

jamais de se produire quand le nitrate d'argent est mis en contact avec une surface dépouillée d'épithélium. Ces plaques, par leur état lisse, contrastent avec les parties voisines dont les papilles ont conservé l'apparence normale. Elles semblent dépapillées, comme si, à ce niveau, les papilles avaient été « fauchées », « rasées ».

Au niveau des commissures labiales, les plaques muqueuses prennent aussi un aspect spécial; elles sont, comme l'on dit, en feuillets de livre, partie sur la lèvre inférieure, partie sur la supérieure, se réunissant à l'angle commissural, comme deux pages voisines d'un livre entr'ouvert, se continuent à leur point d'attache. Les deux moitiés s'appliquent l'une à l'autre quand la bouche est fermée; à leur point d'union est un profond sillon, qui est le siège d'une exulcération fissuraire. Celle-ci, sans cesse tiraillée dans les mouvements des lèvres, devient la source de douleurs parfois fort pénibles.

Enfin, quand les plaques n'ont été l'objet d'aucune surveillance et d'aucun traitement, elles prennent un aspect végétant en chou-fleur et augmentent considérablement de volume. Elles gagnent en étendue et en hauteur, et forment de véritables condylomes. Ces plaques sont alors dites hypertrophiques. Elles se voient principalement sur la langue et les amygdales.

Quand elles sont confluentes, elles peuvent déformer ces organes et au premier abord en imposer pour de véritables tumeurs. Toutefois l'hésitation ne saurait être de longue durée. La présence de pareilles lésions dans la cavité buccale n'est pas sans déterminer un peu de gêne. Celle-ci peut être très modérée, mais les substances irritantes, les aliments épicés déterminent généralement une sensation de cuisson fort pénible. Enfin les mouvements de la déglutition sont souvent rendus douloureux par la présence des syphilides papulo-ulcéreuses des amygdales. Mais il y a nombre de cas où les malades en sont si peu incommodés qu'ils ignorent absolument l'existence de leurs plaques muqueuses buccales.

D'après Lasègue, la gêne occasionnée par les plaques gutturales subirait une recrudescence pendant la nuit, à ce point que la répétition nocturne des douleurs pourrait fournir un précieux élément de diagnostic, car on ne l'observe aussi positive et à un tel degré dans aucune autre espèce d'angine.

Les plaques muqueuses-buccales guérissent très facilement, mais elles récidivent avec une facilité plus grande encore, si bien que pendant des mois certains syphilitiques en ont toujours plus ou moins dans la bouche.

Le *diagnostic* de ces lésions est presque toujours évident; quand elles sont isolées ou en petit nombre, on peut quelquefois hésiter ou se fourvoyer, songer à un chancre, à une ulcération dentaire, à un herpès, à un aphte. Pour ce qui est du chancre, c'est généralement l'erreur inverse qu'on est plutôt porté à commettre; quand il s'agit

d'un chancre petit, érosif, deux signes toutefois doivent empêcher cette confusion, l'induration et l'adénopathie. Si une plaque muqueuse peut se développer au voisinage d'une dent cariée ou déviée, et si cette dent agit réellement comme cause d'appel propre à faciliter en ce point le développement de la syphilide, celle-ci conserve ses caractères de papule érosive, et cet aspect suffit à la différencier de la glossite dentaire, ulcération reposant sur une base inflammatoire, lentement développée. Pour ce qui est des herpès et des aphtes, leur aspect est bien différent. Les vésicules d'herpès laissent de petites ulcérations à bords dentelés, ne reposant pas sur une papule, elles se couvrent sur la gorge d'exsudats blanchâtres.

Les aphtes ont un fond jaunâtre, jaune serin, tout spécial. Bref, il faut beaucoup d'inattention, ou des cas bien extraordinaires, pour ne pas reconnaître les syphilides de la bouche, quand elles sont visibles. Mais, par contre, il est des circonstances où les plaques, logées dans l'excavation amygdalienne, ou à la base de la langue, peuvent échapper à un examen même soigneux de la cavité buccale.

Le *pronostic* de ces syphilides n'est pas grave en lui-même, mais les sujets ainsi porteurs de lésions buccales sont très dangereux, en ce sens qu'ils contribuent à la diffusion de la maladie, d'autant plus dangereux qu'on ignore autour d'eux et que souvent ils ignorent eux-mêmes qu'ils peuvent communiquer la vérole.

