

les lésions s'étendre et s'aggraver, et presque toujours il est surpris par les accidents très sérieux qui sont la conséquence de l'ouverture des foyers gommeux.

Voici en effet comment les choses se passent malheureusement trop souvent. Un syphilitique, qui ne pense plus à sa syphilis, déjà ancienne et ne donnant plus lieu depuis longtemps à aucune manifestation, qui parfois même ignore qu'il est syphilitique, éprouve dans la gorge une sensation de gêne, de malaise, mais presque jamais de douleurs véritables. Au bout de quelques jours surviennent des accidents d'une haute gravité et qui déconcertent par leur surprenante brusquerie. Ainsi des malades qui la veille encore parlaient d'une façon presque normale, et avaient dîné comme à l'ordinaire, se réveillent un matin ne pouvant plus émettre que des sons inintelligibles, et rejetant par le nez les aliments liquides et solides. En regardant la gorge on voit que le voile du palais est perforé ou détruit. Or, comme le dit Fournier, cette allure insidieuse, cette absence de douleurs qui permet aux lésions d'arriver à leur période ultime sans que le malade en soit averti, et cette brusque révélation alors qu'il est trop tard pour empêcher un malheur, constituent pour ainsi dire la règle habituelle. Nombreux, très nombreux sont les malades qui, venant nous consulter, nous offrent des gommeux arrivées au terme de leur évolution et des voiles échançrés, fendus, perforés ou détruits. Au contraire, on a rarement la bonne fortune de les observer au début, alors que la médication, toute-puissante à ce moment, les mettrait à l'abri de tout péril. Dans ces cas, malheureusement exceptionnels, le voile est le siège d'une tuméfaction rougeâtre, parfois circonscrite, mais généralement étendue et mal limitée, occupant la partie moyenne ou ses parties latérales.

Dans ce dernier cas l'aspect de la gorge rappelle celui qu'on observe dans l'amygdalite phlegmoneuse (Fournier). Là se borne la ressemblance, car au toucher la tuméfaction de la gomme est indolente; de même la facilité de la déglutition contraste avec les douleurs qu'éprouve le malade en avalant, dans le cas d'amygdalite. Le voile est en outre pendant et comme *inerte*. La consistance de la tumeur change rapidement de forme, elle devient molle, puis fluctuante et s'ouvre à la fin. Cette ouverture se fait tout d'abord par un étroit pertuis. Fournier fait remarquer que cette ouverture se fait toujours du côté de la face antérieure du voile, et que pendant plusieurs jours il peut persister une petite caverne gommeuse, véritable *géode* creusée dans l'épaisseur du voile. Très rapidement le pertuis se transforme en orifice plus large, si bien que l'ulcération atteint bientôt les limites de la gomme elle-même.

Jusqu'à là le mal est réparable, mais, et cette marche est presque fatale si la maladie est abandonnée à elle-même, le plafond de la caverne gommeuse se détruit à son tour et la perforation est constituée.

C'est alors que se manifestent les phénomènes révélateurs qui viennent surprendre et consterner le malade.

Dans les jours qui suivent, les lésions gagnent avec une effrayante rapidité et il suffit de peu de jours pour que le voile devienne le siège de délabrements irréparables. C'est que, comme le dit encore Fournier, cette extension de l'ulcération est déjà préparée. Ce n'est pas un voile sain qui s'ulcère, mais un voile déjà infiltré de produits gommeux et pour ainsi dire perdu d'avance.

La gomme peut être marginale et en s'ulcérant creuser simplement une échancrure dans le bord du voile, ou bien détacher la luette, ou encore siégeant au centre de cette membrane y créer une perforation circulaire ou elliptique.

La mortification des tissus peut laisser le voile divisé en deux portions latérales; c'est la division dite en rideaux. Des perforations multiples et juxtaposées peuvent transformer l'organe en une écumoire. Enfin il peut être complètement détruit.

