

à l'aîne gauche, d'un bouton qui suppura et dura quatre mois; il existe aujourd'hui une cicatrice en ce point. A la même époque, chute de cheveux sans mal de gorge ni éruptions; courbature générale, fatigue excessive, teinte jaunâtre, terreuse, de la peau. Tous ces phénomènes disparurent au bout de trois semaines d'un traitement spécifique. Environ six mois plus tard, apparut sur la partie antérieure et supérieure du tibia gauche une syphilide circonscrite, tuberculeuse, aujourd'hui reconnaissable aux cicatrices blanches et déprimées qui existent en cet endroit. Malgré un nouveau traitement, qui dura deux mois, la syphilide persista. Plus tard survint, au dire de la malade, un gonflement rougeâtre qui se termina par une large ulcération qu'on voit encore aujourd'hui à la face antérieure et inférieure de la jambe droite.

Il y a environ trois mois, cette femme sentit ses forces diminuer progressivement; elle s'amaigrit, et remarqua que la teinte de sa peau prenait une coloration pâle et terreuse. En même temps elle éprouvait à la région épigastrique et à l'hypochondre droit une sensation de gêne et de malaise que remplaça bientôt une douleur sourde continue, avec élancements et picotements revenant par intervalles. Puis s'ajoutèrent à ces symptômes des douleurs térébrantes de la tête, avec exacerbations nocturnes intenses; le sommeil devint impossible, et, ne pouvant plus travailler, la malade entra à l'Hôtel-Dieu, le 29 mai 1863. La physionomie exprime la souffrance; la malade se plaint d'une céphalée intense, qui l'empêche de marcher; elle éprouve des étourdissements qui ne lui permettent plus de se tenir debout; elle délire par instants. Alopecie; hyperostose du tibia droit; ulcération de la jambe du même côté. Respiration normale, mais pouls fréquent et battements du cœur précipités. Anorexie depuis le début de la céphalée; pas de vomissements, mais sensation douloureuse vive et lancinante à l'épigastre et à l'hypochondre droit, accrue par les mouvements du tronc, la pression et même la simple palpation du foie. Cet organe est irrégulier dans sa forme; son lobe droit, inégal, bosselé et très-développé, descend au-dessous d'une ligne horizontale passant par l'ombilic, tandis que le lobe gauche est à peu près inappréciable à la percussion et à la palpation; la matité disparaît en effet à partir du bord externe du muscle grand droit abdominal du côté droit. La rate n'est pas sensiblement augmentée de volume. Les urines, pâles, contiennent une notable quantité d'albumine. La peau est remarquable par sa teinte sale, jaune bronzé.

Le 3 juin, la malade est soumise à une médication spécifique: iodure de potassium 2 grammes dans les vingt-quatre heures. Deux jours plus tard, disparition complète de la céphalée. Peu de temps après, cessation des douleurs spontanées de l'épigastre et de l'hypochondre droit. La physionomie devient plus naturelle, la teinte de la peau est meilleure, la malade dort, reprend peu à peu ses forces et même son embonpoint. L'ulcère de la jambe se cicatrise. Le foie paraît diminuer de volume, mais il reste toujours douloureux à la pression. Les urines, traitées par la chaleur et l'acide nitrique, continuent de donner un précipité albumineux. Le 18 juin, plus d'albumine dans l'urine. Les forces continuent à s'accroître, et, à part l'ulcère de la jambe et la douleur du foie à la pression, la malade se trouve très-bien. Même état les jours suivants. Le 16 juillet, la malade est toujours mieux. Les urines sont rendues en quantité normale; elles sont moins pâles. Traitées de nouveau par la chaleur et l'acide nitrique, elles précipitent très-légerement. Leur densité est de 1,020. A l'examen microscopique, on constate l'existence de quelques cellules granuleuses, provenant des tubes urinaires, et la présence de nombreux globules granuleux analogues aux leucocytes. La malade continue son traitement jusqu'au 4 juin où elle demande sa sortie. Elle conservait alors une égère augmentation du volume du lobe droit du foie, mais les urines précipitaient ort peu par la chaleur et l'acide nitrique. Elle avait d'ailleurs recouvré ses forces, et repris un certain embonpoint.

