

garismes préparés avec les feuilles de coca (2 grammes de feuilles pour 200 grammes d'eau, en infusion), ou bien par des badigeonnages, soit avec une solution de chlorhydrate de cocaïne (1 gramme pour 20 grammes d'eau distillée), soit avec de la vaseline cocaïnée, etc.

Dysphagie syphilitique secondaire. — I. — La dysphagie pharyngienne est un symptôme des plus communs au cours de la syphilis secondaire. Pour la grande majorité des cas elle trouve son explication, toute naturelle, dans la présence de syphilides localisées sur l'isthme guttural. Aussi bien disparaît-elle tout aussitôt après la cautérisation et la guérison de ces syphilides.

Mais il est non moins positif qu'en certains cas elle existe et persiste d'une façon propre, essentielle, indépendamment de toute érosion ou ulcération de la gorge. C'est de la sorte qu'on est parfois consulté par des malades affectés de syphilis secondaire qui se plaignent de « maux de gorge », voire de « maux de gorge persistants », sans que l'examen objectif rende en rien compte de tels symptômes. Bref, douleur gutturale et absence de syphilides gutturales susceptibles d'expliquer cette douleur, voilà le fait.

Cette dysphagie secondaire sans lésions (j'entends sans lésions spécifiques apparentes) est en général légère. Elle consiste bien plutôt, à vrai dire, en une gêne, un embarras de la gorge, qu'en de véritables douleurs angineuses. — En revanche, elle est assez persistante, rarement inférieure comme durée à plusieurs semaines. — Elle est, de plus, sujette à récidives, si bien qu'elle arrive parfois, avec des intervalles de rémission ou d'intermission, à se prolonger plusieurs mois.

On l'a différemment interprétée, à savoir : soit par des syphilides larvées, se dissimulant à la face nasale du voile palatin ; — soit par une hypertrophie amygdalienne chronique (laquelle, d'ailleurs, fait fréquemment défaut) ; — soit par une myodynne ; — soit par des lésions de l'appareil lymphogène qui encadre l'isthme du gosier. Ainsi, il semble résulter d'intéressantes recherches de MM. Augagneur et Gallois (1) que cette dysphagie reconnaît souvent pour cause une hypertrophie plus ou moins considérable de l'amygdale linguale. « Sur 38 sujets affectés du symptôme en question, disent ces derniers observateurs, nous avons noté une lésion que nous considérons comme la cause directe de cette dysphagie. En arrière du V lingual, sur une petite région de forme quadrangulaire s'étendant du V à la face antérieure de l'épiglotte, on voit une saillie de volume variable suivant les cas. Ordinairement, la tuméfaction a le volume d'une amande à grand diamètre antéro-postérieur, située exactement sur la ligne médiane ; sa teinte rouge sombre, un peu

(1) *Comptes rendus de la Soc. de dermat. et syph.*, avril 1896.

livide, tranche sur la couleur des parties voisines. La surface en est presque translucide, comme œdémateuse. Parfois, au lieu d'une surface homogène, uniformément tuméfiée, on voit une série de saillies rougeâtres, quelques-unes isolées, d'autres agglomérées ; il semble que l'amande ait été réduite en fragments, etc. ». On a même décrit deux formes de cette hypertrophie de l'amygdale linguale, l'une intéressant seulement l'élément lymphoïde, l'autre affectant en outre la couche sous-muqueuse (1).

II. — Pour M. Garel (de Lyon) et quelques-uns de ses élèves, « toute dysphagie persistant depuis trois semaines au moins et non explicable par un cancer, une tuberculose ou des calculs amygdaliens, serait un signe presque certain de syphilis. »

Je ferai remarquer que certaines amygdalites chroniques ou même la simple pharyngite des fumeurs déterminent et entretiennent des dysphagies persistantes sans rien comporter de syphilitique. Mais, sous le bénéfice de ces réserves, j'accorde qu'en effet une dysphagie persistante doit éveiller, *a priori*, le soupçon de syphilis et diriger les recherches en ce sens. Le signe de M. Garel a donc, à tout le moins, le mérite d'ouvrir une piste, dont le diagnostic peut tirer un utile profit (2).

SYPHILIDES OU PARASYPHILIDES LEUCOPLASIFORMES DE LA BOUCHE.