Le *traitement* général est indispensable, mais il est insuffisant pour faire disparaître les plaques muqueuses. Celles-ci nécessitent un traitement local, fort simple d'ailleurs, puisqu'il doit consister simplement en quelques attouchements avec des caustiques. On se sert souvent de teinture d'iode, de nitrate d'argent, mais le meilleur médicament qu'on puisse employer en pareil cas est le nitrate acide de mercure. Surtout quand les plaques sont confluentes, hypertrophiques, il fait merveille et amène en quelques jours la guérison des lésions. Mais c'est un médicament dangereux, qu'il faut manier avec d'extrêmes précautions.

En outre, une sévère hygiène de la bouche est indispensable, lavage après chaque repas, entretien soigneux des dents. Il faut surtout recommander aux malades de ne pas fumer. Chez la plupart des syphilitiques, le tabac fait éclore les plaques muqueuses avec la plus déplorable facilité.

Syphilis tertiaire.

Il n'y a pas de région de l'économie qui soit plus communément frappée que la cavité bucco-pharyngienne, par les manifestations tardives de la vérole.

Nous étudierons successivement les lésions tertiaires des lèvres, de la langue, du palais et du pharynx.

Labialites tertiaires (1). — On peut sous ce nom décrire avec Tuffier les lésions labiales de la syphilis tertiaire. — Ces manifestations tardives de la vérole ont fait l'objet des travaux de Bouisson, de Goutard, de Meunier, de Bidon, de Tuffier, de Tournier, et surtout de nos maîtres de Saint-Louis, qui, dans le musée de cet hôpital, ont déposé toute une série de magnifiques moulages, figurant les différents aspects de la maladie.

Ces labialites tertiaires ne sont pas fréquentes; on les observe d'une façon tardive et surtout dans les syphilis non traitées. Elles paraissent plus fréquentes chez l'homme. On peut noter parfois des causes déterminantes, l'usage du tabac, toujours incriminé quand il s'agit d'affections de la cavité bucco-pharyngienne, le traumatisme insignifiant ou sérieux, mais, à vrai dire, on ne trouve rien d'absolument démonstratif dans la majorité des cas.

Les accidents imputables à la syphilis tertiaire sont de deux sortes : les uns sont des gommés, semblables à toutes les gommés, les autres des syphilomes diffus dont la physionomie est toute différente.

Les *gommés* siègent surtout à la lèvre supérieure. Il est fréquent de les voir coïncider avec des lésions analogues des fosses nasales, mais parfois aussi elles se développent isolément, sans qu'il y ait d'ailleurs d'autres manifestations de la syphilis. A la lèvre, elles sont uniques, doubles, multiples, et peuvent occuper un point quelconque de cet organe. Cependant elles ont une prédilection pour les couches superficielles, et c'est du côté de la peau que se fait leur évolution. Elles se développent aussi à une certaine distance du bord libre de la commissure. Infiltration, ramollissement, élimination, telle est, ici comme ailleurs, la destinée de ces productions gommeuses. Au début existe dans l'épaisseur de la lèvre une masse dense, plus ou moins bien limitée, faisant saillie du côté des téguments, qui prennent une teinte rougeâtre et adhèrent à la tumeur sous-jacente. La lèvre est déformée plus ou moins selon le volume et la situation du néoplasme. La masse morbide grossit, change de couleur, se ramollit, devient fluctuante, sans qu'aucune douleur notable accompagne ce processus. Une gêne notable dans l'articulation de certains sons et une petite difficulté pour la préhension des aliments, c'est tout ce qu'on observe, et encore y a-t-il des cas où le malade n'en est nullement incommodé. L'ouverture spontanée survient et il en résulte un ulcère qui présente l'aspect habituel des ulcérations gommeuses. Abandonnée à elle-même, la lésion tertiaire s'agrandit rapidement; la lèvre, organe mince, se laisse perforer, et de grands dégâts résulteraient certainement de cette maladie laissée à son libre cours, mais le trai-

(1) MEUNIER, thèse de Paris, 1882. — BIDON, thèse de Paris, 1886. — TUFFIER, *Revue de chir.*, 1886. — TOURNIER, thèse de Paris, 1888. — NIVET, Gommés labiales simulant des chancres indurés (*Ann. de dermat. et de syphil.*, Paris, 1886). — PÉAN, *Clinique*, 1876.

tement amène la guérison rapide, en laissant toutefois un amincissement considérable de la lèvre.

Les gommés des lèvres peuvent être confondues à leur période de crudité avec les tumeurs proprement dites des lèvres, mais leur évolution bien plus rapide, leur situation dans l'épaisseur de la couche musculaire des lèvres, qui est un siège très exceptionnel des tumeurs labiales, le changement de coloration des téguments, les antécédents, la constatation par ailleurs d'autres accidents feront toujours soupçonner tout au moins la syphilis. En cas de doute, un traitement d'épreuve jugera la question.