Un fait que j'ai observé récemment vient confirmer le résultat favorable du traitement spécifique employé pour combattre la néphrite syphilitique. Un homme âgé de quarante-deux ans contracta, en 1867, un chancre de la verge

qui fut suivi de plaques muqueuses de la bouche et d'une éruption douteuse. Admis, le 29 novembre 1871, dans l'un des pavillons de l'hôpital Saint-Antoine, cet homme y était un peu oublié. Dans le courant de l'hiver, il était d'une grande pâleur, et vers le mois de mars, en même temps qu'il était atteint d'anasarque, il fut pris d'épistaxis, de vertiges et d'étourdissements, autant de phénomènes indicateurs du début d'une intoxication urémique; ses urines étaient d'ailleurs chargées d'albumine. Je lui donnai un lit dans ma salle, et, peu de temps après, il me fit remarquer qu'il était porteur d'une tumeur solide, ferme, arrondie, du volume d'une pomme d'api, siégeant dans la mamelle gauche à la partie externe et supérieure du mamelon. Peu de temps après, une tumeur semblable apparaissait au-dessus du sein droit. L'iodure de potassium fut administré en avril, et bientôt la première tumeur, puis la seconde, commencèrent à diminuer de volume. En même temps, la santé générale du malade s'améliora notablement, les forces et les couleurs revinrent en partie, l'anasarque disparut. L'albuminurie, quoique moins abondante, persistait encore le 10 juin, quand le malade nous quitta.

Ces faits semblent indiquer que les affections syphilitiques des reins sont d'un pronostic relativement favorable. Pourtant il ne faut pas s'y tromper. Quand ces affections sont accompagnées de lésions hépatiques et compliquées de cachexie, elles sont toujours graves. « Je connais peu de maladies, écrit Rayer, qui offrent aussi peu de chances de guérison que ces cas complexes: ces complications de la syphilis invétérée avec des altérations du foie et des reins sont presque toujours incurables. Cependant j'ai été assez heureux, tout récemment, pour améliorer la constitution détériorée d'un malade de notre hôpital qui se trouvait dans une semblable condition, et chez lequel l'urine est devenue de moins en moins albumineuse, après deux mois d'un traitement qui a consisté dans l'usage de la tisane de Feltz, des pilules de Sédillot et de l'extrait gommeux d'opium. »

ARTICLE IV. — APPAREIL DE LA DIGESTION.

§ 1. — Affections syphilitiques de la bouche et du pharynx.

BIBLIOGRAPHIE. — NICOLAS MASSA, dans *Aphrodisiacus*, t. I, p. 44, signale les gommages du pharynx et leur ulcération, l'asthme et la diarrhée qui leur font suite. — GABRIEL FALLOPE, *De morbo Gallico tractatus*, cap. 97 et 98. — W. H. BUCHOLTZ, *De cicuta efficacia in ulceribus faucium et veli palatini veneris*. Nova acta Acad. nat. curios., t. IV, p. 261. — VAN SWIETEN, *Commentaria in Hermann Boerhaave Aphorismos*, t. V, p. 369, Paris, 1773. — E. HORN, *Versuche über Wirksamkeit des Eisens in veralteten, vermischten und mit mercurial Cachexie verbundenen Geschwüren*. Archiv für med. Erfahrung, 1 Bd., 1 Heft. — BABINGTON, dans *Œuvres complètes de J. Hunter*, t. II, p. 558. — MAISONNEUVE, *Des tumeurs de la langue*. Thèse de concours, Paris, 1848. — BOUISSON, *Gaz. méd. de Paris*, 1846. — GAMBERINI, *Bull. della Soc. di Bologna*, 1847 et juin 1848. — FANO, *Sur les tumeurs du voile du palais*. Thèse de concours, Paris, 1857. — SIGMUND, *Das papulöse Syphilid am weichen Gaumen und an den Mandeln*. Oesterr. Zeitschr. fr. prakt. n° 35, 1858. — W. J. COULSON, *The Lancet*, t. II, 20 novembre 1862. — LAGNEAU, *Des tumeurs gommeuses de la langue*, Archiv. génér. de méd., t. I, p. 217, 1860. — C. ADLER, *Die syphilitischen Geschwüre der Zunge*, Wien. med. Halle, 1, n° 3 et 6, 1861. — VOGEL, *Syphilitische Affect. des Pharynx und Larynx*, Petersb. med. Zeitschr., XIV, p. 52. — A. FOUR-

NIER, *De la syphilide gommeuse du voile du palais*. Gaz. des Hôpitaux, 560, 1867. — EMM. KOHN, *Zur Path. und Therap. d. Pharyngealerkrank. Syphil.*, Wien. med. Presse, IX, 44, 46, 1868. — J. WEST, *Rétrécissement syphilit. du pharynx et de l'œsophage*, The Lancet, 9 août 1872.

