

son niveau un aspect verruqueux; une ulcération superficielle peut coexister. Le début est insidieux; quand l'abcès est gros comme une noisette ou une noix, il gêne la parole et la mastication; après avoir été ferme, il se ramollit et s'ouvre, donnant issue à un pus fluide et laiteux; l'orifice en devient fistuleux ou prend l'aspect d'un ulcère cratériforme rebelle. Plusieurs abcès peuvent se succéder.

Les *abcès froids rétro-pharyngiens* (ganglionnaires ou vertébraux) ne s'ouvrent jamais dans le pharynx.

**Diagnostic.** — L'abcès froid de la langue peut simuler un kyste hydatique ou une gomme. Dans le premier cas, une ponction exploratrice lève les doutes; dans le second, il faut rechercher ailleurs des lésions tuberculeuses ou spécifiques, et, au besoin, tenter l'épreuve du traitement antisyphilitique; mais, avant ulcération, la distinction est toujours difficile.

#### X. — SYPHILIS BUCCO-PHARYNGÉE

La cavité bucco-pharyngée est souvent le siège d'accidents spécifiques, soit primitifs, soit encore plus, secondaires ou tertiaires (syphilis acquise ou héréditaire). Les accidents secondaires bucco-pharyngés sont une source très fréquente de contamination.

**Chancre.** — Les chancres de la bouche forment plus de la moitié des chancres extra-génitaux. Les lèvres en sont le siège le plus commun, puis vient la langue, l'amygdale et plus rarement les gencives, le palais, le voile, etc.

Habituellement unique, rarement double, le chancre résulte d'une *contagion* soit *directe*, vénérienne ou non (succion d'un mamelon contaminé), soit *indirecte*, due au contact d'un objet contaminé (cuillère, verre, pipe, trompette, biberon).

Le *chancre buccal* consiste en une *érosion* ronde ou ovale, large comme une pièce de 20 ou de 50 centimes, sans bords, rouge, lisse et brillante, ou couverte d'une fausse membrane diphtéroïde. Elle repose sur une base indurée, parcheminée, nummulaire ou nodulaire. Enflammé, le chancre devient sensible et s'entoure d'une zone œdémateuse. Le *bubon chancreux*, constant après cinq à sept jours, offre un siège en rapport avec celui du chancre : sous-mentonnier (chancre de la lèvre inférieure et de la pointe de la langue), sous-maxillaire (chancre de la commissure, de la lèvre supérieure, de la langue), sous-maxillaire et rétro-maxillaire (chancre des gencives, du palais, de l'isthme du gosier); très durs, souvent multiples, les ganglions sont peu mobiles.

Le chancre se répare spontanément en quatre à huit semaines, sans laisser de cicatrice, mais peut se transformer sur place en plaque muqueuse.

Le *chancre de la lèvre* présente une face cutanée couverte d'une croûte et une face muqueuse plane érosive. Au milieu de la lèvre inférieure, à la commissure, le chancre revêt souvent la forme fissuraire.

Le *chancre lingual* occupe le tiers antérieur de la langue, exceptionnellement la base, rond ou ovale sur la face dorsale, en forme de crevasse, sur les bords. Souvent rouge, érosif au début, il devient vite diphtéroïde et repose sur une induration nummulaire ou globuleuse. Il n'est sensible qu'aux aliments et boissons irritantes, mais est sujet à s'enflammer et à s'ulcérer, devenant alors plus dur, plus large et plus profond.

Rare, peu induré, le *chancre des gencives*, du *palais*, du *voile* est habituellement diphtéroïde.

Le *chancre de l'amygdale*, d'aspect variable, est souvent difficile à reconnaître. L'amygdale peut ne sembler qu'hypertrophiée, revêtue d'un exsudat grisâtre épais, masquant l'ulcération. Ailleurs, se voit une ulcération anfractueuse, jaunâtre, à bords taillés à pic. Plus rarement, c'est une érosion plane, ovale, brillante, comme vernissée, d'un rouge vif; exceptionnellement, c'est une plaque de sphacèle, bien limitée, dont l'élimination laisse une plaie simple, bourgeonnante. Ces divers aspects peuvent se succéder sur une même lésion. L'*induration* sous-jacente, appréciable au toucher ou au palper, est constante, ainsi que l'*adénopathie*, profonde, derrière l'angle du maxillaire, représentée par un gros ganglion très dur entouré d'autres plus petits. Les signes fonctionnels sont ceux d'une angine apyrétique, peu douloureuse eu égard à l'importance de la lésion locale.

Le *chancre du pharynx* (inoculation par cathétérisme de la trompe) est très rare.