L'absence de douleurs et leur marche plus lente empêcheront de les confondre avec les affections aiguës qui peuvent occuper la lèvre.

Ulcérée, la gomme peut simuler le chancre, mais l'absence d'induration et de ganglions sont de bons signes différentiels, avec un épithélioma, mais cette dernière affection présente habituellement des caractères tout opposés, dans son aspect, sa forme. Les ulcérations du farcin ressemblent grossièrement à celles de la syphilis, mais elles sont bien rares et ont leur principal foyer au niveau du nez; en outre, elles ont aussi une physionomie spéciale.

Le *syphilome labial*, infiltration gommeuse diffuse de toutes les parties constituantes de la lèvre, est une affection rare, qui peut exister isolément, ou se rencontrer en même temps que d'autres lésions tertiaires de la langue, du pharynx ou de tout autre organe. — Dans un cas, que j'ai observé à Broussais, le malade, vieux cocher et vieux syphilitique, avait en même temps des lésions tout à fait identiques du prépuce, un véritable syphilome préputial, et des lésions tertiaires des deux testicules et des deux épидидymes. Il portait en outre un grand nombre de cicatrices spécifiques. Sa syphilis datait de dix-huit ans.

Les deux lèvres peuvent être envahies simultanément, mais ce fait est très rare; presque toujours les lésions sont limitées à l'une des lèvres. La lèvre supérieure n'est que rarement atteinte; nous avons vu, par contre, que les gommés y étaient bien plus fréquentes. C'est la lèvre inférieure, presque toujours, qui est le siège du syphilome tertiaire. Mais les lésions s'étendent souvent aux parties adjacentes des joues.

Habituellement la lèvre est prise dans sa totalité. Mais parfois cette hypertrophie, bien que portant sur la totalité de la lèvre, est asymétrique, prédomine sur une des moitiés de l'organe.

Le début du syphilome peut être relativement rapide et la maladie s'installe en quelques jours, mais le plus souvent elle se développe graduellement et avec lenteur. Cette évolution rapide ou lente s'effectue d'ailleurs sans déterminer de douleurs, la gêne fonctionnelle est elle-même médiocre, et la déformation hideuse et croissante est la principale préoccupation des malades. La lèvre est en effet consi-

dérablement augmentée de volume, triplée, quadruplée, décuplée dans son épaisseur. Elle s'éverse au dehors, mettant à l'air la muqueuse qui tapisse sa face profonde. La coloration de la lèvre du côté cutané et au niveau du bord libre est rougeâtre d'un rouge foncé ou pâle, parfois même grisâtre. Cette teinte est d'ailleurs susceptible de varier avec la date de la maladie. Du côté muqueux, le rouge est habituellement plus foncé et plus sombre. La consistance est ferme, mais pas dure, au début du moins; la lèvre ne conserve pas l'empreinte du doigt, ne diminue pas de volume sous la pression. Elle donne une sensation de résistance élastique. On peut d'ailleurs pratiquer à son aise cette palpation qui est complètement indolore. Au début la surface de la lèvre malade est lisse et brillante, mais bientôt elle se crevasse et se fendille, et ces ulcérations linéaires peuvent devenir la source d'assez vives douleurs.

Il est rare de rencontrer des ganglions engorgés. Pourtant, chez le vieux cocher dont j'ai recueilli l'histoire à Broussais, il existait une adénopathie sous-maxillaire. Des deux côtés il existait des ganglions augmentés de volume et roulant sous le doigt. Sous l'influence d'une surinfection dont le point de départ était indubitablement une des fissures labiales, l'un d'eux, situé du côté gauche, suppura. Le malade ne voulut point consentir à une incision; l'abcès s'ouvrit spontanément et se cicatrisa.

Quelle est l'évolution de ce syphilome? Pris au début et soigné comme il convient, il peut guérir; l'infiltration gommeuse se dissipe et la lèvre reprend son volume normal. C'est ce qui arriva au malade dont je viens de parler, qui guérit presque complètement. Mais, au bout d'un certain temps on ne peut espérer le même bénéfice. C'est ce dont j'ai pu me convaincre à propos d'un autre malade que j'ai soigné à l'hôpital Necker. Malgré un traitement assidu et persévérant par l'iode, ses lésions furent peu modifiées. Ces faits sont d'ailleurs bien connus et parfaitement d'accord avec ce que nous savons des syphilomes en général. C'est qu'en effet l'infiltration du syphilome conduit à un processus de sclérose, contre lequel nous sommes désarmés quand il est constitué. On voit en pareil cas la lèvre perdre son aspect régulier, sa surface lisse, et sa couleur rouge; elle devient bosselée, présente des dépressions et des plis creusés par les rétractions du tissu scléreux. En même temps la couleur change et devient plus pâle.