De même que les lésions primitives et secondaires de la bouche et du pharynx diffèrent à peine du chancre génital et des éruptions cutanées, de même les affections tertiaires de ces parties ont la plus grande analogie avec celles de la peau et du tissu cellulo-adipeux. Cette analogie, qui nous a frappé, n'a pas échappé à nos prédécesseurs, qui ont signalé la fréquente coexistence de ces affections avec les altérations profondes et tardives du tégument externe. Mais s'il n'y a pas de différence notable dans la constitution de la lésion élémentaire suivant que l'un ou l'autre tégument est atteint, l'évolution de cette lésion varie quelque peu avec la texture de la partie affectée. Le voile du palais, la voûte palatine, la langue, le pharynx, les amygdales, sont le siège de ces affections, qui apparaissent à des époques un peu différentes. Plus précoces, les unes, sous forme d'ulcères, sont assimilables au rupia et au tubercule de la peau; plus tardives, les autres se rapprochent plutôt des gommages du tissu conjonctif sous-cutané.

ULCÈRES TARDIFS ET PROFONDS.

Les amygdales, le voile du palais et ses piliers, la partie supérieure et postérieure du pharynx, sont les lieux de prédilection de ces accidents, que Babington, dans les cas de coexistence avec le rupia, fait débiter à la surface de la membrane muqueuse par une petite ulcération putride qui se transforme de bonne heure en une gangrène rapide et étendue. Le voile du palais se tuméfie et s'abaisse; les tentatives pour l'élever dans l'acte de la déglutition provoquent une douleur atroce; dans l'acte de la prononciation, il paraît rester entièrement immobile. L'irritation de ce voile par la présence de l'eschare détermine une abondante sécrétion de salive, quelquefois beaucoup de toux et de l'angoisse. Ces phénomènes morbides, joints à un amaigrissement rapide, à l'accélération du pouls et à l'expectoration de crachats puriformes, donnent à penser que le malade court un grand danger, et font naître souvent l'idée qu'il est atteint de phthisie.

Lorsqu'ils coïncident avec les éruptions tuberculeuses du tégument commun, ces ulcères débutent, dans leur forme la plus franche, par le centre de l'amygdale. Dans la première période, il y a très-peu de douleur et de gonflement; aussi s'occupe-t-on rarement de la lésion avant qu'elle ait produit un ulcère distinct. Mais si, par une cause quelconque, l'attention est dirigée vers la gorge, on peut quelquefois saisir l'état morbide qui précède la période d'ulcération. L'amygdale est légèrement gonflée; on aperçoit quelque chose de jaune qui a son siège dans la substance de cet organe et brille à travers la membrane qui en recouvre la surface encore intacte. Au bout d'un ou deux jours, l'ulcération s'établit et laisse apparaître une eschare jaune ou bleuâtre qui pénètre profondément dans le centre de l'amygdale. Il y a peu de tuméfaction, et les parties environnantes ne sont pas violemment enflammées. La marche de cette affection est lente et le trouble qui l'accompagne est peu considérable. De même que l'altération précédente, elle s'étend en profondeur ou en super-

ficie; de là des ulcères serpiginieux et des ulcères perforants présentant dans quelques cas une apparence phagédénique.

Les ulcères serpiginieux occupent de préférence le voile du palais, et succèdent le plus souvent à la première variété. Leur extension progressive est telle que le tissu de l'organe semble fondre sous l'ulcération, et que souvent la plus grande partie ou la totalité du voile palatin est détruite avant qu'on ait pu arrêter le processus morbide, bien qu'il ne soit pas possible de voir une eschare distincte se séparer dans tout le cours de la maladie. Le fond de l'ulcère est blafard, lisse, ou bien il s'en élève des fongosités dans l'intervalle desquelles stagne un pus ichoreux; ses bords sont irréguliers, déchiquetés, parfois largement décollés, bordés par une zone inflammatoire étroite. Dans un cas qui m'est personnel, tout le fond de la gorge offrait une apparence gaufrée. La muqueuse est en général la seule membrane affectée, les parties plus profondes participent rarement à la formation de l'ulcération.

