

## CHAPITRE IX

### LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES DES MUQUEUSES

#### 1. — MANIFESTATIONS SECONDAIRES DES MUQUEUSES

Les **syphilides secondaires des muqueuses** correspondent absolument aux manifestations cutanées de la même période ; seulement il est clair que la différence de structure du tissu sur lequel elles se développent, entraîne des différences sensibles dans la forme et l'aspect de ces syphilides.

On en distingue essentiellement trois types :

- 1° La syphilide érythémato-érosive ;
- 2° La syphilide papuleuse ;
- 3° La syphilide ulcéreuse.

Le premier de ces types correspond à la roséole ; les deux dernières, à la papule syphilitique.

Les syphilides *érythémato-érosives* des muqueuses comprennent elles-mêmes deux variétés, comme l'indique leur dénomination ; tantôt elles ne sont représentées que par une simple hyperémie de la muqueuse, sans perte de substance de l'épithélium, tantôt à l'hyperémie s'ajoutent des érosions épithéliales. Ce dernier fait est presque la règle et résulte simplement de la délicatesse de la membrane muqueuse ; c'est ce qui légitime la fusion de ces deux variétés en un seul type.

Les syphilides *érythémateuses* sont constituées par des macules rouges, arrondies ou par une rougeur plus étendue, et dont les limites tranchent toujours nettement sur le tissu voisin. Souvent les macules arrondies confluent et la ligne de démarcation devient polycyclique, à convexité dirigée en dehors. L'épithélium qui recouvre ces taches peut n'avoir subi aucune altération ; d'autres fois il a un aspect un peu grisâtre, comme s'il avait été légèrement touché au nitrate d'argent, ce qui indique qu'il est sur le point de se détacher. Quand cette desquamation s'est produite, l'efflorescence est devenue *érosive* ; on voit alors, conservant la forme décrite plus haut, des plaques rouge-vif, paraissant légèrement excavées par suite de la chute de l'épithé-

lium ; ces excoriations sont un peu plus sensibles aux contacts que les plaques érythémateuses ; quand elles siègent à des régions spécialement exposées aux frottements, elles peuvent devenir douloureuses.

Les syphilides *papuleuses* sont constituées tantôt par une infiltration arrondie, circonscrite, tantôt par une élévation plus étalée, aplatie ; elles ne font jamais une saillie aussi forte que celle qu'on observe souvent aux papules cutanées. Leur *coloration* est grise, opalescente (d'où la dénomination française de *plaques opalines*), elles ont tout-à-fait la couleur des syphilides érythémateuses en imminence d'érosion. Souvent aussi elles présentent des érosions superficielles ; quand la destruction est plus profonde, l'efflorescence passe au troisième type, le type ulcératif.

Dans les syphilides *ulcéreuses*, les pertes de substance, plus ou moins profondes, prennent souvent des formes particulières, qui sont le fait de leur localisation comme nous le verrons bientôt. Les *rhagades* en sont une variété très fréquente ; elles se forment aux endroits où les mouvements produisent des tractions et des distensions répétées. Le fond de l'ulcération est recouvert de pus et présente une coloration jaunâtre ou gris sale. Ces ulcérations sont toujours *très douloureuses* ; la raison de cette sensibilité, c'est qu'en général elles se développent sur des régions soumises à des irritations continuelles, qui sont, du reste, le point de départ de leur formation.

De toutes les muqueuses, ce sont celles de la *bouche* et des *organes génitaux externes de la femme* qui, à beaucoup près, sont le plus fréquemment atteintes ; viennent ensuite les muqueuses du nez et du larynx ; par contre, la muqueuse de l'anus, les parties des organes génitaux externes de l'homme dont la structure se rapproche de celle de la peau sont plus rarement malades ; les syphilides muqueuses de la conjonctive ne s'observent qu'à titre d'exception. Il est hors de doute qu'il survient aussi des syphilides secondaires aux *muqueuses viscérales* telles que les muqueuses trachéale, bronchique, intestinale ; si ces syphilides ne trahissent que rarement leur présence, n'oublions pas qu'une altération légère de ces parties inaccessibles à l'investigation peut facilement évoluer sans qu'on s'en aperçoive ; d'où la conclusion que les affections secondaires de ces muqueuses sont peut-être plus fréquentes qu'elles le paraissent.