A dessein j'ai laissé de côté jusqu'à présent, pour leur donner une place à part, des accidents d'un ordre tout spécial qu'il n'est pas rare de voir se produire sur la bouche, au cours de la période secondaire et qui, objectivement, consistent en ceci : des taches ou des placards blanchâtres rappelant l'aspect des lésions *leucoplasiques*.

D'une façon générale, la question de la leucoplasie dans ses rapports avec la syphilis est l'une des plus complexes et des plus difficiles de la pathologie spéciale (3). Il n'est même aucune exagération à dire que, sur la plupart des points, cette question ne fait que d'être posée et reste encore absolument *non résolue*.

A l'envisager ici, seulement en ce qui concerne la période secondaire, divers problèmes, comme on va le voir, s'imposent à notre étude.

(1) Voy. ESCAT, Sur la pathologie de l'amygdale linguale (*Soc. française d'otologie*, etc., 1898).

(2) Voy. DR GAREL, *Lyon médical*, octobre 1892 ; — DR Carbonnier, *Contribution à l'étude de l'angine syphilitique aux trois périodes ; dysphagie prolongée*, thèse de Lyon, 1894 ; — DR Jourdanet, *De la dysphagie douloureuse prolongée dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge*, thèse de Lyon, 1898.

(3) Cette question a déjà donné lieu à de nombreux travaux, qu'on trouvera signalés dans un récent article du DR HAMONIC, *De la leucoplasie buccale dans ses rapports avec la syphilis* (*Revue clinique d'andrologie et de gynécologie*, juillet 1898).

I. — Comme point de départ, il est absolument certain qu'on voit parfois se produire sur la bouche des malades, au cours de la période secondaire, des taches *blanches*, absolument blanches, tout à fait différentes de la plaque muqueuse ordinaire, non pas seulement par la couleur, mais par ce double fait : 1° que cette teinte ne résulte pas, comme pour la plaque diphtéroïde précédemment étudiée, d'un simple exsudat de surface, mais d'une sorte d'infiltration superficielle de la muqueuse, infiltration qui fait corps, pour ainsi dire, avec la muqueuse; — 2° et surtout que la lésion ainsi constituée est durable, stable, permanente, et se montre presque invariablement réfractaire à tout ordre de traitement, soit général, soit local.

A double titre, donc, ces lésions rappellent la leucoplasie, et comme couleur, et comme caractère de manifestations réfractaires à la thérapeutique de la syphilis. On les dirait constituées consécutivement par une leucoplasie.

II. — Il est non moins avéré que ces lésions peuvent dériver et dériver *exclusivement* de l'influence syphilitique.

Cela est démontré par certains cas où on les a vues se produire en dehors de toute cause autre que la syphilis, c'est-à-dire indépendamment de l'abus du tabac (cause prédominante, on le sait, dans l'étiologie de la leucoplasie), de l'arthritisme, de la dyspepsie, d'irritations locales, etc.

En l'espèce, la véritable difficulté étiologique était d'exclure l'influence prédisposante ou effective du tabac. Ces lésions leucoplasiques, en effet, ne s'observent guère que dans le sexe masculin, et, dans le sexe masculin, l'usage ou même l'abus du tabac est presque général. Cependant on est parvenu à réunir un certain nombre de cas dans lesquels, je le répète, on les a dûment constatées sur des sujets non fumeurs, n'ayant même *jamais* fumé. De ce fait, comme aussi de l'apparition première de taches leucoplasiques en pleine évolution spécifique, ressort nettement la démonstration d'un lien pathogénique entre ces lésions et la syphilis.

III. — *Comment se traduit cliniquement cette leucoplasie secondaire?* — Le début en passe inaperçu, en raison de l'indolence des lésions. On a dit théoriquement qu'elle préludait par un « érythème local »; cela reste à démontrer par des observations plus précises. Généralement, malade et médecin ne constatent la lésion que lorsqu'elle est déjà faite, accomplie.

A cette période, elle se présente sous forme de taches ou de taches blanches, dont la teinte appelle aussitôt le regard, en tranchant fortement sur la coloration normale de la muqueuse. Ces taches sont variables comme siège, comme configuration, comme nombre, comme teinte, etc. Analysons-les à ces divers points de vue.

Siège. — Elles ont deux points d'élection, à savoir : la langue et la face interne des joues. — Plus rarement on les observe sur la mu-

queuse interne de la lèvre inférieure; plus rarement encore sur les gencives. — Je ne les ai jamais rencontrées sur les piliers, le voile palatin et le pharynx.