Le syphilome diffus labial et la gomme labiale présentent donc un aspect complètement différent. Ils sont toutefois susceptibles de s'associer. De cette union résulte une forme mixte ou plus exactement complexe, la forme scléro-gommeuse.

Le *syphilome diffus des lèvres* a été longtemps confondu dans le groupe des macrochilies.

Mais aujourd'hui on ne saurait le confondre ni avec les lymphan-

giomes qui sont congénitaux, ni surtout avec les tumeurs malignes dont l'aspect et l'évolution sont si différents. Certaines lésions lupiques sont susceptibles d'amener l'augmentation de volume des lèvres et en particulier de la lèvre supérieure. Mais cette hypertrophie, toujours médiocre comparativement à celle du syphilome tertiaire, s'accompagne de lésions caractéristiques du côté du nez et de la face. En définitive, donc, le syphilome diffus labial a une physionomie très spéciale qui ne permet guère de le méconnaître, et la liste des erreurs de diagnostic qu'on a pu commettre à ce sujet contient surtout d'anciennes observations, datant de la période où son histoire était encore très obscure.

Glossites tertiaires. — Je ne saurais mieux faire que de suivre pas à pas la description que donne M. Alfred Fournier des manifestations linguales de la syphilis tertiaire.

Les lésions tertiaires sont des hyperplasies qui aboutissent à deux processus distincts, suivant que les tissus pathologiques subissent la transformation fibreuse ou scléreuse, ou la transformation gommeuse qui conduit à leur mortification. Dans la langue, en particulier, il y a des scléroses ou cirrhoses et des gommages, et bien que ces deux ordres de lésions puissent s'associer, il n'en est pas moins vrai qu'il existe deux grands types de glossites tertiaires, les *glossites scléreuses* et les *glossites gommeuses* dont la physionomie clinique est complètement distincte.

Les GLOSSITES SCLÉREUSES sont superficielles ou profondes selon qu'elles frappent exclusivement la muqueuse ou qu'elles s'étendent au corps charnu de la langue.

Les *glossites corticales* revêtent elles-mêmes deux modes; elles peuvent être étendues en nappe, ou limitées, et se présenter sous forme de plaques circonscrites (fig. 6). Dans ce dernier cas, qui est le plus rare, on constate sur la langue, toujours à la face dorsale et généralement sur le tiers antérieur de cette face, que la muqueuse a par endroits complètement changé d'aspect.

Il existe, en effet, une, deux, trois plaques d'un rouge foncé, sombre et qui semblent lisses, comme si les papilles avaient été rasées.

L'exploration avec le doigt fait constater qu'il existe à ce niveau une résistance anormale, et cette induration rappelle la sensation que donnerait un disque de carton ou de parchemin enchâssé dans le derme. Dans l'autre variété, les lésions sont étendues et diffuses, mais présentent des caractères identiques, même rougeur, même aspect vernissé, même résistance parcheminée, même localisation à la face dorsale et à la partie antérieure de la langue. On pourrait croire au premier abord que la surface de la langue est érodée et à vif. Il n'en est rien, l'expérience du nitrate d'argent montre qu'il ne se forme pas de pellicule blanchâtre comme à la surface d'une ulcération.

Dans le cas de sclérose profonde (fig. 7) dermo-parenchymateuse, les lésions présentent une étendue très variable, pouvant se borner à un petit territoire localisé de l'organe, ou occuper une de ses moitiés, ou enfin, et c'est ce qui arrive le plus souvent, envahir tout le tiers ou toute la moitié antérieure de la langue. Outre les lésions de la muqueuse dont l'aspect est identique, on constate dans la profondeur de la langue un noyau dur, ou une induration diffuse se continuant superficiellement avec celle de la muqueuse, se perdant profondément dans l'épaisseur du corps charnu lingual.