De toutes les parties de la **cavité buccale**, les *lèvres* sont le



plus souvent atteintes ; tous les types décrits plus haut peuvent s'y rencontrer. La forme ulcéreuse a une prédilection des plus manifestes pour les *commissures* ; il s'y développe fréquemment une rhagade profonde séparant la lèvre inférieure de la lèvre supérieure et qui souvent se continue encore loin sur la muqueuse de la joue ; ces raghades deviennent des plus douloureuses au moindre mouvement de la bouche, soit que le malade parle ou qu'il mange. C'est aux tiraillements continuels de la muqueuse qu'il faut faire remonter l'origine de ces fissures. — Une autre localisation de choix des syphilides secondaires est la muqueuse *de la langue* ; à la pointe et sur la surface, ce sont surtout les formes érosives et papuleuses qu'on observe ; sur la ligne médiane, ce sont parfois des raghades. — Le bord de la langue est aussi très souvent atteint, ce qui est manifestement dû au frottement exercé par les dents, surtout quand celles-ci sont cariées et qu'elles présentent des aspérités aiguës. On y rencontre souvent aussi des ulcérations ; quand ces pertes de substance deviennent confluentes, elles finissent par former de véritables ulcères qui envahissent presque toute la surface de l'organe et qui, au contact des dents, déterminent les plus vives douleurs. La situation du malade devient alors réellement pénible ; il lui est impossible de mâcher aucun aliment solide ; la parole devient extrêmement douloureuse ; en outre il s'établit d'ordinaire de la *salivation*, comme dans presque toutes les inflammations de la langue et des gencives ; cette salivation est d'autant plus gênante que le malade, pour éviter la compression des dents sur la langue tuméfiée, ne peut fermer complètement la bouche.

Les dernières des localisations préférées des syphilides de la bouche, sont les parties qui délimitent l'isthme du gosier, le *bord postérieur du voile du palais*, la *lucette*, les *piliers du voile* et les *amygdales* ; ici encore, c'est l'irritation que provoque le passage des aliments qui donne la raison de cette localisation. Au bord postérieur du voile, à la lucette, aux piliers, la forme érythémateuse est fréquente ; elle se présente sous forme d'une bande rouge, qui s'étend en avant depuis le bord postérieur du voile jusqu'à 1/2 à un centimètre de distance ; la ligne de démarcation de cette zone hyperémique tranche nettement sur la muqueuse normale. A la gorge, le type papuleux, ordinairement en foyers circonscrits, est tout aussi fréquent ; il est plus rare

que les papules y deviennent confluentes et forment un lit d'infiltration, envahissant tout l'isthme du gosier et pouvant s'étendre en avant et recouvrir le voile du palais tout palais.

Aux *amygdales* on observe encore un autre symptôme : elles se tuméfient et acquièrent un volume considérable. Pour le reste, leur surface paraît simplement hyperémique ou recouverte de l'enduit grisâtre si caractéristique des syphilides muqueuses ; d'autres fois encore — et le fait est très fréquent aux amygdales, — il se produit des ulcérations. Celles-ci n'ont parfois que peu d'étendue, mais on en rencontre qui envahissent l'amygdale tout entière, qui peuvent atteindre une grande profondeur et entraîner parfois une destruction plus ou moins complète de l'organe.

Le complexe symptomatique que nous venons de décrire constitue l'*angine syphilitique* ; cette angine se traduit par des douleurs plus ou moins intenses qui s'exaspèrent au contact des aliments secs, du pain par exemple, des boissons chaudes, mais qui peuvent aussi survenir spontanément ou pendant l'émission de la voix. Quelques malades présentent exceptionnellement une indolence tout-à-fait remarquable et, malgré les altérations profondes dont leur gorge est le siège, ils ne se plaignent d'aucune sensation anormale.