Au niveau du pharynx proprement dit, les gommeux, d'ailleurs plus rares, n'ont pas la même gravité, et généralement elles sont reconnues assez tôt pour ne causer aucun désastre. Tant qu'elles ne se sont pas ulcérées, elles ne révèlent leur présence que par des signes assez obscurs, et même quand elles sont ouvertes elles ne déterminent pas de troubles fonctionnels bien nombreux ni bien importants. Mais la gêne persistante de la déglutition finit par attirer l'attention de ce côté, et l'on trouve alors à l'examen de la gorge des lésions qui offrent presque toujours un aspect assez caractéristique; elles ont en effet la physionomie ordinaire des gommeux, elles sont arrondies, elles ont un fond bourbillonneux et des bords nettement découpés. Dans le fond du pharynx l'aspect de la lésion est parfois masqué par des mucosités; dans d'autres circonstances, elle est cachée par le voile du palais qu'il faut relever pour l'apercevoir. Enfin il est des cas où elle est complètement inaccessible à la vue, quand elle siège dans le pharynx inférieur. C'est ce qui arriva chez un malade de Fournier, lequel malade est un exemple très instructif des difficultés que peut présenter alors le diagnostic. Cet homme était en proie à de la dyspnée et de la dysphagie. On ne voyait rien dans la bouche ni le pharynx, mais à bout de doigt on percevait dans la partie inférieure de cette dernière cavité une tumeur arrondie du volume d'une noix, et d'une consistance ferme. Le malade, syphilitique de longue date, devina pour ainsi dire la cause de son mal et fit venir Fournier. L'iodure le guérit en quelques jours.

On aurait vu des gommeux pharyngiennes causer de grands dégâts, ouvrir des vaisseaux importants, térébrer la colonne vertébrale et atteindre le canal médullaire, ouvrir le crâne après avoir détruit l'apophyse basilaire. Tout cela est vraiment bien rare, et là n'est pas le réel danger de la syphilis tertiaire de la gorge.

L'intérêt se circonscrit pour ainsi dire autour des lésions du voile. Or voici ce qui se produit, quand il y a eu des pertes de substance notables de la moitié postérieure du voile, des piliers et des parties avoisinantes du pharynx. Ce qui reste du voile du palais a tendance à se relever, à devenir horizontal et à se souder avec la paroi pharyngienne.

Il en résulte un rétrécissement de l'orifice qui fait communiquer le pharynx nasal avec le pharynx buccal.

Cet orifice prend une forme subordonnée à l'étendue et au siège des pertes de substance, mais c'est presque toujours une boutonnière antéro-postérieure médiane ou excentrique, plus ou moins irrégulière et plus ou moins étroite. Dans les cas graves, il peut ne persister qu'un petit pertuis.

Dans d'autres cas, c'est un rétrécissement de l'isthme du gosier; enfin plus rarement on observe des rétrécissements de la partie inférieure du pharynx (1).

Quand la perte de substance siègeait en plein voile sans atteindre les bords, il persiste simplement un trou plus ou moins large. La déglutition, nous l'avons vu, est singulièrement contrariée au moment où survient la perforation, et il y a reflux des liquides et des aliments solides par les fosses nasales. Ces inconvénients ne persistent pas indéfiniment. Le malade s'habitue, il apprend à se servir de son pharynx imparfait, et au bout de quelques semaines il arrive presque toujours à déglutir d'une façon satisfaisante, comme d'ailleurs les sujets qui ont le palais fendu congénitalement.

Mais comme chez eux, l'articulation des sons reste très défectueuse; sans doute elle est susceptible de s'améliorer un peu, mais la prononciation, toujours très altérée, reste souvent presque incompréhensible. D'ailleurs, cette difficulté de prononcer les mots n'est pas absolument proportionnelle à l'étendue de la destruction. Une perforation petite peut donner lieu à des troubles plus graves de la parole qu'une perte de substance plus considérable.

Le siège de cette perte de substance a encore une certaine importance (2). Une échancrure du voile ou la perte de la luette influence peu la voix; une perforation antérieure et centrale la compromet singulièrement.

Dans les cas graves dont nous avons parlé plus haut, où à la suite de pertes de substance de la partie postérieure du voile surviennent la soudure de ce voile à la paroi pharyngienne et l'atrésie de l'orifice naso-pharyngien, cet orifice devenant quelquefois très étroit, il en résulte une gêne notable de la respiration nasale. Le malade respire par la bouche, ce qui expose aux inflammations des amygdales, du pharynx et du larynx.

Le TRAITEMENT de toutes les manifestations tertiaires que nous

(1) MESNY, thèse de doctorat, Bordeaux, 1896.

(2) VIARD, thèse de Paris, 1887.

venons de passer en revue est identique. L'iodure de potassium en constitue la base et doit être administré aussitôt que possible. Mais ce médicament doit être associé aux préparations mercurielles.

Il faut donner l'iodure à doses rapidement croissantes jusqu'à 5, 6, 8 grammes.

Toutes les gommages des lèvres, de la langue ou de la gorge, sont rapidement modifiées par cet agent thérapeutique merveilleux. Le processus de destruction s'arrête; les ulcérations se détergent, leur fond bourgeonne, leurs bords se rapprochent et la plaie ne tarde pas à se cicatriser. A peine est-il besoin d'appliquer sur la surface ulcérée quelque substance antiseptique, sous forme de poudre, de pommade ou de solution. En particulier dans les gommages du voile et de l'isthme du gosier, le traitement par l'iodure doit être appliqué sans hésitation et sans retard. C'est en pareil cas une médication d'urgence, qui mise en œuvre au bon moment peut éviter une catastrophe, et borne le processus destructeur, quand il y a déjà perte de substance.

