

rebelle à tous les agents (au moins actuellement connus) de la thérapeutique.

Certes, on peut en guérir, mais à la condition, semble-t-il, que la lésion soit jeune, limitée, non compliquée d'influences étrangères, et combattue de bonne heure par un traitement énergique. Mais, ce qui est non moins certain, c'est que, dans des conditions opposées, elle se montre rebelle, réfractaire, et persiste. Toujours, notamment, je l'ai vue persister et s'établir à l'état de lésion confirmée, permanente, chez les sujets qui continuent à fumer.

En définitive, qu'en advient-il avec le temps? Persiste-t-elle à tout jamais, ou bien, à la façon de la syphilide pigmentaire, aboutit-elle à s'effacer, alors, bien entendu, qu'elle n'est pas entretenue par le tabac? Cela, nous n'en savons encore rien, pour la raison que, ennuyés, dépités, voire découragés par les insuccès du traitement, les malades désertent nos consultations à un moment donné; de sorte que le résultat final nous échappe. Encore un point à élucider par un supplément d'enquête.

Diagnostic. — La leucoplasie secondaire est très généralement d'un diagnostic facile, qui repose sur des signes et des considérations d'une évidence formelle, à savoir: coloration blanche et nacrée, presque caractéristique; — lésions nettement circonscrites et de siège particulier; — absence de lésions d'un autre ordre; — coïncidence possible d'autres manifestations spécifiques soit actuelles, soit récentes, etc.

Ce diagnostic cependant ne saurait être accepté sans exclusion rationnelle de quelques autres affections qui peuvent affecter avec la leucoplasie secondaire de réelles analogies objectives, telles notamment que les trois suivantes:

1° Plaques muqueuses diphthéroïdes. — Plus ou moins semblables d'aspect aux lésions leucoplasiques, celles-ci en diffèrent essentiellement en ce qu'elles doivent seulement cette analogie objective à un enduit pseudo-membraneux et non à une dégénérescence, à une kératinisation de la couche épithéliale; — en ce que cet enduit est simplement blanchâtre ou opalin sans offrir de reflet nacré; — en ce qu'il est éphémère, caduc; — en ce que les syphilides qui revêtent accidentellement cette physionomie spéciale guérissent le plus facilement du monde et en l'espace de quelques jours sous la seule influence d'une ou de quelques cautérisations, etc. — Une confusion, à la juger possible, ne serait donc pas durable entre les deux ordres de lésions.

2° Leucoplasie nicotique. — S'il peut être établi (et c'est là le premier renseignement à recueillir pour un diagnostic différentiel) que la bouche du malade était indemne de toute lésion nicotique avant l'invasion de la syphilis, toute incertitude est levée. Car, s'il suffit de quelques mois à la leucoplasie secondaire pour se constituer et battre

son plein, il n'en est pas de même pour la leucoplasie nicotique qui, elle, ne s'improvise pas de la sorte et exige au contraire de longues années pour s'accomplir.

D'autre part, celle-ci n'a pas exactement les mêmes localisations que celle-là. D'abord, elle fait élection, pour ses débuts, de deux sièges bien précis, à savoir: 1° région commissurale des lèvres, où elle s'accuse sur la muqueuse génienne par un triangle grisâtre, à base antérieure répondant à la commissure et à sommet effilé postérieur; triangle signalé par moi de vieille date sous le nom de **triangle commissuraire des fumeurs**; — 2° segment antérieur du plateau dorsal de la langue, qui se couvre dans son ensemble d'une sorte de voile grisâtre par infiltration leucoplasique des papilles et des espaces interpapillaires.

Puis, au delà, elle reste généralement circonscrite à ces deux régions, tout en s'y étalant sur de plus larges surfaces par envahissements progressifs et lents. Mais jamais (autant du moins qu'il est permis de dire « jamais » en pathologie) elle n'affecte certains départements de la langue où se porte au contraire la leucoplasie secondaire, tels que le segment postéro-inférieur du bord latéral, ou la face inférieure de l'organe. En tout cas, elle ne s'y établit jamais d'emblée et rapidement, comme le fait la leucoplasie secondaire.

Enfin, elle est plus grise, plus terne que cette dernière; elle n'en a pas l'éclat blanchâtre et nacré.