Les syphilides secondaires s'observent encore, mais moins fréquemment, aux autres parties de la muqueuse buccale, à la partie postérieure des joues, aux gencives, à la voûte palatine ; ces localisations sont cependant plus rares que les précédentes.

Ces syphilides constituent un des symptômes *les plus fréquents de la période secondaire* ; presque toujours elles apparaissent déjà avec les premiers exanthèmes et repullulent souvent, soit comme récidive isolée, soit en même temps que d'autres accidents. Chez les *hommes*, les manifestations buccales repullulent presque sans interruption et souvent pendant très longtemps ; on peut affirmer sans crainte de se tromper, que la cause occasionnelle prépondérante de ces récidives réside dans l'usage du tabac.

Ces syphilides ont toujours une **évolution** favorable, car la guérison se fait en un temps relativement court, du moins quand on leur oppose un traitement approprié. Dans les formes ulcéreuses la durée du traitement est évidemment un peu plus longue que dans les formes superficielles et après leur guérison, il



persiste parfois une cicatrice. — Sans parler des douleurs qu'elles occasionnent, les syphilides de la bouche prennent une importance considérable du fait de leur localisation; elles peuvent aisément devenir *des agents de transmission* de la syphilis surtout quand elles siègent à la langue et aux lèvres.

**Diagnostic.** — On peut en premier lieu confondre les syphilides muqueuses avec les «*aphthes*»; celles-ci sont de petites pertes de substance qui apparaissent surtout sur la muqueuse des lèvres et sur les bords de la langue; ce sont des lésions aiguës ayant les dimensions d'une lentille et qui se distinguent des éruptions syphilitiques par la zone fortement hyperémique qui les entoure; de plus, elles guérissent spontanément et plus rapidement encore par un simple attouchement au nitrate d'argent. — L'herpès des muqueuses s'accompagne ordinairement de poussées analogues à la peau; de plus, chacune des érosions circulaires de l'herpès, considérée isolément, est plus petite qu'une érosion syphilitique. — Il est plus facile de confondre les syphilides des muqueuses avec une affection de la langue qu'on a désignée du nom de «*plaques bénignes*» ou d'*exfoliation en aires de la langue*; cette affection se présente sous forme de foyers arrondis, souvent confluent, au centre desquels la muqueuse a une coloration rouge et paraît dépourvue d'épithélium; leur périphérie est entourée d'un anneau blanc-jaunâtre formé par un épaissement de l'épithélium. Les signes différentiels les plus importants sont: la grande fugacité de chacune des efflorescences: en quelques jours elles changent de place en s'accroissant par leur périphérie, disparaissent souvent à un endroit pour apparaître brusquement à un autre; en outre l'exfoliation en aires est extrêmement tenace; elle subsiste de longues années, et souvent débute dès l'enfance; enfin elle ne montre aucune réaction vis-à-vis de la médication antisyphilitique. — Il faut aussi songer à la possibilité d'une confusion avec le *lichen ruber* de la muqueuse buccale, confusion d'autant plus facile à faire que les efflorescences cutanées du lichen présentent de grandes analogies avec les papules syphilitiques. Dans le lichen ruber des muqueuses, les épaissements épithéliaux sont moins étendus; les plaques, dues à la confluence des éléments éruptifs, ont des bords plus irréguliers; enfin il ne présente qu'à un degré beaucoup plus faible la tendance à l'ulcération, si marquée dans les syphilides des muqueuses.