Les ulcères perforants gagnent en profondeur ce qu'ils perdent en étendue. Le voile du palais, la voûte palatine, les amygdales et le pharynx sont les régions où ils exercent leurs ravages. Les parties molles sont détruites avec une rapidité quelquefois très-grande. Tous les tissus sont réduits en une bouillie ou matière putrilagineuse adhérente au fond de l'ulcère dont les bords œdémateux, de forme circulaire ou ovale, sont taillés à pic. La lésion commence, au voile du palais, par une rougeur inflammatoire modérée, accompagnée d'un peu d'endolorissement des parties mobiles de l'isthme du gosier, tandis que le palais lui-même reste indolent. Au bout de quelques jours, une tache d'un blanc sale apparaît au centre de la zone enflammée, elle se creuse et devient le point de départ de l'ulcération perforante. Au voile du palais, elle débute ordinairement par la face postérieure, et ronge d'arrière en avant jusqu'à ce qu'elle ait amené la chute de la luette (1). Dans un cas observé par Herbert Mayo (2), après avoir envahi l'un des côtés de la gorge, elle avait pénétré jusqu'à l'artère linguale qu'elle allait sans doute atteindre, si ce chirurgien n'eût pratiqué une ligature préventive et fructueuse de la carotide interne. Ruz (3) a rapporté un fait dans lequel l'arrière-bouche ne présentait plus qu'une vaste caverne dont toutes les parties étaient recouvertes d'une couche vert grisâtre assez semblable à la mousse d'un vieux mur. On a vu le périoste compris dans cette destruction, et les os mis à nu se nécroser. Cet accident, fréquent à la voûte palatine, s'observe encore au larynx et au pharynx. J. Frank (4) a rapporté le fait d'une paralysie du bras due à l'inflammation de la moelle épinière par suite du progrès d'une carie vertébrale consécutive à un ulcère syphilitique de la gorge. Lagneau et Gibert (5) ont vu chacun un cas d'ulcère

(1) Dans un mémoire intéressant du *British med. Journ.* (July 19, 1862), Williams rapporte une série de cas d'ulcères perforants du palais, qui, bien que cédant à l'emploi de l'iode de potassium, ne lui paraissent pas devoir être rattachés à la syphilis. — Comparez : Fougère, *Études sur l'angine ulcéreuse maligne de nature scrofuleuse*. Thèse de Paris, 1871. — Isambert, *De l'angine scrofuleuse* (Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris, nov. 1871).

(2) H. Mayo, *Treatise on syphilis*. London, 1840.

(3) Ruz, *Journ. hebdom.*, t. VIII, 1832.

(4) J. Frank, *Traité de patholog. interne*, trad. fr., t. V, 1857.

(5) Gibert, *Traité des maladies de la peau et de la syphilis*, t. II, p. 359.

syphilitique pharyngien avec carie de la colonne vertébrale. Il ne serait pas exact de croire que toutes les ulcérations syphilitiques de la gorge produisent de pareils désordres; en général elles se limitent à l'épaisseur de la membrane muqueuse; mais il importe de savoir que l'iodure de potassium est l'agent qu'il convient d'employer dans ces cas où le mercure reste souvent sans succès. Plusieurs fois, nous l'avons vu produire des merveilles.

TUMEURS GOMMEUSES.

Ces manifestations de la période avancée de la syphilis constitutionnelle ont pour siège ordinaire la langue, le pharynx et le voile du palais, beaucoup plus rarement les lèvres ou les joues.

Langue. — Ricord (1), Bouisson (2) et Lagneau (3) sont les auteurs qui ont le mieux étudié les gommées de la langue. Ces tumeurs, dont Lagneau a pu réunir dix observations, se développent dans les points les plus variés de l'organe. On les rencontre, soit dans la couche sous-muqueuse superficielle, soit dans la trame de substance conjonctive intermusculaire; leur siège de prédilection est la base même de la langue. Le plus souvent multiples, arrondies ou irrégulières, elles varient pour le volume entre les dimensions d'un pois et celles d'une noix; elles s'accroissent peu à peu; d'abord fermes, grisâtres ou blanchâtres, elles se ramollissent plus tard à leur centre et deviennent pâteuses ou jaunâtres, tandis que les parties qui les recouvrent, soulevées et distendues, prennent une teinte violacée, s'altèrent insensiblement et finissent enfin par se mortifier. Ainsi mises à nu, si la régression est assez avancée et le ramollissement suffisamment prononcé, elles se vident à la manière d'un abcès; sinon, on aperçoit sous les lambeaux de la muqueuse ulcérée et décollée la coloration jaunâtre du produit pathologique en voie de dégénérescence et sous forme de bourbillons. Ceux-ci sont peu à peu éliminés, et laissent à leur suite des ulcérations plus ou moins profondes, de forme oblongue, à bords irréguliers et taillés à pic. Entourées de parties tuméfiées, rougeâtres, violacées, œdémateuses, ces ulcérations présentent un fond grisâtre, induré, comme tapissé par une fausse membrane; quelquefois parsemées de points gangréneux, elles saignent facilement au contact des dents. Au bout d'un certain temps, le gonflement œdémateux des bords ulcérés diminue, des bourgeons charnus se développent à la surface de l'ulcère et la cicatrisation commence; mais quand la réunion est complète, une portion quelquefois considérable de la langue fait défaut, et de là une grave déformation de cet organe. Les choses se passent différemment par l'intervention opportune d'un traitement approprié. Ces tumeurs ont-elles la forme de nodosités fermes, on les voit perdre de leur consistance, tandis que les tissus voisins s'assouplissent, et bientôt

(1) Ricord, *Traité pratique des malad. vénér.* Paris, 1838, et *Clinique iconographique*, 1860.