A la langue, qui est leur véritable siège de prédilection, elles se localisent en deux points, qui d'ailleurs peuvent être atteints incidemment : en première ligne, comme fréquence, bords latéraux, dans leurs deux tiers antérieurs; — en seconde ligne, plateau dorsal, mais presque exclusivement dans son tiers antérieur.

A la face interne des joues, elles se rencontrent le plus souvent au voisinage des commissures labiales. — Parfois encore, elles se prolongent plus en arrière, sous forme d'une bande laiteuse horizontale qui suit le trajet de l'interstice des dents supérieures et inférieures.

Configuration et étendue. — Variables l'une et l'autre. — Ainsi, comme configuration, la leucoplasie secondaire peut affecter les six types suivants :

I. — Type *rond* ou *ovalaire*, dans lequel les taches se présentent à peu près régulièrement arrondies ou, plus souvent, ovalaires, elliptiques; — comparables alors, comme forme, à des lentilles, des grains de blé, des pépins de poire, de petites amandes, etc.

II. — Type *en traînées*, dans lequel elles sont allongées dans un de leurs diamètres, à la façon de la coulée d'une goutte de liquide.

III. — Type *étoilé*, constitué par une tache centrale déchiquetée sur ses bords en une série de rayons divergents.

IV. — Type *en hachures*, consistant en une série de stries presque parallèles. — Celui-ci est commun sur les bords latéraux de la langue et ne s'observe même que là.

V. — Type *arborescent*, dit encore *en dentelle* ou *en feuille de fougère*, constitué par de longues stries entrecroisées qui forment un véritable lacis plexiforme. — Fréquent sur la face interne des joues. — Je voyais dernièrement un malade qui présentait sur cette région un riche réseau de cet ordre, représentant presque une toile d'araignée.

VI. — Type *en semis*, formé par une agglomération de petits points blancs tout à fait comparables à des *grains de semoule*. — Celui-ci est particulier au plateau dorsal de la langue.

Sous telle ou telle de ces modalités, les lésions leucoplasiques sont généralement déposées sur une muqueuse d'ailleurs indemne et normale d'aspect. Assez souvent aussi on les trouve contiguës à des îlots de muqueuse rouge, lisse, décapillée (glossite desquamative secondaire).

Elles n'affectent en général qu'une étendue minime, que j'ai déjà comparée à celle d'une lentille, d'un pépin, d'un haricot. — Seules, celles du type en traînée ou en bande s'étalent quelquefois sur d'assez larges surfaces. Sur un de mes malades, une traînée de ce genre, située sur la moitié postérieure d'un bord latéral de la langue, mesurait de 2 à 3 centimètres d'avant en arrière sur une hauteur d'un cen-

timètre environ (dimensions d'un pruneau, approximativement). — Sur un autre, un placard en dentelle recouvrait presque toute la surface de la joue. — Sur un troisième, une bande horizontale, d'un centimètre de hauteur, partait d'une commissure labiale pour atteindre la dernière molaire, parallèlement à l'interstice des dents de l'une et l'autre mâchoire.

Ajoutons que des ilots leucoplasiques, individuellement petits, peuvent s'agminer et, par coalescence, constituer des *placards* plus ou moins larges. Cela s'observe assez fréquemment sur le plateau dorsal de la langue, à son tiers antérieur.

Nombre. — On peut n'avoir à constater qu'un ilot unique de leucoplasie. Mais ce n'est là que l'exception. Généralement, on rencontre plusieurs de ces placards, au nombre de 2, 3, 5 et même davantage, soit localisés sur un département de la bouche, soit, plus souvent, disséminés sur plusieurs régions.

Contour, relief. — Les lésions leucoplasiques, ont toujours une ligne frontière bien marquée, qui les distingue nettement des parties saines. Mais cette ligne ne s'astreint que rarement à une forme méthodique; plus habituellement, elle est irrégulière, sinueuse, capricieuse, souvent déchiquetée ou même étoilée, grâce à des irradiations, des jetées, des prolongements en divers sens.

Enfin, elles sont tellement ténues que, tout en épaississant la couche épithéliale, elles ne forment pas de relief véritable à la surface de la muqueuse, et ne fournissent pas au doigt la sensation d'une rénitence morbide.