**Diagnostic.** — Le *chancre fissuraire* simule les *gerçures* simples, les *brûlures* des fumeurs, l'*herpès* (cautérisé surtout), lésions qui méritent attention pour peu que leur durée se prolonge.

Le *gros chancre végétant* ressemble assez au cancroïde; mais celui-ci, plus irrégulier, vilieux, douloureux, saignant, croît bien plus lentement et ne retentit que tard sur les ganglions.

A la langue, l'*ulcération dentaire* peut absolument simuler le chancre; sa situation vis-à-vis d'un chicot la fera surtout reconnaître.

Le *chancre amygdalien* est aisément confondu avec l'*amygdalite phlegmoneuse*, l'*angine diphtérique* ou *gangréneuse*, l'*épithéliome*, l'*ulcération tuberculeuse* ou *gommeuse*. Les angines sont bilatérales, fébriles; l'exsudat diphtérique est fibrineux, non pultacé.

L'*épithéliome*, plus douloureux, plus lent à croître, saigne facilement, et ne donne que bien plus tard des ganglions, plus petits et plus sensibles. L'ulcération tuberculeuse, rare à l'amygdale, est molle et très douloureuse, sans adénopathie. La gomme ulcérée n'est ni indurée, ni accompagnée d'adénite.

**Accidents secondaires.** — L'*hypertrophie des amygdales* est fréquente à la phase secondaire, mais la *plaque muqueuse* est la lésion principale. Elle répond aux deux ou trois premières années de la vérole, mais peut être assez tenace pour reparaitre jusqu'à la 5<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup> ou 10<sup>e</sup> année, très favorisée par le tabac, l'alcool, la malpropreté de la bouche et des dents. Ses sièges de prédilection sont : les amygdales, la langue et les lèvres. Comme sur les

autres muqueuses, on distingue dans la bouche, les types *érosif*, *papulo-érosif*, *papulo-hypertrophique* et *ulcéreux*. L'érosion est la forme la plus commune (19/20); tout à fait superficielle, ronde ou allongée, celle-ci, de la largeur d'une lentille ou d'une pièce de 20 centimes, est humide, lisse ou grenue. La surface, rosée, rouge, plus souvent opaline ou porcelainée, est saillante dans le type papuleux et déprimée dans le type ulcéreux. Les plaques se placent fréquemment *en bordure* sur le voile, la luvette, les piliers, elles sont souvent confluentes sur les amygdales; en même temps, la rougeur peut gagner tout l'isthme du gosier (*angine syphilitique secondaire*).

Sur la langue, des *syphilides sèches* se traduisent par des taches roses et lisses (papilles fauchées).

Les plaques muqueuses discrètes ne sont douloureuses qu'au contact de substances irritantes ou quand elles s'enflamment (glossite, angine, adénite).

**Diagnostic.** — On se gardera de confondre les plaques muqueuses avec les plaies banales (piqûres, brûlures, morsures, ulcères de la coqueluche), les érosions, les fissures des lèvres, les aphtes (ulcérations rudes, très douloureuses, à fond jaune, à liseré rouge), avec la glossite exfoliatrice marginée (formant sur la langue, des enfants seulement, des aires bordées d'un liseré blanc qui progresse d'un jour à l'autre), et surtout, avec l'herpès récidivant de la langue donnant lieu à des érosions très superficielles, à contour polycyclique; avec la leucoplasie buccale formant non des érosions, mais un vernis épithélial blanchâtre; avec les stomatites : stomatite impétigineuse, souvent associée à l'impétigo de la face et formant des plaques diphtéroïdes blanches, déprimées; stomatite mercurielle débutant par des érosions autour du collet des dents, mais avec gonflement et endolorissement des gencives, fétidité de l'haleine et salivation. L'hydroa, l'érythème polymorphe bulleux peuvent, dans la bouche, revêtir l'aspect absolu de plaques muqueuses. Seule, la coexistence de lésions cutanées fait éviter la confusion.

Les plaques muqueuses peuvent aussi, par infection secondaire (streptocoques, staphylocoques, coli-bacilles) devenir diphtéroïdes (Bourges), s'accompagner de rougeur, d'adénite, de fièvre, d'abattement, au point de simuler l'angine diphtérique; ici encore la recherche de lésions spécifiques ailleurs, l'examen bactériologique de l'exsudat s'imposent.

Les commémoratifs et les accidents, concomitants, importent d'autant plus au diagnostic que les caractères des plaques muqueuses ne sont pas pathognomoniques par eux-mêmes.

**Accidents tertiaires.** — Qu'ils soient liés à la syphilis acquise ou héréditaire, les accidents tertiaires, plus communs chez l'homme (tabac, alcool), sont moins fréquents dans la bouche que les accidents secondaires, ils surviennent surtout de la cinquième à la treizième année de la syphilis.