Il n'en va pas de même malheureusement pour les syphilomes des lèvres et les glossites scléreuses. Au début, sans doute, l'iodure et le mercure ont un effet curateur et peuvent entraver l'évolution du mal, et même le faire rétrocéder. Mais au bout d'un certain temps toute médication interne est impuissante à amener autre chose que des améliorations temporaires.

Les lésions tertiaires de la langue ne sauraient donner lieu à des considérations d'ordre opératoire, mais celles des lèvres, du palais et de la gorge nécessitent parfois l'intervention du chirurgien. Les pertes de substance des lèvres nécessitent des opérations réparatrices souvent fort délicates (Voy. *Cheiloplastie*). Les nécroses de la voûte palatine conduisent quelquefois à pratiquer de petites opérations constituant en ablations de séquestres. Les perforations, qu'elles siègent sur le palais osseux ou sur le voile, nécessitent parfois de délicates restaurations, restaurations d'autant plus difficiles qu'il y a perte de substance.

En principe, toutes les fois que cette perte de substance est un peu étendue, il vaut mieux s'abstenir d'opération et placer un appareil prothétique. A l'aide de ces appareils aujourd'hui très perfectionnés, on peut pallier dans une grande mesure l'infirmité que constitue la perte totale ou partielle du voile du palais. Les obturateurs peuvent plus facilement combler des pertes de substance du palais osseux. Pour ces dernières, toutefois, on peut presque toujours arriver à les fermer. Quand on ne peut mettre en œuvre le procédé habituel par décollement et libération de la fibro-muqueuse palatine de façon à en former deux lambeaux en forme de ponts antéro-postérieurs, qu'on rapproche par des sutures, on peut tailler un lambeau sur la face interne de la joue et le retourner pour l'insérer dans la perte de substance dont les bords auront été préalablement avivés.

Quant aux rétrécissements consécutifs aux lésions tertiaires du pharynx, ils sont d'un traitement très difficile. Aussi, quand ils sont tolérés, que le malade peut respirer et manger, le mieux est de n'y point toucher. Mais dans certains cas on est obligé de tenter quelque chose (Voy. *Rétrécissement du pharynx*).

Syphilis héréditaire bucco-pharyngée.

La syphilis héréditaire donne lieu à des manifestations buccales nombreuses, mais les unes sont précoces et les autres tardives. Les premières se présentent au niveau des lèvres sous forme de petites ulcérations fissuraires siégeant sur le pourtour de l'orifice labial. Dans la cavité bucco-pharyngienne elles revêtent l'aspect de plaques muqueuses, exactement comparables à celles que nous avons décrites chez l'adulte. Quant à la glossite desquamative marginée, dont Parrot avait voulu faire une manifestation de la syphilis héréditaire, il est certain aujourd'hui, bien que nous ne soyons pas encore absolument fixés sur la nature de cette maladie, qu'elle n'a rien à voir avec la syphilis. Il en est de même de l'*ulcération* que portent au voile du palais un certain nombre d'enfants athrepsiques.

Les manifestations tardives de la syphilis héréditaire sont bien plus rarement observées que les formes précoces, ce qui tient simplement à ce qu'un nombre immense des enfants entachés de syphilis succombent peu après la naissance ou dans la première enfance, ce qui les met évidemment à l'abri des manifestations tardives de leur syphilis originelle.

Parmi les survivants, les uns, après avoir présenté la série des accidents précoces, guéris de ces accidents sous l'influence du traitement, ont ultérieurement des lésions tardives. Mais un certain nombre ne présentent pas d'autres accidents que ces manifestations tardives. Leur enfance s'écoule sans qu'ils présentent à aucun moment de lésions syphilitiques, et ce n'est qu'après plusieurs années et quelquefois même dans l'adolescence ou l'âge adulte qu'ils sont atteints. De fait, on a vu survenir de ces accidents jusque vers la trentième année et même plus tard encore. La cavité bucco-pharyngienne, ou plus exactement le voile du palais et l'isthme du gosier, sont un des terrains de prédilection de la syphilis héréditaire tardive.