Nous avons encore à examiner, pour le diagnostic, une autre maladie de la muqueuse de la bouche, le *psoriasis buccal* et *lingual* (*Ichthyosis linguæ, leucoplakia*); cette affection se caractérise par l'apparition d'épaississements blancs ou blancs bleuâtres, brillants, d'aspect nacré, qui sont souvent divisés par des crevassees en une délicate mosaïque; ces épaissements siègent à la muqueuse des lèvres, à celle des joues dans le voisinage de la commissure buccale et sur la langue; il est moins fréquent de les observer autre part. Ces dépôts qui souvent paraissent indurés, sont essentiellement constitués par un épaissement épithélial avec développement souvent énorme de la couche cornée de l'épiderme (SCHUCHART). Cette affection qui ne cause en somme que peu d'inconvénients, se caractérise par sa chronicité; elle dure des dizaines d'années, parfois cependant elle perd son caractère de bénignité et donne lieu au développement d'un *carcinôme*. Cette affection atteint presque exclusivement le sexe masculin; aussi beaucoup d'auteurs ont-ils accusé le tabac d'en être le facteur étiologique. D'autres auteurs ont, au contraire, considéré la leucoplasie buccale comme une manifestation de la syphilis. Émise de cette façon, cette théorie n'est pas justifiée; il est cependant probable que la syphilis joue un rôle important comme cause prédisposante; le rapport de causalité serait le même que pour certaines affections (dégénérescence amyloïde, par exemple) qui, elles aussi, reconnaissent pour cause la syphilis, sans cependant constituer de véritables manifestations syphilitiques. Comme dans ce dernier processus, la leucoplasie peut probablement avoir d'autres causes que la syphilis. — D'après nos observations, il est possible, dans la majorité des cas de psoriasis buccal, de découvrir, soit par les commémoratifs seulement, soit par la constatation de manifestations tertiaires, une infection syphilitique qui souvent remonte à dix ans et même à plus loin encore. Cette manière de voir n'est pas en opposition avec l'inefficacité du traitement antisyphilitique dans la leucoplasie. — Revenons maintenant au diagnostic différentiel de la leucoplasie d'avec les syphilides secondaires de la bouche; le caractère distinctif essentiel est le grande chronicité de la leucoplasie; dans cette dernière affection, il faut très longtemps pour observer un accroissement sensible des plaques; la forme des épaissements est irrégulière, elle n'est pas arrondie; enfin, dernier caractère, elles ne bénéficient pas du traitement antisy-



philitique, si prompt à agir sur les syphilides secondaires.

Il est souvent difficile de distinguer la *stomatite mercurielle* des manifestations secondaires de la muqueuse buccale; cette stomatite s'observe soit à la suite d'un traitement mercuriel, soit dans l'hydrargyrisme professionnel. Les symptômes ressemblent beaucoup à ceux des syphilides buccales; la différence essentielle réside dans la localisation de ces deux affections: l'inflammation due au mercure se produit ordinairement aux gencives, à la partie la plus reculée de la muqueuse des joues, au niveau de l'angle que forment la mâchoire inférieure et la mâchoire supérieure; ces endroits sont plus rarement le siège de syphilides secondaires.

La différence principale qui sépare l'*angine syphilitique* de l'*angine vulgaire*, aiguë ou chronique, réside dans la netteté de la ligne de démarcation entre la zone hyperémique et la muqueuse normale, non loin du bord postérieur du voile; dans l'angine simple, l'hyperémie se prolonge d'ordinaire plus avant et se confond insensiblement avec la muqueuse normale; un autre symptôme propre à la syphilis est l'enduit grisâtre qui fait rarement défaut mais qui parfois ne se voit qu'à certaines places. — Il serait presque impossible de confondre l'angine syphilitique avec l'*angine diphthérique* dont les fausses membranes sont épaisses, consistantes, d'une coloration blanc-jaunâtre et sont entourées d'une zone tuméfiée présentant les signes d'une vive inflammation. — Le *lupus*, la *tuberculose*, peu fréquente au *pharynx* et au *voile du palais*, se distinguent aisément par l'étendue plus considérable de leurs lésions, par l'aspect granuleux et fendillé que prend la muqueuse et par les points et les stries blanches qu'on aperçoit par places; en outre, on peut sans difficulté démontrer la présence du bacille dans le tissu ramolli, facile à enlever par grattage; enfin presque toujours il existe une tuberculose pulmonaire concomitante qui éclaire le diagnostic.