(2) Bouisson, dans *Gaz. méd. de Paris*, 1846.

(3) Lagneau, *Des tumeurs syphilitiques de la langue* (*Gaz. hebdom.*, 1859, nos 32, 33, 35; et *Arch. de méd.*, t. I, 1860, p. 247). — Comparez Maisonneuve, *Sur les tumeurs de la langue*. Thèse de concours. Paris, 1848.

rien ne subsiste pour attester leur existence passée. Sont-elles superficielles, leur teinte blanche jaunâtre est en outre progressivement remplacée par la couleur rouge normale de la muqueuse. Cependant il est quelquefois possible de distinguer la place qu'occupaient les lésions, par l'absence à leur niveau de l'enduit saburral qui recouvre les autres points de la langue. Ces manifestations ont un début insidieux, latent; tout d'abord elles échappent au malade et au médecin; et pour peu qu'elles soient profondément situées, on ne parvient à les reconnaître qu'en passant entre les doigts la langue augmentée de volume, soit dans toute son étendue, soit par places, et qui semble comme rembourrée de noisettes (Ricord). Petites, fermes, saillantes, ces tumeurs perdent peu de leur consistance; la muqueuse qui les recouvre s'amincit; la langue vient souvent se placer sous les arcades dentaires et faire proéminer au dehors, de là un écoulement salivaire continu et abondant. En même temps la mastication s'accomplit plus difficilement, la déglutition est douloureuse et gênée, la respiration est embarrassée, et dans quelques cas on a pu noter l'existence d'une surdité résultant d'un obstacle apporté par les parties tuméfiées à la circulation de l'air dans la trompe d'Eustache. Ces tumeurs enfin peuvent s'ouvrir et donner issue à une matière puriforme, semi-liquide, d'où la formation des ulcérations ci-dessus décrites, et, dans certains cas, une fièvre de résorption.

Une évolution éminemment chronique et l'absence pour ainsi dire constante de tuméfaction ganglionnaire sont des caractères importants au point de vue du diagnostic différentiel de ces tumeurs d'avec les ulcérations chancreuses et les affections épithéliales. Nous avons du reste déjà insisté plus haut sur ces différents points.

Voile du palais et voûte palatine. — Les gommées de ces régions sont des plus importantes à connaître. Ricord et Vidal (de Cassis) se contentent de les mentionner. Bouisson (1) en parle peu, il dit avoir observé chez plusieurs malades atteints de syphilis invétérée des indurations, tantôt circonscrites, tantôt diffuses, du voile du palais sans ulcération de sa membrane de revêtement. Chez un malade qui vint le consulter pour une exostose et une carie des os du nez, il trouva le voile du palais affecté d'une tumeur dure de la grosseur d'une amande, sans ulcération de la muqueuse.

Parmentier (2), dans un mémoire sur les tumeurs de la région palatine, décrit comme il suit les gommées du voile du palais: « Petites et à peine sensibles au début, ces tumeurs sont dures, adhérentes à la muqueuse par une sorte de pédicule et mobiles sous les parties sous-jacentes et voisines; leur accroissement se fait lentement et sans douleur, elles arrivent au volume d'une noisette, et la muqueuse, qui jusque-là était restée sans altération de texture et de couleur, devient d'un rouge brun violacé, la région sous-maxillaire se tuméfie, le malade accuse des sifflements d'oreilles, parfois même une surdité presque complète, la déglutition est pénible et douloureuse, la voix est nasonnée; on aperçoit, à travers une sorte de coque qui sert d'enveloppe à la tumeur, de la

(1) Bouisson, *Gaz. méd.*, 1846, p. 595.

(2) Parmentier, *Essai sur les tumeurs de la région palatine* (*Gaz. méd. de Paris*, 1856).

fluctuation; la muqueuse se perfore dans un ou plusieurs points, et il s'échappe un pus ichoreux, mal lié et entraînant avec lui des débris organiques. A ces ouvertures succède bientôt une ulcération à bords saillants, taillés à pic, à fond grisâtre; elle fait des progrès rapides, perfore le voile du palais, et il s'établit une communication entre la cavité buccale et la partie postérieure des fosses nasales. »

Les symptômes propres à ces lésions diffèrent par leur marche lente de ceux de la plupart des angines, et ainsi on conçoit peu la possibilité de croire à un simple abcès du voile du palais si l'on questionne le malade sur le début de son mal et sur ses antécédents pathologiques. Quand la gomme ne présente aucune trace de fluctuation, l'idée peut venir d'une hypertrophie glandulaire ou de quelque tumeur épithéliale. Mais l'hypertrophie glandulaire constitue une tumeur toujours ferme, qui ne manifeste aucune tendance à l'ulcération, et l'épithélioma se distingue par l'induration de ses bords toujours plus ou moins recourbés. Les commémoratifs serviront d'ailleurs à établir le diagnostic de la gomme du voile palatin, dont le pronostic est sérieux surtout à cause de la perforation qui est un résultat fréquent de cette manifestation.

