nature de l'affection. La marche est lente, quelquefois traversée par des inflammations érysipélateuses. Le traitement interne, employé de bonne heure, est très efficace.

TESTICULE.

Épididymite syphilitique. — D'abord décrite par Dron (3), en 1863, cette affection est caracté-

(1) Lagneau, *Maladies syphilitiques des voies lacrymales* (Arch. gén. de Méd., 1847).

(2) Bumstead et Taylor, *op. cit.*, p. 361.

(3) Dron, *De l'épididymite syphilitique* (Arch. gén. de Méd., 1863).

risée par le développement insidieux d'une petite tumeur lisse, ronde ou ovale, située juste au-dessus du testicule; ce dernier organe et le scrotum lui-même restent indemnes. Les dimensions de cette tumeur varient de celles d'un pois à celles d'une fève. Elle est indolente, et peut persister longtemps sans changement. Elle disparaît facilement sous l'influence du mercure. Cette affection est une manifestation assez précoce de la syphilis; elle se montre, dans la plupart des cas, dans les six premiers mois. Elle peut cependant se montrer dès le second mois, ou n'apparaître que la cinquième année après l'infection. Elle peut être confondue avec l'épididymite tuberculeuse, et a quelquefois été prise pour le résidu d'une inflammation uréthrale aiguë ou chronique. Fait important au point de vue du diagnostic, cette affection siège à la tête de l'épididyme, tandis que, dans l'épididymite blennorrhagique, c'est la queue qui est le plus généralement prise.

L'orchite syphilitique peut se montrer dès le quatrième ou le cinquième mois après la contagion, pendant que les symptômes précoces existent encore; mais dans la majorité des cas elle n'apparaît pas avant plusieurs années après le chancre, et s'accompagne de manifestations tardives bien marquées dans la gorge, le périoste ou les os; dans quelque cas c'est le seul accident syphilitique que présentent les malades.

L'orchite syphilitique attaque communément les deux testicules, soit en même temps, soit l'un après l'autre. Le testicule augmente de volume, sans être douloureux, même à la pression, et sans signe d'inflammation. Le malade éprouve une sensation de poids, surtout vers le soir, à mesure que le testicule devient plus lourd, et quelquefois il ressent une douleur sourde dans la région des reins; mais il n'y a pas d'exacerbations nocturnes, comme c'est le fait ordinaire dans beaucoup d'affections syphilitiques. Le testicule est un peu augmenté de volume, mais il atteint rarement le double de ses dimensions normales. Le gonflement est dû en partie à l'hydrocèle; il y a dans presque tous les cas un léger épanchement dans la tunique vaginale. Quand l'épanchement est considérable, il peut être nécessaire d'évacuer le liquide avant que l'état du testicule puisse être bien déterminé, mais ordinairement on peut saisir la glande et l'examiner. Dans les premiers temps, on peut quelquefois sentir à la surface du testicule de petits nodules indurés de nature gommeuse; plus tard ces nodules se réunissent et forment une tumeur indurée, mais sans déterminer une

grande irrégularité dans les contours de la glande. Quelquefois la tumeur reste lisse depuis le commencement jusqu'à la fin. La marche de l'affection est lente, elle dure quelquefois plusieurs années. Abandonnée à elle-même, elle se termine fréquemment par l'oblitération des tubes séminifères et par une atrophie partielle ou complète; d'autres fois le parenchyme de la glande peut dégénérer en tissu fibreux, cartilagineux ou osseux. On supposait autrefois que la suppuration ne se produit jamais dans l'orchite syphilitique non compliquée, mais il a été démontré que ce résultat s'observe quelquefois (1).

Il y a deux formes d'orchite syphilitique, au point de vue pathologique. Dans la première forme ou forme diffuse, on trouve un état sub-inflammatoire avec infiltration celluleuse diffuse et épanchement. Dans la variété circonscrite, il y a des nodules gommeux disséminés dans le testicule. Les deux variétés peuvent coexister.

L'orchite syphilitique peut être confondue avec l'épididymite blennorrhagique, avec le cancer, les tubercules syphilitiques ou l'orchite chronique simple. L'affection blennorrhagique est si manifestement inflammatoire, par le fait de la douleur, de la chaleur et de la tension du scrotum, que ces symptômes seuls suffiraient pour distinguer les deux affections. Dans le cancer du testicule (encéphaloïde en général), la douleur, d'abord légère, augmente avec les progrès de la maladie, et devient très intense et lancinante; la tumeur est irrégulière, elle augmente de volume très rapidement, et atteint souvent des dimensions énormes; le cordon et les ganglions voisins sont fréquemment intéressés. Les tubercules du testicule s'observent chez les sujets strumeux vers l'époque de la puberté; le néoplasme se produit dans l'épididyme ou au centre du testicule; il se fait des adhérences avec le scrotum et la tunique vaginale; il peut se produire de la suppuration et des ulcérations. On peut aussi trouver des tubercules simultanément dans les vésicules séminales, par le toucher rectal, ou bien dans le cordon ou les ganglions inguinaux. L'orchite chronique est une affection très rare; le diagnostic entre cette affection et l'orchite syphilitique peut ordinairement se faire par exclusion (2). Dans les cas douteux, le mieux est d'attendre, et s'il est

(1) Il se produit quelquefois un ramollissement secondaire au centre. Voir Lancereaux, *op. cit.*, 2^e éd., p. 221, et pl. I, fig. 9.

(2) Bumstead et Taylor (*op. cit.*, p. 637) donnent les principaux symptômes de l'orchite chronique. Voir aussi Curling (*Du testicule*, 2^e éd.).