Dans les *syphilides ulcéreuses*, les ulcérations recouvertes de pus, sont toujours plus grandes que les grumeaux purulents de l'*angine pultacée* avec laquelle on pourrait peut-être les confondre. Le chancre de l'amygdale se distingue des ulcérations secondaires par le fait que la lésion est unilatérale; de plus l'infiltration et le gonflement sont beaucoup plus considérables; l'adénite symptomatique est constante et atteint un volume considérable. Un signe très caractéristique est la tuméfaction d'un ganglion

profond, sous le bord antérieur du sterno-mastoïdien. Dans certaines circonstances il peut être très difficile de distinguer les ulcérations secondaires des *ulcères tertiaires*; ce point n'a du reste qu'une importance relative, le même traitement étant indiqué dans les deux cas.

A la paroi *postérieure du pharynx* les éruptions secondaires sont rares; celles de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin sont peu connues; il faut toutefois excepter celles du *rectum* où on a maintes fois pu démontrer la présence de papules (RICORD, LANG); notre ignorance sur ce point résulte de ce que ces parties sont presque complètement inaccessibles à nos investigations et que, jusqu'à ce jour, les autopsies font défaut. Il est cependant hors de doute que ces parties sont, comme les autres, le siège d'altérations pendant la période secondaire. La preuve nous en est fournie par certains faits cliniques tels que l'apparition d'un *ictère* ou de *troubles fonctionnels de l'estomac et de l'intestin* au cours des premiers exanthèmes ou peu de temps après. Certaines observations prouvent que, dans ces cas, il ne s'agissait pas d'un ictère catarrhal vulgaire qui serait accidentellement venu compliquer la syphilis: tant que chez les malades le caractère spécifique de l'affection était méconnu, l'ictère persistait avec ténacité pendant de longues semaines et disparaissait avec rapidité dès que l'on instituait un traitement antisiphilitique. Dans quelques cas d'ictère précoce, dont l'autopsie a pu être faite, Engel-Reimers a trouvé les ganglions qui entourent la veine-porte, gonflés et comprimant le canal cholédoque. La pression sur le tronc de la veine-porte explique la tuméfaction de la rate et l'ascite qui existaient dans les cas de cet auteur.

Les manifestations secondaires de la *muqueuse nasale* sont assez fréquentes. Ce sont le plus souvent des rhagades avec croûtes ou des érosions localisées à l'angle postérieur des narines; dès qu'on arrache ces croûtes, ce qui est l'habitude des malades, ces rhagades se mettent aussitôt à saigner. L'extension de l'inflammation aux parties profondes du nez, jusqu'à la *muqueuse tubaire*, détermine parfois un peu de surdité.

La *muqueuse du larynx* est plus fréquemment atteinte; les syphilides siègent surtout sur les *cordes vocales* et sur l'*épiglotte*,



moins souvent sur les autres portions de la muqueuse. Il est certain que la fréquence des localisations spécifiques aux cordes vocales s'explique par les irritations répétées auxquelles est soumise la muqueuse de ces parties : mouvements et tension pendant l'émission de la voix, — passage de la colonne d'air respiratoire. — Cette idée trouve sa confirmation dans le fait que c'est chez les personnes qui doivent faire l'usage le plus large de la voix, les officiers et les professeurs, par exemple, qu'on observe de préférence cette localisation.

Les syphilides de la muqueuse des cordes vocales répondent aussi assez exactement aux trois types décrits plus haut : tantôt c'est une simple hyperémie de la muqueuse, tantôt on y trouve un enduit grisâtre ou bien des ulcérations superficielles. Parfois, à la suite de l'affection syphilitique se produit une tuméfaction notable et persistante de certaines parties, l'épiglotte, les replis arythéno-épiglottiques. Les ulcérations secondaires ont une prédilection toute spéciale pour le bord libre des cordes vocales, sur lesquelles elles se développent en un temps excessivement court, soit d'un seul côté ou des deux côtés à la fois. Les *symptômes* sont analogues à ceux de la laryngite vulgaire ; le signe principal est l'*enrouement* qui peut aller jusqu'à l'aphonie complète ; par contre les signes *subjectifs*, douleur et toux, sont beaucoup moins marqués et font souvent tout-à-fait défaut.