Les parois des joues (1) et la voûte palatine sont aussi le siège de tumeurs syphilitiques analogues ou semblables à celles qui viennent d'être décrites. A la voûte palatine, ces tumeurs déterminent quelquefois une altération du périoste et de l'os qui finit par amener une nécrose et une perforation.

Pharynx. — Les gommés du pharynx se montrent avec des caractères trop peu différents de ceux des gommés de la langue et du voile du palais pour qu'il soit besoin d'y insister. Ce sont encore de petites tumeurs arrondies, indolores, généralement développées dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Fermes et mobiles à leur naissance, ces productions, à mesure qu'elles vieillissent, deviennent moins consistantes, plus molles, altèrent la muqueuse qui les recouvre, se font jour à l'extérieur et disparaissent, non pas comme le ferait une collection purulente, mais plutôt à la façon d'une eschare; l'ouverture s'agrandit, le produit morbide ramolli est peu à peu éliminé, il reste un ulcère qui se couvre de bourgeons charnus de mauvais aspect; la cicatrisation se fait enfin, mais d'une façon toujours très-lente.

La paroi postérieure du pharynx est le siège le plus ordinaire de ces lésions, et le périoste peut en être le point de départ. Ph. Boyer a vu une tumeur gommeuse, développée en avant de la colonne vertébrale, perforer la paroi du pharynx et s'éliminer ainsi. L'ulcération n'est pas la terminaison obligée de ces productions; on les voit, sous l'influence d'un traitement approprié, se résorber sans laisser la moindre trace de leur existence, si ce n'est une légère dépression. En dehors de cette circonstance, elles ont une évolution insidieuse, latente, pour ainsi dire, et une durée très-longue. Leur diagnostic mérite la plus grande attention, il repose principalement sur la lenteur de leur évolution. Trop souvent elles sont méconnues, ou conduisent à des erreurs graves les hommes les plus autorisés dans la matière. « Je me souviens, dit Maison-

(1) Voy. *Bulletin de l'Académie de médéc.*, 11 octobre 1853.

neuve (1), d'un malade que Blandin avait soumis à une opération des plus sérieuses pour une tumeur du pharynx qu'il croyait être un cancer encéphaloïde, et qu'il avait crue telle, même après l'examen anatomique de la tumeur. Après une guérison qui dura six mois, le mal récidiva et fit bientôt des progrès si rapides, que Blandin le considéra comme absolument incurable. Cet homme fut envoyé à Bicêtre, dont j'étais alors le chirurgien. Une énorme tumeur occupait la région latérale gauche du cou et toute la région parotidienne; elle pénétrait dans le pharynx, déprimait le voile du palais, et menaçait le malade de mort par asphyxie. L'iodure de potassium fut administré à la dose de un gramme par jour, et en moins de six semaines la tumeur disparut sans laisser de traces. »

Cette méprise ne doit pas étonner: le carcinome est l'une des affections avec lesquelles on confond le plus facilement les productions gommeuses. J'ai déjà insisté sur les caractères différentiels de ces affections; j'ajouterai que la tumeur cancéreuse le plus souvent (il s'agit ici d'un épithélioma), n'est pas aussi bien circonscrite que la gomme, qu'elle est moins libre, moins mobile au milieu des tissus ambiants et, contrairement à cette dernière, le plus souvent accompagnée d'une modification des ganglions correspondants. Les abcès rétro-pharyngiens se distinguent de leur côté, ceux qui sont aigus par des phénomènes inflammatoires à leur début, les autres, c'est-à-dire les abcès froids, par la mollesse et la fluctuation dès le premier moment de leur apparition. Le pronostic des affections syphilitiques de la bouche et du pharynx est grave lorsqu'elles viennent à gêner une grande fonction, ou que le produit gommeux, ramolli, suppuré et résorbé sur place, arrive à produire des phénomènes d'infection secondaire, et aussi quand elles sont suivies de cicatrices profondes, blanchâtres, plus ou moins irrégulières, ou d'adhérences aux parties voisines. Ainsi nous avons vu, chez un malade qui succombait, à l'âge de cinquante-neuf ans, à une syphilis viscérale, le voile du palais en partie détruit et adhérent à la paroi postérieure du pharynx. Coulson, Sigmund (2) ont rapporté des faits du même genre. On a vu se produire alors un tiraillement des parties voisines et l'atrésie des cavités au point de gêner considérablement les fonctions de la phonation et de l'audition. La destruction de la trompe d'Eustache, dans un cas, fut suivie d'une cicatrice qui fermait ce canal. La présence de ces reliquats est d'une grande importance diagnostique relativement aux manifestations syphilitiques des viscères, qui, sans elle, pourraient plus souvent encore passer inaperçues. Les lésions profondes de la gorge et du voile du palais sont, en effet, relativement fréquentes dans les affections cérébrales syphilitiques, puisque, notées par Virchow trois fois sur onze cas, elles existent quatre fois sur le nombre des faits qui nous sont personnels.