La gomme de la lèvre forme un noyau dur qui se ramollit, puis s'ouvre, presque toujours sur la face cutanée.

Le syphilome diffus débute souvent par la lèvre inférieure; il peut envahir les deux lèvres et s'associer au syphilome tuberculo-gommeux de la face pour

réaliser la hideuse déformation dite *léontiasis*. Le syphilome peut s'étendre en nappe sur les lèvres et dans la cavité buccale; ces parties, d'un rouge jaunâtre ou violacé, sont indurées, mamelonnées, creusées de rhagades ou d'ulcérations gommeuses irrégulières. Ces lésions, très tenaces, plus ou moins gênantes selon le siège, résistent parfois à la médication spécifique.

Les glossites tertiaires frappent les parties moyenne et antérieure du dos, de la langue; on distingue la forme scléreuse et la forme gommeuse.

La glossite scléreuse est superficielle (dermique) ou profonde (parenchymateuse). Dans la première, des îlots décapillés, lisses, rouge foncé, durs, occupent une étendue variable de la muqueuse. La variété parenchymateuse donne à la langue un aspect très spécial : tuméfiée et indurée, mamelonnée et lobulée, elle est coupée de sillons profonds (de 5 à 8 millimètres) anastomosés qui limitent des îlots revêtus d'une muqueuse lisse, rougeâtre ou blanche (*langue parquetée*). Des poussées inflammatoires peuvent déterminer des excoriations et ulcérer le fond des sillons. Progressive, incurable, cette forme, qui débute insidieusement, devient très douloureuse en cas d'ulcération, gênant beaucoup la parole, la déglutition et la mastication.

La glossite gommeuse superficielle forme, surtout à la base de la langue, des nodosités, habituellement agminées, qui, en se vidant, laissent des ulcérations cupuliformes.

La gomme de la langue consiste en un noyau dur, gros comme un haricot, une noisette ou une noix, développé dans l'épaisseur du muscle. Les gommages peuvent être multiples. La lésion progresse plusieurs mois vers le dos ou le bord de la langue et peut se résorber. Bien plus souvent, elle se ramollit, devient fluctuante et s'ouvre pour évacuer une substance jaunâtre et gommeuse, laissant un ulcère gommeux, très creux, à bords taillés à pic, à fond bourbillonneux, jaune ou grisâtre, enchâssé dans une gangue indurée.

La gomme ne devient guère douloureuse qu'une fois ulcérée, surtout au contact des aliments irritants ou rugueux; elle gêne la parole, la mastication, la déglutition et excite la salivation. Non traité, l'ulcère gommeux peut durer des mois et des années; autrement il guérit parfaitement, mais récidive souvent.

Le syphilome en nappe suit, au palais, à l'isthme du gosier, au pharynx, la même marche chronique que sur les lèvres ou la langue; il demeure sec ou s'ulcère. La sclérose et la gomme s'y associent. L'induration et la déformation des parties entravent plus ou moins la fonction. Dans les régions reposant sur une surface osseuse (palais, gencives), le syphilome entraîne souvent la nécrose et une fistule se forme qui sécrète, jusqu'à élimination du séquestre. Au palais, la nécrose peut laisser une perforation ou une large fente entre les fosses nasales et la bouche. La cicatrisation, en soudant le voile à la base de la langue, crée quelquefois un rétrécissement de l'isthme du gosier.

La gomme de l'amygdale forme une tumeur presque indolente qui peut rester longtemps sans s'évacuer, et se transforme, une fois ouverte, en une caverne à fond bourbillonneux.

Les gommages du voile du palais peuvent évoluer assez insidieusement pour que

leur début passe inaperçu; après un temps plus ou moins long, elles s'ouvrent laissant soit un ulcère cupuliforme, soit, ce qui est plus grave, une *perforation* (ronde ou ovale, taillée à l'emporte-pièce) ou une *perte de substance* plus ou moins large (division *en rideaux retroussés*) que dénoncent, parfois inopinément, du nasonnement ou le reflux des boissons par le nez. Une telle ulcération phagédénique a pu détruire le voile en moins de 5 semaines.

Avant ulcération, les *gommés du pharynx* gênent peu; après, elles sont nettement arrondies, à fond jaune et bourbillonneux; occupant quelquefois le *naso-pharynx*. La cicatrisation soude quelquefois le voile à la paroi pharyngée postérieure, supprimant la respiration nasale et l'odorat.

**Diagnostic.** — L'aspect des lésions, la notion d'une syphilis antérieure, acquise ou héréditaire, la coexistence d'autres lésions spécifiques concourent à l'édification du diagnostic.