L'*évolution* de la laryngite syphilitique est toujours traînante. La principale cause de cette persistance est qu'il est ordinairement impossible au malade d'observer longtemps les précautions qu'on lui impose. Néanmoins le **pronostic** en est favorable ; ordinairement la guérison est complète sans aucun résidu morbide.

Le **diagnostic** de la laryngite syphilitique n'est pas facile, si l'on ne considère que la lésion même : les symptômes ne présentent aucune différence essentielle avec ceux de la laryngite vulgaire ; c'est la forme papuleuse qu'on peut diagnostiquer avec le plus de certitude, mais c'est précisément celle qui est de beaucoup la moins fréquente. Au fond le diagnostic devra donc toujours s'appuyer sur les signes concomitants de la syphilis.

Pour les segments plus profonds de l'appareil respiratoire, *trachée* et *bronches*, ce que nous avons dit du tube digestif trouve aussi son application ; bien que nous ne possédions pas d'observations d'altérations secondaires localisées à ces parties, nous

devons cependant en admettre l'existence. Un argument vient, ici encore, renforcer cette opinion : on a parfois, au cours de la syphilis, observé des *catarrhes bronchiques opiniâtres*, qui cédaient avec rapidité sous l'influence d'un traitement antisiphilitique.

*Aux organes génitaux de l'homme*, les parties dont la structure est analogue à celle des muqueuses et qui forment la transition entre la peau et le revêtement muqueux, c'est-à-dire le *feuillet interne du prépuce* et la *muqueuse du gland*, deviennent le siège de syphilides qui ont absolument les mêmes caractères que les syphilides des muqueuses. Il se forme, à ces endroits, soit en même temps que les premiers exanthèmes ou que les premières récidives, des érosions arrondies, semi-circulaires, en forme de rein, ou prenant, par confluence, l'allure serpiginieuse. En général ces exanthèmes s'accompagnent de balanite ordinaire. Pour le diagnostic d'avec le *chancre mou*, remarquons que les érosions syphilitiques ne sont pas recouvertes de l'enduit purulent épais du chancre. Mais ce qui les caractérise surtout, c'est leur forme typique en demi-cercle, en forme de rein, qu'on finit presque toujours par retrouver à l'une ou l'autre place. On peut encore utiliser ce signe différentiel pour distinguer ces syphilides d'autres érosions, telles que celles de la *balanite simple* qui n'affectent jamais la même forme.

Les syphilides secondaires sont beaucoup plus fréquentes aux *organes génitaux de la femme* qu'à ceux de l'homme et là aussi s'observent surtout aux parties qui tiennent le milieu entre le revêtement cutané et le revêtement muqueux, c'est-à-dire à la *face interne des grandes lèvres*, aux *petites lèvres*, et aux *replis cutanés* qui en partent ; on en trouve encore sur la muqueuse proprement dite de la *vulve* et du *vagin* jusqu'à l'orifice du col utérin.

Comme nous l'avons dit dans un autre chapitre, les efflorescences qui naissent sur ce revêtement de transition, se rapprochent beaucoup des papules humides, à tel point que souvent elles leur ressemblent complètement tant leur énergie de croissance les distingue de la vraie syphilide muqueuse. — D'autre part on trouve aussi, sur ces parties, principalement à la face interne des petites lèvres, des efflorescences qui, elles, répondent absolument aux caractères de la syphilide muqueuse typique. Cette transition



insensible entre ces deux formes morbides démontre à nouveau qu'en réalité elles ne constituent qu'un même processus pathologique dont les symptômes ne sont dissemblables qu'en raison des particularités de structure du terrain sur lequel il prend naissance ou grâce à certaines influences accidentelles.