Les autres parties de la cavité buccale et du pharynx en sont pour ainsi dire indemnes. C'est entre dix et douze ans que se produisent ordinairement ces accidents, qui peuvent être la première révélation de la syphilis héréditaire. Ces lésions sont d'ailleurs exactement semblables à celles qu'on observe chez l'adulte dans la syphilis tertiaire. Ce sont les mêmes gommés, ayant une évolution identique et malheureusement aussi les mêmes désastreuses conséquences.

Cette manifestation est parfois isolée, mais le plus souvent il n'en

est pas ainsi; la syphilis héréditaire marque profondément ceux qu'elle frappe, et les stigmates auxquels on peut la reconnaître sont nombreux et variés. Dans ces cas, donc, on retrouvera habituellement du côté de la cornée, des dents, des fosses nasales, les marques ordinaires de cette terrible hérédité.

L'évolution de la lésion pharyngienne conduit comme chez l'adulte aux perforations du voile, à sa destruction partielle et totale, à la soudure de ses lambeaux avec la paroi pharyngienne, et à la constitution d'un septum cicatriciel oblitérant la communication du nasopharynx avec le pharynx buccal.

Pendant longtemps, on a méconnu ces manifestations de la vérole qu'on attribuait à la scrofule, et qu'on considérait comme des scrofulides graves de l'arrière-gorge. Aucune autre maladie, en effet, que le lupus du pharynx, ne peut être rapprochée des lésions pharyngées de la syphilis héréditaire. Mais cette confusion elle-même a cessé, et la syphilis pharyngée, aujourd'hui mieux connue, est complètement distincte des lupus et scrofulides. On fait même rentrer dans ce cadre la plupart des cas qui, autrefois, étaient rangés dans le second groupe.

C'est que les lésions pharyngées de la syphilis héréditaire sont infiniment plus fréquentes que les lupus de l'arrière-gorge, lesquels constituent des raretés.

Il n'est pas difficile en somme, actuellement, que cette question obscure a été éclairée par les travaux de nos maîtres en syphiligraphie, de dépister la vérole en pareil cas. Quand il y a du lupus dans le pharynx, il est bien rare qu'il n'y en ait pas sur la face et au pourtour des narines.

D'autre part, comme nous l'avons vu plus haut, il est exceptionnel que le syphilitique héréditaire n'ait pas, outre sa lésion pharyngée, d'autres indices de sa tare originelle; mais en outre, et indépendamment encore des antécédents et commémoratifs, les lésions ne sont pas identiques dans les deux cas. Le lupus érode peu à peu les tissus, que la syphilis perfore et découpe comme à l'emporte-pièce. En particulier, les pertes de substance creusées en plein voile n'appartiennent qu'à cette maladie. Les lésions sont en outre discontinues, ce qu'on ne voit pas dans le lupus. En outre, dans ce dernier cas, l'ulcération est loin d'accuser toute l'étendue du mal; à côté du lupus ulcéré, il y a encore des tissus malades non ulcérés. Enfin, son évolution est lente, et rien ne vient jamais rappeler la brusquerie des perforations et destructions qu'on observe dans la syphilis.

Pour plus amples détails, je ne saurais mieux faire que de renvoyer au remarquable livre du professeur Fournier sur la syphilis héréditaire tardive, où les éléments de ce diagnostic sont magistralement tracés.

On arrive donc, et d'après ce que nous venons de dire, on voit

qu'il n'y a point là de difficulté insurmontable, à reconnaître la nature syphilitique des lésions. Mais nous avons dit aussi que ces lésions étaient identiques à celles de la syphilis acquise, telles qu'on les observe chez l'adulte. Comment alors affirmer qu'il y a syphilis héréditaire et non syphilis acquise? Il s'agirait alors de syphilis contractée dans l'enfance. On est souvent obligé de conserver quelques doutes au sujet d'une contamination possible pendant le jeune âge. A cet égard, une enquête du côté des parents suffit parfois à éclairer le médecin. Quand elle reste négative, la constatation des signes bien connus de l'hérédité syphilitique permet le plus souvent de reconnaître qu'il s'agit bien d'une infection datant de la vie intra-utérine. Enfin, dans quelques cas, on ne trouve aucune raison pour repousser péremptoirement l'idée de syphilis acquise.

Peu importe, en somme, car le traitement dans l'une ou l'autre hypothèse doit être institué de la même façon et le plus tôt possible, et sur les mêmes bases que pour la syphilis de l'adulte.