Mais, dira-t-on peut-être, ce ne sont là que de simples nuances ou des signes éventuels d'interprétation délicate, difficile, sujette à erreurs. — Sans doute, répondrai-je; mais nous n'avons pas mieux, et l'essentiel est de profiter du *peu* dont nous disposons.

3° Énanthème buccal du lichen plan. — L'énanthème buccal symptomatique du lichen plan a donné le change plus d'une fois pour une lésion leucoplasique de syphilis.

Cette erreur n'est pas à redouter alors qu'avec l'éruption buccale coïncide l'éruption cutanée du lichen plan. Mais il n'en est plus de même dans les cas (moins rares qu'on ne le suppose généralement) où la première existe seule. Le diagnostic ne repose plus alors que sur un ensemble de données objectives qu'on peut résumer de la façon suivante:

Leucoplasie secondaire.	Énanthème buccal du lichen plan.
<p>I. — Siège usuel sur face interne des joues et plateau dorsal de la langue (tiers antérieur principalement). — N'affecte jamais le voile palatin, les piliers, la luette.</p> <p>II. — Coloration laiteuse ou lactescente, à reflet nacré presque caractéristique.</p>	<p>I. — Siège usuel sur face interne des joues et plateau dorsal de la langue. — Se rencontre aussi quelquefois sur voile palatin, piliers, environs de la luette, gencives, etc.</p> <p>II. — Coloration blanchâtre, mais sans éclat nacré, sans brillant; — quelquefois coloration blanc grisâtre, ou d'un gris-perle.</p>

Leucoplasie secondaire.
(Suite.)

III. — Surface lisse, égale.

IV. — Surface non exhaussée, non saillante.

V. — Pas d'épaississement de la muqueuse, tout au moins appréciable au doigt.

VI. — Nulle influence thérapeutique du traitement par l'arsenic.

Énanthème buccal du lichen plan.
(Suite.)

III. — Surface *chagrinée*, voire parfois rugueuse. Quelquefois disposition en petits mamelons granuleux.

IV. — Surface quelque peu saillante, surtout dans la forme granuleuse, dite « en grain de chènevis ».

V. — Muqueuse quelque peu épaissie, rénitente; — sensation possible de mamelons dans cette même forme granuleuse.

VI. — Amendement et même guérison sous l'influence d'un traitement arsenical prolongé avec intermittences.

Mais je dois avouer que des considérations de cet ordre, reposant sur de simples nuances objectives d'appréciation souvent délicate, sont de nature à laisser plus d'une fois le diagnostic en suspens.

Traitement. — Le nombre et la variété des médications qui ont été proposées contre la leucoplasie secondaire témoignent de son caractère rebelle à la thérapeutique.

On a essayé de la combattre de toutes façons, soit par des médications d'ordre général (mercure, iodure, arsenic, bicarbonate de soude, etc.); — soit par des médications topiques extrêmement variées (chlorate de potasse, borax, acide borique, acide salicylique, bichromate de potasse, bismuth, etc.; onctions grasses; baume du Pérou, eau de Saint-Christau, etc., etc.); — soit par des méthodes destructives (caustiques chimiques, cautérisation ignée, raclage, etc.).

De tout cela que reste-t-il? — Trois ordres d'agents peuvent avoir quelque utilité, à savoir :

I. — Topiques, sous forme de bains de bouche prolongés et répétés, avec décoctions émollientes (préférables à toutes autres en l'espèce), telles que guimauve, orge, graine de lin, etc.; — badigeonnages boratés; — cela avec antisepticité buccale, entretien soigneux des dents, et exclusion absolue de toute excitation locale (tabac, alcool, mets épicés, etc.).

II. — Cautérisations circonscrites pratiquées sur les plaques avec le crayon de nitrate d'argent ou, mieux, le nitrate acide de mercure. — Avoir soin de bien circonscire ces cautérisations aux seuls foyers leucoplasiques et de ne pas les répéter trop souvent.

Ces cautérisations, faites avec prudence, ont eu quelquefois d'heureux résultats. Mais force est de reconnaître qu'elles restent très souvent *non modificatrices* et stériles comme résultats; ce qui, par parenthèse, démontre bien quelle différence de nature sépare les lésions leucoplasiques des plaques muqueuses vraies, lesquelles sont si facilement et si rapidement guéries par quelques cautérisations.