§ 2. — Affections syphilitiques de l'œsophage.

De même que les lésions de la variole et de la scarlatine, les manifestations éruptives de la syphilis bornent le plus souvent leur action sur le tube digestif

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

(2) Sigmund, *Wiener med. Wochenschrift*, 1854, n° 48, et *Österr. Zeitschr. für pract. Heilkunde*, 1857, n° 29. — Comparez: H. J. Paul, *Archiv f. klinische Chirurgie*, t. I, p. 448. — A. Zimmer, *Schmidt's Jahrbuch.*, t. CXLIII, p. 297.

à la bouche et au pharynx. L'œsophage, l'estomac et l'intestin grêle en sont généralement exempts, et l'on ne retrouve guère dans ces organes que des lésions profondes et tardives dont la qualité spéciale est de rétrécir le calibre du canal. La rareté même de ces manifestations rend difficile leur étude, que gêne encore l'impossibilité de les voir dans leur première période et de pouvoir les suivre dans leur évolution.

Il est douteux que les médecins des premiers siècles de la syphilis aient eu connaissance de ces altérations. Severinus, l'un des premiers, fait mention des ulcérations syphilitiques de l'œsophage et de la trachée : « Cultro anatomico tradita cadavera variorum syphilitide extinctorum exhibebant exulcerationes, tum in œsophago, tum in trachea (1). » Rhodius (2) a rapporté un fait de lésion œsophagienne auquel, à la rigueur, il serait peut-être possible d'attribuer une origine syphilitique. Follin (3) a exhumé deux cas, l'un de Ruysch (4) et l'autre de Haller (5), qui semblent se rapporter à ce sujet. Paletta (6) a observé un fait qui serapproche des précédents ; il s'agit d'une dysphagie qui survint après la suppression d'une leucorrhée et la disparition d'une éruption papuleuse. Une observation de Daniel Turner (7), cité par West de Birmingham, et deux autres de Carmichael (8), ne sont pas plus concluantes que les précédentes et laissent comme elles le doute dans l'esprit. Un fait observé par Parker n'est pas non plus démonstratif. Wilks (9) admet les rétrécissements syphilitiques de l'œsophage. Une pièce anatomique conservée au musée de Guy's Hospital (n° 1784⁹⁵) montre au point d'union de l'œsophage et du pharynx un rétrécissement qui, selon cet auteur, aurait succédé à une ulcération syphilitique. Semblable rétrécissement se rencontre dans une observation du mémoire de Virchow. Follin (10) dit avoir observé deux cas de dysphagie œsophagienne d'origine syphilitique. Dans l'un de ces cas il existait un psoriasis de la paume des mains, et le malade a guéri sans l'emploi de la sonde ; dans l'autre, les lésions étaient plus profondes et la guérison n'a pas été complète ; il s'agissait sans doute, ajoute cet auteur, de lésions cicatricielles qu'on améliore, mais qu'on ne guérit pas.

Dans un travail spécial sur la matière, West de Birmingham (11) rapporte deux observations personnelles dont l'une, avec autopsie, paraît suffisamment convaincante pour qu'il ne soit plus possible de mettre en doute le rétrécissement syphilitique de l'œsophage.

J. M..., âgée de vingt et un ans, fut reçue au Queen's Hospital, à Birmingham, le 18 mai 1858, après s'être présentée à plusieurs reprises aux consultations de

(1) Lientaud, *Hist. an. med.*, t. II, liv. IV, obs. 105.

(2) *Ibid.*, t. II, liv. IV, obs. 102.

(3) Follin, *Des rétrécissements de l'œsophage*. Paris, 1853.

(4) Ruysch, *Nov. anatom. med. chirurg.*, decad. I, art. 10, 24.

(5) Haller, *Opusc. patholog.*, obs. LXXII.

(6) Paletta, *Exercit. patholog.*, 1820.

(7) Turner, *A practical dissertation on the venereal disease*, 1732, 1^{re} partie, p. 6.