Tandis que la vulve offre avec une fréquence excessive des manifestations secondaires, les parties situées plus profondément que le vestibule du vagin ne sont que très rarement atteintes; parmi elles, le vagin même, l'est le moins souvent; à la *portion vaginale du col*, leur fréquence est un peu plus grande. Les syphilides qu'on rencontre sur ces régions ne présentent rien de particulier et répondent complètement aux types précédemment décrits. Malgré leur rareté relative, elles ont cependant une importance énorme; elles expliquent la possibilité d'une contamination dans des cas où l'examen le plus minutieux des organes génitaux externes n'a fait découvrir aucune trace de syphilis; ce fait impose au médecin qui soigne une syphilitique le devoir de toujours pratiquer l'examen méthodique au spéculum. Ces syphilides des parties profondes du tractus génital guérissent avec une remarquable facilité.

Le **caractère différentiel** le plus important est, ici encore, la forme arrondie, cerclée des efflorescences, qui permet de les distinguer surtout des *érosions* provoquées par des agents mécaniques.

## 2. — SYPHILIDES TERTIAIRES DES MUQUEUSES

Les syphilides tertiaires des muqueuses correspondent, par certains points, aux manifestations analogues du tégument cutané. Comme à la peau, on observe aux muqueuses deux types principaux de lésions; d'abord des *infiltrations* — gommes — puis, après destruction de celles-ci, des *ulcères*. Mais, sur les muqueuses, les processus ulcéreux occupent le premier plan: les infiltrations gommeuses ne prennent ordinairement pas un développement aussi fort qu'à la peau et, de plus, leur destruction est plus rapide; il en résulte qu'au moment où la lésion est soumise à l'examen, elle est arrivée déjà à la période ulcéreuse; c'est, du reste, grâce à cette rapidité de destruction, que les infiltrations gommeuses n'ont pas le temps d'atteindre de grandes dimensions.

Les rapports anatomiques qu'affectent les muqueuses et l'importance vitale plus grande des organes qu'elles revêtent, expliquent la gravité des lésions tertiaires de ce tissu; les *pertes de substance*, les *altérations fonctionnelles* qu'elles occasionnent ont des conséquences beaucoup plus sérieuses que lorsque la manifestation tertiaire a envahi la peau. D'abord, le minceur plus grande de la muqueuse elle-même et des tissus qui la séparent des organes sous-jacents permet très souvent au processus destructif d'envahir les tissus profonds; cette complication s'observe surtout au péri-chondre et au périoste dont la destruction entraîne la nécrose du cartilage et des os qu'ils recouvrent. Ensuite, là où des duplicatures de la muqueuse, séparées par une faible épaisseur de tissu, ne forment qu'une cloison mince entre deux cavités voisines (palais, cloison nasale) le travail ulcératif amène très souvent une *perforation* et une *communication anormale* entre les deux cavités. Enfin, grâce à la délicatesse de la muqueuse, il se produit beaucoup plus souvent qu'à la peau, après la guérison de l'ulcère, des troubles graves, pouvant mettre en danger la vie du malade; ces troubles sont la conséquence de la *rétraction cicatricielle* et du *rétrécissement* ou de l'*oblitération de communications importantes* entre divers organes.

Il est difficile au point de vue clinique, de séparer les affections tertiaires *primitives* de la muqueuse, de celles *consécutives* à l'envahissement de cette muqueuse par un syphilôme des tissus profonds (tissu sous-muqueux, péri-chondre, périoste); les symptômes qui en résultent sont essentiellement les mêmes et seul un examen anatomique précis, fait tout au début (condition presque impossible à réaliser) pourrait établir une démarcation nette entre ces deux modalités morbides. La description que nous allons faire s'applique donc à une série de cas, que, pour être strict, nous devrions traiter dans d'autres chapitres, tels que celui qui traite de la syphilis des os.

Les muqueuses du *nez*, de la *bouche* et du *pharynx* sont, à beaucoup près, le siège le plus fréquent des accidents tertiaires; ensuite vient le larynx; les affections de la *trachée* sont déjà beaucoup plus rares; plus rares encore sont les manifestations tertiaires des autres muqueuses, de la conjonctive, du tractus uro-génital et des parties profondes de l'appareil digestif. Seule la portion terminale de l'intestin, le rectum, fait exception: les