Rétrécissement du pharynx (1). — L'étude des rétrécissements du pharynx doit être une annexe de celle des manifestations syphilitiques de la gorge, et trouve ici sa place naturelle. Si l'on observe de temps à autre des adhérences du voile ou des strictures pharyngées dues à des brûlures, à des lésions traumatiques, à la variole, au lupus, il est certain, aujourd'hui, que la plupart de ces lésions doivent être rapportées à la syphilis héréditaire ou acquise. Les anciennes scrofules malignes, l'angine scrofuleuse, nous paraissent devoir de plus en plus rentrer dans le cadre de la syphilis, principalement dans celui de la syphilis héréditaire, et cette maladie est sans aucun doute le facteur principal des rétrécissements du pharynx.

Ces rétrécissements ne sont pas fréquents, mais comme leur traitement présente des difficultés considérables, les cas en sont généralement publiés et l'on dispose ainsi d'un nombre assez imposant d'observations.

En parcourant ces observations, on voit que la plupart de celles où l'on a cru devoir exclure la syphilis, se rapportent à une période déjà ancienne, où la syphilis héréditaire, moins bien connue dans ses manifestations tardives, était plus difficilement admise. Dans beaucoup de cas où l'on a pu suivre l'évolution des lésions, on se base sur l'échec du traitement syphilitique. Mais souvent ce traitement a été incomplet et n'a consisté que dans l'administration du mercure. Dans d'autres, on note simplement l'absence de chancre et

(1) H.-J. PAUL (de Breslau), trad. par Verneuil (*Arch. de méd.*, Paris, 1865). — VERNEUIL, *Soc. de chir.*, 1876. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *Ann. des mal. de l'oreille et Soc. de chir.*, 1876. — SCHWEBISCH, thèse de Paris, 1880. — LUBLINSKI, *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1883. — PÉAN, Clinique et SAUVINEAU, *Ann. dermat. et syph.*, 1891. — VAUSANT, *Med. News*, 1894. — KUHN, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1892. — COULTOUX, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1893. — ALBERTIN, *Province méd.*, 1893. — MESNY, thèse de Bordeaux, 1893. — VALLAS, *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 1896.

d'autres antécédents syphilitiques. Bref, bien que les lésions scrofuleuses puissent conduire aussi à la constitution de sténoses pharyngées, il est probable que dans la très grande majorité des cas, ces rétrécissements sont l'aboutissant d'accidents tertiaires de la syphilis.

Tous les points du pharynx peuvent être occupés par des brides dont la saillie obstrue plus ou moins la lumière de cette cavité. Mais les lésions ont trois sièges d'élection.

Les rétrécissements occupent surtout l'orifice de communication du pharynx buccal et du pharynx nasal, l'isthme du gosier et la partie inférieure du pharynx buccal. Ces derniers sont transversaux et situés dans un plan à peu près horizontal. Ces rétrécissements sont donc *supérieurs, antérieurs ou inférieurs*. Ils sont d'ailleurs susceptibles de s'associer, et aussi de coïncider avec des lésions plus ou moins étendues de la paroi postérieure du pharynx, de la langue, du larynx, des perforations du voile ou de la voûte, et enfin avec d'autres lésions syphilitiques de tout autre point de l'économie.

Ce sont des accidents qui se développent fort tard dans la syphilis, et c'est généralement plusieurs années après le début de la maladie qu'ils font leur apparition.

Dans la plupart des cas, ils sont précédés de lésions ulcéreuses et gommeuses du voile du palais et des piliers, de la paroi pharyngée, qui entraînent des délabrements plus ou moins étendus, des déchirures, des pertes de substances plus ou moins considérables. Mais dans certaines circonstances ils paraissent se constituer indépendamment des lésions ulcéreuses.

Ce sont surtout les syphilis malignes, et celles qui n'ont pas été soignées, ou l'ont été d'une façon insuffisante et incorrecte, qui donnent lieu à ces graves complications.

Les rétrécissements supérieurs sont de beaucoup les plus communs et cette fréquence plus grande ne saurait surprendre, étant donnée la prédilection des lésions gommeuses pour cette région du pharynx.

La *pathogénie* de ces lésions présente encore certaines obscurités. Paul (de Breslau) établissait dans son Mémoire, classique chez nous depuis la traduction qu'en a faite Verneuil, que les adhérences du voile à la paroi pharyngienne ne pouvaient se produire tant que le voile restait tendu transversalement. Les déplacements qu'imprimaient alors au voile les mouvements de la respiration devaient empêcher cette soudure. Au contraire, une fois déchiré, le voile, dont les moitiés étaient repoussées latéralement à chaque expiration, entrait en contact plus intime avec la paroi pharyngienne, et malgré la brièveté de chacun de ces contacts, un travail d'adhérences s'établissait qui conduisait bien vite à la fusion très intime des deux organes. Sans doute, il y a là une part de vérité, et la perte de substance du voile, en diminuant sa tension, ne peut que favoriser la production des adh-