III. — Traitement spécifique. — Par extraordinaire, le traitement spécifique n'exerce sur ces lésions qu'une influence bien médiocre et presque contestable. — Iodure de potassium absolument inerte. — Mercure très infidèle, c'est-à-dire complètement inefficace en certains cas, puis paraissant en quelques autres recouvrer quelque peu de son action usuelle. Deux remarques, en tout cas, s'imposent ici à son propos :

D'une part, l'expérience démontre qu'administré sous les formes et aux doses courantes le mercure n'exerce aucune modification sur les lésions leucoplasiformes. Très positivement, il n'agit sur elles — quand il agit sur elles — qu'à doses intensives et sous forme d'injections (injections de calomel, à 5 ou 10 centigrammes).

Et d'autre part, cette dernière méthode même n'est pas sans échouer fréquemment, soit qu'elle reste sans le moindre effet curatif, soit qu'après avoir semblé agir pour un temps elle laisse se produire des rechutes et des récidives. Si bien qu'on est presque autorisé à se demander si les guérisons ou les rémissions dont on a cru parfois pouvoir lui faire honneur ne seraient pas des incidents spontanés de la maladie. Ce problème thérapeutique, somme toute, n'a pas encore sa solution.

Toujours est-il — et ceci ne saurait souffrir contradiction — qu'en l'espèce le mercure, même administré à fortes doses et sous la forme hypodermique, est à cent lieues d'exercer sur la leucoplasie l'action si énergiquement répressive et curative qui lui est propre, habituelle, alors qu'il a affaire à des lésions syphilitiques vraies. Ainsi, je traite depuis deux ans et sans le moindre succès un malade (non fumeur, n'ayant même jamais fumé) qui, affecté d'une leucoplasie secondaire vers le quatrième mois de l'infection, conserve encore aujourd'hui ses lésions leucoplasiques, et cela en dépit d'une médication formidable par *trente-neuf* injections de calomel aux doses de 5 à 10 centigrammes ! Voici, comme pièce à conviction qui ne sera pas inutile à produire, l'observation très sommaire de ce malade :

Jeune homme de vingt-trois ans, de bonne constitution, ne faisant aucun excès, non alcoolique, non arthritique, et non fumeur. — Contamination syphilitique en mai 1896. — Chancre en juin, avec adénopathies en pléiade. — En juillet, roséole. — D'octobre à décembre, plusieurs poussées de syphilitides buccales. — Traitement par pilules de protoiodure de juillet à décembre, avec quelques intervalles de repos.

Vers octobre, début de lésions leucoplasiques sur les commissures labiales, puis sur les joues et la langue. — Leucoplasie bien accentuée dès les premiers mois de 1897, sous forme d'îlots, de bandes et de stries réticulées de couleur lactescente ou laiteuse. L'une des joues semble, suivant l'expression du malade, « toute barbouillée de lait ». Sur l'autre, réseau blanchâtre à stries entrecroisées, simulant une dentelle à mailles irrégulières. Petits placards blancs sur l'un des côtés de la langue, etc. — Traitement par injections

de calomel, collutoire boraté, cautérisations, gargarismes émoullissants, etc. — Treize injections de calomel (la plupart à 5 centigr., quelques-unes à 7 et 8 centigr.) dans les premiers mois de 1897.

Vers juillet, amélioration notable, notamment sur les joues, où la teinte leucoplasique a presque disparu. — Six injections nouvelles (de 5 à 8 centigr.). — Iodure de potassium.

En novembre, rechute complète. Réapparition des lésions leucoplasiques. La joue gauche, en particulier, se couvre de taches semblables à des placards de « collodion desséché ». En outre, invasion sur le plateau dorsal de la langue d'un semis de taches roses et décapillées. — Reprise du traitement : seize injections de calomel (de 5 à 10 centigr.) de novembre à mars 1898. — En outre, iodure de potassium, de 3 à 5 grammes par jour pendant un mois.

En avril, amendement notable sur tous les points, sauf sur la joue gauche qui reste tapissée de semis leucoplasiques.

Cette phase d'amélioration dure peu. Recrudescence en mai, et, derechef, langue envahie par de nombreux îlots de glossite desquamative. — Quatre nouvelles injections de calomel.

En juin, les lésions leucoplasiques persistent. *Elles sont à peu près aujourd'hui, après un traitement vraiment surintense (39 injections de calomel), ce qu'elles étaient au début de l'année 1897.* — Le malade inaugure un traitement par injections d'huile grise (de trois à six gouttes).