La langue est augmentée de volume, mais cette augmentation est

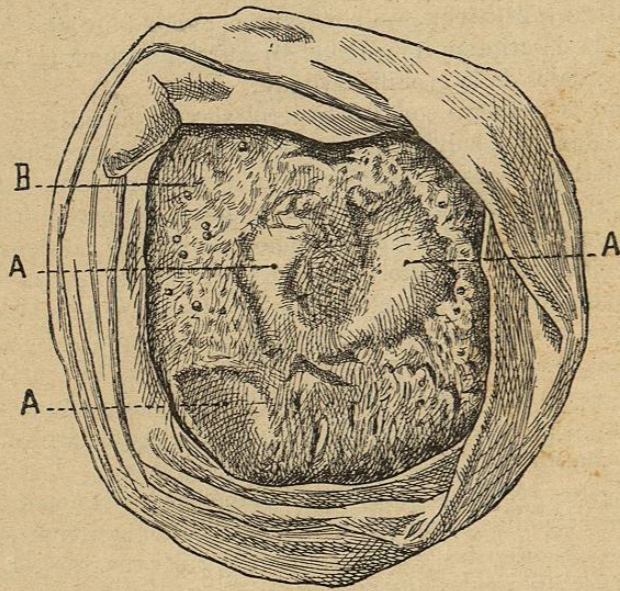


Fig. 6. — Glossite scléreuse superficielle. — A, rougeur morbide de la muqueuse et rougeur foncée d'un ton cerise. — B, partie saine de la langue ayant conservé son revêtement papillaire (1).

généralement médiocre et c'est surtout l'épaisseur de la langue qui est modifiée. Dans cette forme de sclérose profonde, véritable cirrhose du parenchyme lingual, on voit survenir au bout de peu de temps un aspect très spécial de la langue, aspect qui est caractéristique et pathognomonique.

La face dorsale de la langue est en effet profondément modifiée par l'évolution du processus cirrhotique; il s'y creuse des sillons séparés par des mamelons, et cette langue mamelonnée, ficelée, ne se voit que dans la syphilis tertiaire.

(1) Musée de l'hôpital Saint-Louis. Iconographie des maladies cutanées et syphilitiques, 9^e fascicule.

Ces sillons sont d'une profondeur variable, de 1 à 8 ou 10 millimètres. L'un deux, antéro-postérieur, occupe la ligne médiane; dans la majorité des cas, il peut s'étendre d'un bout à l'autre de la langue ou n'en occuper qu'une partie, ou bien être interrompu. De ce sillon principal s'en détachent d'autres qui se portent obliquement vers les bords de la langue, comme les nervures d'une feuille se détachent de la nervure centrale. Ces sillons sont rarement parallèles, habituellement ils sont très irréguliers, émettent eux-mêmes des sillons de troi-

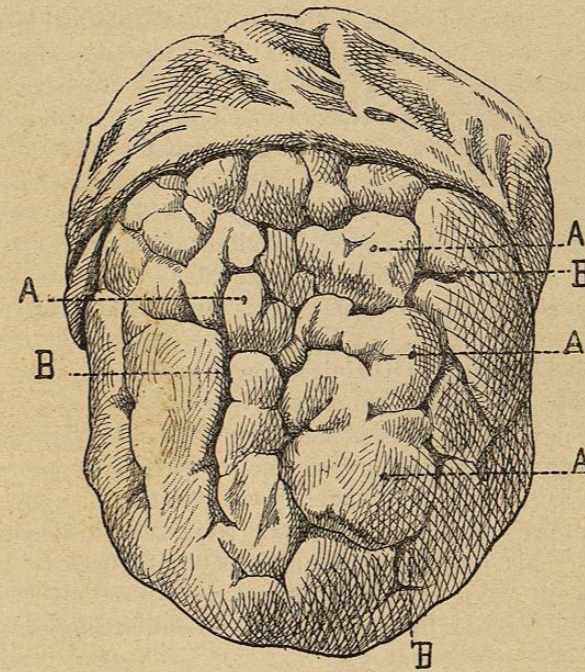


Fig. 7. — Glossite scléreuse profonde. — A, mamelons. — B, sillons (1).

sième ordre qui parfois se réunissent entre eux de façon à former réseau. Il en résulte qu'entre ces sillons se trouvent des parties de la langue surélevées en forme de mamelons. On compare cette langue suivant les cas à de la peau de crapaud, ou de crocodile, ou aux planches d'un parquet séparées par des sillons; l'aspect parqueté est très caractéristique de la syphilis tertiaire, il se voit plutôt quand la glossite est simplement corticale.

La muqueuse elle-même, que la glossite soit corticale ou profonde, ne conserve pas l'aspect qu'elle avait au début de la maladie; la teinte rouge s'altère à cause de l'évolution même du tissu scléreux,

(1) Musée de l'hôpital Saint-Louis. Iconographie des maladies cutanées et syphilitiques, 9^e fascicule.