(8) Carmichael, *An essay on the venereal disease*, 1814.

(9) Wilks, *Pathological anatomy*, p. 258 ; et *On the syphilitic affections of the internal organs*, p. 41, 1863.

(10) Follin, *Traité élém. de pathol. externe*, t. I, p. 696. Paris, 1861.

(11) West, *Dublin Quarterly Journal*, febr. 1860, et *Arch. de méd.*, t. I, p. 714. 1860.

cet hôpital pour différents accidents syphilitiques secondaires (*éruption squameuse, angines*). Au moment de son admission, elle se plaignait d'une impossibilité absolue d'avaler, la déglutition était douloureuse et suivie immédiatement du rejet des aliments ; cependant il arrivait deux fois par jour que les aliments passaient sans difficulté. L'arrière-gorge était le siège d'ulcérations étendues, occupant à la fois les amygdales, le voile du palais et ses piliers, à surface gris cendré semée de taches rouges çà et là. Maigreur très-prononcée, anémie, pouls faible, urine peu abondante. Iodure de potassium, 5 grains dans une once de décoction de quinquina, trois fois par jour, gargarisme avec l'acide chlorhydrique, etc.

On continua ce traitement jusqu'au 28 mai, puis on essaya de passer une sonde œsophagienne, mais on n'y put réussir ; on prescrivit la quinine à la dose de 15 centigrammes. D'abord, application de nitrate d'argent sur les ulcérations de la gorge ; plus tard, application de sulfate de cuivre ; la déglutition des liquides s'opère un peu plus facilement, la malade va néanmoins en s'affaiblissant. Le sulfate de quinine est remplacé par le nitrate de fer de quinine. Les tentatives d'introduction de la sonde sont continuées ; gargarisme sublimé sans amélioration notable. Alors, malgré l'affaiblissement progressif de la malade, et quoiqu'elle eût déjà fait plusieurs traitements mercuriels, on se décida à prescrire dix gouttes de solution sublimée dans de la décoction de quinquina, trois fois par jour, et des frictions d'onguent mercuriel sous les aisselles.

Le 25 juillet, les gencives commencèrent à s'affecter, et il fallut supprimer le traitement spécifique ; pendant quelques jours la malade éprouva une légère amélioration, elle avalait un peu plus facilement. Le 6 août, il ne restait rien de cette amélioration passagère. Le cathétérisme, tenté avec tous les instruments imaginables, échouait toujours ; la malade finit par ne plus pouvoir avaler, et elle mourut épuisée le 2 septembre.

Autopsie. — Cadavre très-amaigri, tubercules à divers degrés de ramollissement et plusieurs cavernes aux sommets des deux poumons. La partie supérieure de l'œsophage, dans l'étendue de 4 pouces, est très-dilatée ; la membrane muqueuse, fortement épaissie, présente çà et là des taches qui paraissent être dues à des cicatrices récentes. Au-dessous de la dilatation, l'œsophage se rétrécit subitement, et forme un canal étroit qui admet à peine une sonde n° 4. Le rétrécissement, qui a une longueur de 2 pouces et 1/2 environ, est produit par un épaississement de la muqueuse et par des dépôts fibreux, sous forme de bandes et de brides, qui ressemblent beaucoup à ceux que l'on voit dans les rétrécissements anciens de l'urètre. Au-dessous du point rétréci et jusqu'à l'estomac, l'œsophage est parfaitement sain. Le foie, pesant 2 livres et 4 onces, est gras ; sa surface est sillonnée par des tractus fibreux, et son enveloppe présente çà et là de légers épaississements. L'enveloppe de la rate, qui est plus molle qu'à l'état normal, présente les mêmes altérations que celle du foie. Cicatrice probable à l'entrée du vagin ; les autres organes ne sont que peu ou pas altérés.

Les symptômes observés pendant la vie, et les lésions constatées après la mort, tant dans l'œsophage que dans les autres viscères, et surtout dans le foie, plaident ici en faveur de l'origine syphilitique du rétrécissement. D'ailleurs des dépôts fibreux sous forme de bandes et de tractus sont peu en rapport avec l'hypothèse d'un rétrécissement consécutif à une lésion tuberculeuse. Le second fait rapporté par le chirurgien de Birmingham est loin d'avoir la même importance ; néanmoins l'action de la syphilis sur l'œsophage ne paraît pas contestable, et il y a tout lieu de croire que les lésions cicatricielles signalées dans le fait qui précède sont la conséquence de modifications morbides analogues à celles que l'on observe dans le pharynx à la suite des dépôts gommeux ulcérés.

Il n'est guère possible de chercher, à l'aide de ce petit nombre de faits, des