Couleur. — Blanche, comme l'indique leur nom, mais de ton variable, à savoir: ou véritablement *laiteuse*, ou seulement *lactescente*.

Laiteuse, elle rappelle exactement à l'œil la teinte blanc opaque d'une goutte de lait, ou bien l'aspect d'une érosion qui vient d'être cautérisée à la pierre infernale, ou bien encore celui d'une couche de collodion concrété sur la peau.

Lactescente, elle affecte le ton opalin et blanc bleuâtre d'une goutte de lait dilué d'eau ou du petit-lait clair. Et alors elle laisse entrevoir par transparence la muqueuse sous-jacente.

Dans l'un et l'autre cas elle est le plus souvent remarquable par un aspect brillant, reluisant, *nacré*, presque caractéristique en certains cas.

A noter expressément que cette pellicule laiteuse ou lactescente, qui constitue la physionomie de la lésion, n'est pas séparable de la muqueuse, même par le grattage; elle fait partie de la muqueuse, elle y est incorporée. Pour mieux dire, c'est la muqueuse elle-même qui, transformée de la sorte dans ses couches les plus superficielles, revêt cette apparence blanchâtre et nacrée.

Troubles fonctionnels. — Nuls, en l'absence de complications. Par elle-même, la leucoplasie secondaire est absolument indolente et

n'éveille tout au plus que la sensation indifférente d'un corps étranger surajouté à la muqueuse. Interrogés à ce point de vue, les malades répondent ou bien « qu'ils ne sentent rien », ou bien qu'ils sentent « quelque chose comme une pelure d'oignon, comme un débris alimentaire qui serait resté sur leur langue », etc. Quelques-uns accusent cependant des picotements, des élancements dans la langue, des brûlures, quand ils mangent des aliments acides ou épicés, quand ils boivent de l'alcool et surtout quand ils fument avec excès.

Mais la scène change et des symptômes de phlegmasie buccale (douleurs, ptyalisme, gêne de la mastication, de la parole, etc.) ne tardent pas à surgir, dès qu'il s'ajoute à la leucoplasie une irritation quelconque et, notamment, lorsqu'il se produit à son voisinage une fissure, une craquelure, une érosion, en un mot, une dénudation du derme. Or, des accidents de cet ordre sont absolument communs. Par un processus quelconque, il arrive très fréquemment que des ilots érosifs se constituent soit sur les frontières, soit même au centre des placards leucoplasiques. Qu'est-ce donc que ces ilots érosifs? Dérivent-ils, comme on l'a dit, d'exfoliations se produisant sur les placards leucoplasiques et à leurs dépens? Ou bien ne sont-ils constitués que par des inflammations spécifiques ou non spécifiques qui évoluent pour leur compte au voisinage des lésions leucoplasiques? C'est là un point qui n'a pas été suffisamment étudié jusqu'ici et sur lequel on ne saurait être fixé.

Puis, enfin, question bien autrement majeure et sur laquelle les malades demandent souvent à être renseignés, ces lésions leucoplasiques (qui, très certainement, restent inoffensives alors qu'elles sont sèches) deviennent-elles ou non dangereuses au point de vue de la contagion, alors qu'il s'y ajoute des éléments humides, érosifs ou exulcéreux? Sont-elles ou ne sont-elles pas susceptibles de transmettre la syphilis? Personne ne saurait le dire quant à présent. Répondre affirmativement aux malades est, dans notre ignorance, la ressource prudente qui nous reste, mais qui n'éclaire en rien la question.

Durée. — Tandis que la plaque muqueuse ordinaire est une lésion pour ainsi dire éphémère, qui guérit en quelques semaines, voire parfois en quelques jours, la leucoplasie secondaire, inversement, constitue une manifestation stable, durable, sur laquelle tout traitement n'exerce qu'une influence lente et souvent même presque nulle. Ce double attribut de *durée* et de *résistance au traitement spécifique* est même la caractéristique par excellence de la leucoplasie secondaire, caractéristique qui la différencie formellement, catégoriquement, des autres manifestations buccales d'ordre syphilitique.

Et, en effet, je le répète à dessein, pour la très grande majorité des cas, voire pour la totalité des cas usuels où elle se complique d'excitations tabagiques, cette leucoplasie devient une lésion permanente, définitive,