Nature. — Les caractères histologiques de la lésion restent encore ignorés, par défaut de nécropsies ou de biopsies.

Quant à sa nature, voici ce qu'on en peut dire :

1° Très certainement, l'affection ressortit à la syphilis. D'une façon ou d'une autre, elle est de provenance syphilitique.

2° Suivant toute vraisemblance, cependant, elle n'est pas syphilitique à la façon, par exemple, de la plaque muqueuse, de l'exostose ou de la gomme; — et cela parce que le *réactif de la spécificité syphilitique*, à savoir le traitement spécifique, est bien loin de l'influencer à la façon dont il influence les manifestations syphilitiques vraies.

3° Donc : d'une part, rebelle au traitement spécifique, et, d'autre part, constituant une lésion d'ordre commun, elle *semble* bien rentrer à ces deux titres dans la catégorie des affections dites *para-syphilitiques*.

SYPHILIS SECONDAIRE DU LARYNX.

Les manifestations secondaires sont assez rares sur le larynx. Elles ne s'observent guère que dans une proportion de 5 à 6 malades sur 100. Ce n'est que justice toutefois d'ajouter que, pour un nombre de cas assez notable, elles échappent aux statistiques parce qu'elles restent ignorées, alors que, siégeant sur des régions du larynx non essentielles à la phonation, elles ne se révèlent par aucun trouble de la voix. C'est là ce qu'a eu le mérite de démontrer M. Gouguenheim.

S'étant astreint à pratiquer indistinctement l'examen laryngoscopique sur toutes ses malades de Lourcine, qu'elles fussent ou non affectées de troubles de la voix, il n'a pas été peu surpris de rencontrer assez fréquemment des lésions secondaires du larynx qui, sans cette mesure radicale, seraient restées méconnues.

De tout temps on a suspecté, voire affirmé ces manifestations de la syphilis secondaire sur le larynx; mais on n'en a eu naturellement la démonstration scientifique qu'avec l'avènement du laryngoscope. Elles ont été étudiées d'abord par Czermak (1858). Depuis cette époque, elles ont donné lieu à une foule de travaux, parmi lesquels il convient surtout de citer ceux de Türk, Dance, Ferras, Krishaber et Mauriac, Lennox-Browne, Whistler, Gouguenheim, Bouchereau, Poyet, Mendel, etc.

Époque d'apparition. — On les a vues se produire à toute étape de la période secondaire, depuis le début même de cette période (à preuve certains cas où on les a constatées alors que le chancre existait encore) jusqu'à la fin de la troisième année. Mendel les croit plus communes du troisième au sixième mois.

Étiologie. — S'il est des cas où elles se produisent sans l'appoint d'une cause adjuvante, c'est-à-dire sous la seule influence de l'infection, il semble plus fréquent de les voir entrer en scène à l'occasion et par le fait d'une provocation locale leur servant d'appel. Trois facteurs étiologiques se présentent ici à citer, à savoir : en première ligne, l'usage et surtout l'abus du tabac (ou, ce qui revient à peu près au même, le séjour dans les tabagies); — l'usage et surtout l'abus de l'alcool; — le surmenage du larynx par la parole ou par le chant.

L'influence de ces deux premiers facteurs explique pourquoi ces accidents sont infiniment plus fréquents chez l'homme que chez la femme.

Étude clinique. — Les descriptions qu'on a longtemps données des lésions secondaires du larynx ont été surtout inspirées par des vues théoriques. On s'est évertué à vouloir identifier ces lésions avec celles des autres muqueuses, notamment des muqueuses buccales et gutturales. Or, en réalité, si elles s'en rapprochent par quelques points, elles en diffèrent par nombre d'autres et des plus importants.

I. — Ainsi, de ces lésions, la plus fréquente et de beaucoup est une lésion congestive en nappe, qui n'a son analogue sur aucune muqueuse, pas même (quoi qu'on en ait dit) sur la muqueuse gutturale. On l'appelle **érythème laryngé**. Elle consiste en ceci : une rougeur en nappe, intense de teinte, étendue à une portion variable des parties supérieures du larynx, le plus souvent à tout l'infundibulum laryngé. Cette rougeur est surtout remarquable sur le bord libre et la face postérieure de l'épiglotte, sur les cordes vocales supérieures et sur les éminences aryénoïdes. Il est plus rare