Le *syphilome en nappe* ne doit pas être confondu: avec les *ulcérations dentaires*, irrégulières, très creuses parfois, siégeant sur la joue ou le bord de la langue, au voisinage d'aspérités dentaires; avec les *ulcérations tuberculeuses*, demi-creuses, molles et douloureuses, à bords biseautés, entourées de points jaunâtres, généralement associées à une phtisie pulmonaire, ou laryngée, donnant au raclage un suc qui contient des bacilles; avec le *lupus des lèvres ou du palais*, formé de mamelons rosés ou jaunâtres, mollasses, évoluant très lentement, généralement associé à un lupus de la face.

On ne confondra pas les *ulcères gommeux* avec les abcès de l'amygdalite phlegmoneuse.

Le *chancre de l'amygdale* est reconnaissable à son induration, à sa marche lente et à son bubon.

La distinction des lésions scléro-gommeuses de la *lèvre*, de l'*amygdale*, de la *langue* avec le *cancer* des mêmes régions, est souvent fort difficile. A la *langue*, le *cancer*, toujours unilatéral, succède, après 50 ans, à une leucoplasie, et, contrairement à la gomme, peut occuper la face inférieure, formant une tumeur très dure, spontanément douloureuse, dont l'ulcération, à bords épais, saigne facilement, et qui entraîne bientôt une adénopathie dure. Dans le doute, on tentera, pendant 5 semaines au plus, l'épreuve du traitement spécifique intensif, ou on excisera une parcelle de tissu malade pour la soumettre à l'examen microscopique.

La *glossite scléreuse* prête à confusion: avec la *langue congénitalement lobulée* (non indurée); avec la *leucoplasie* ou psoriasis lingual, formant une couche épithéliale exfoliante, blanche nacrée, généralement associée à des plaques de même nature sur les joues, près des commissures.

## CHAPITRE IV

## SÉMIOLOGIE GÉNÉRALE DE L'ŒSOPHAGE

## EXPLORATION DE L'ŒSOPHAGE

Cette exploration utilise surtout le *cathétérisme* et l'*endoscopie*. Ce n'est qu'exceptionnellement que des dilatations sacciformes de la portion cervicale se traduisent sur le côté, ou, de part et d'autre du corps thyroïde, par une tuméfaction qui se gonfle lors de l'ingestion des aliments (ou par administration d'un mélange gazogène) et s'affaisse par compression, ou après vomissement. Ces diverticules sont mats ou sonores, suivant qu'ils renferment des gaz ou des aliments.

**Auscultation.** — L'œsophage est, sur toute sa longueur, accessible à l'auscultation. Le pavillon du stéthoscope doit être placé, pour la portion cervicale, à gauche et en arrière de la trachée; pour la portion thoracique, à gauche et le long du rachis; pour la portion plus inférieure, à droite du rachis. Le malade emplit sa bouche de liquide qu'il déglutit au commandement (donné de vive voix ou par pression digitale sur l'os hyoïde). Normalement le passage du liquide se traduit, dans tous les points, par un bruit clair, très bref, rappelant le bruit de déglutition. En cas de rétrécissement, le bruit, très net au-dessus du point sténosé, est sourd ou affaibli au-dessous.

**Radioscopie.** — **Radiographie.** — Ces deux procédés permettent de préciser: le volume, la forme, le siège exact de tout corps étranger imperméable aux rayons X.

**Cathétérisme.** — On ne pratique le cathétérisme œsophagien que si les commémoratifs et les troubles fonctionnels font soupçonner l'existence d'un corps étranger, d'un diverticule, et surtout d'un rétrécissement. Auparavant, un examen méthodique éliminera les causes de compression œsophagienne; particulièrement, l'*anévrisme de l'aorte* qui contre-indique l'usage de la sonde, en raison des dangers de perforation et d'hémorragie foudroyante qu'il comporte en pareil cas. Si la sonde a été par erreur introduite dans ces conditions, arrivée au contact du sac, elle est soulevée par des battements isochrones aux pulsations, qui engageront à la retirer aussitôt.

Les cardiopathies, l'artério-sclérose, l'emphysème pulmonaire très marqué, la cirrhose hépatique, contre-indiquent aussi le cathétérisme qui pourrait alors causer une syncope, parfois mortelle. Il est également impossible et inutile, en cas de fortes déformations rachidiennes (scoliose, cyphose, lordose).

**Technique.** — L'outillage varie. On peut employer des *sondes* ou des *bougies* analogues aux sondes urétrales; les *sondes* sont de longs tubes souples ou demi-rigides, dont le canal central aboutit en bas, à un ou deux