

syphilides tertiaires y sont plus fréquentes qu'à tout autre partie du tube intestinal.

Dans la *cavité buccale* on les rencontre de préférence au *palais* et aux *piliers du voile*. Dans le premier stade, qu'on n'a pas souvent l'occasion d'observer, il s'est fait une infiltration dans l'épaisseur de la muqueuse; celle-ci est hyperémiee, rigide, ce qui, au voile du palais, se traduit par le manque de mobilité de cette membrane pendant l'émission de la voix et la déglutition.

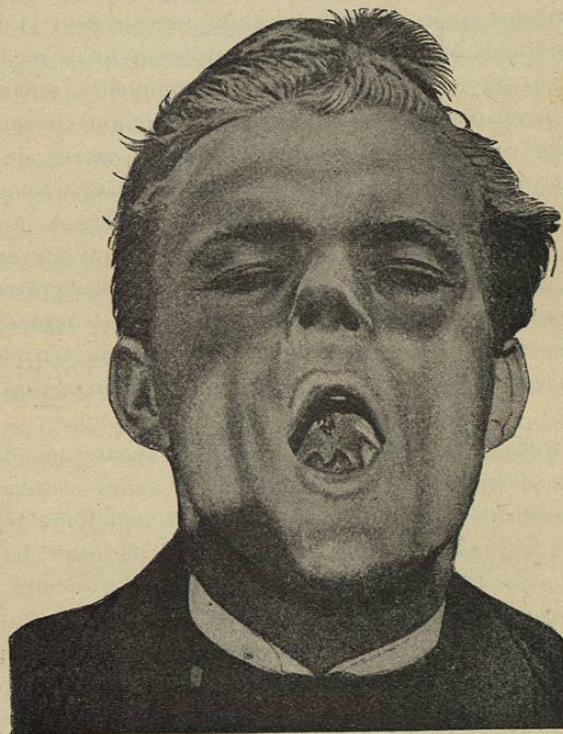


Figure 11.
Perforation du voile du palais.

Parfois il n'existe qu'un seul nodule de cette espèce, parfois on en trouve plusieurs. Les *symptômes subjectifs* sont très peu accentués: c'est ce qui explique que la maladie soit souvent méconnue à son début et qu'on n'y attache aucune importance. Cette erreur est surtout facile à commettre quand l'infiltration gommeuse s'est localisée à la face supérieure du voile; dans ces

conditions l'examen rhinoscopique permet seul de la découvrir.

Ce qui d'ordinaire attire en premier lieu l'attention sur la maladie, c'est la *fonte destructive*, l'*ulcération* de la nodosité. Il se forme un ulcère profond, à bords taillés à pic, à fond recouvert de pus; tantôt on le trouve encore entouré d'un rebord infiltré, résidu de la gomme; d'autres fois, lorsque la destruction a été rapide, l'ulcère paraît creusé directement au milieu de la muqueuse normale et ne présente qu'un rebord mince, hyperémié et légèrement gonflé.

L'ulcération s'étend en général avec rapidité et grâce à la minceur de la muqueuse envahie, entraîne bientôt de graves pertes de substance. Au voile du palais l'ulcération donne très vite naissance à une *perforation* et établit ainsi une communication anormale entre les cavités buccale et nasale. On réussit souvent, en instituant de suite un traitement approprié, à produire une guérison complète: l'ouverture s'oblitére et il ne persiste plus à la place de l'ulcère, qu'un léger enfoncement cicatriciel; en même temps que l'ouverture se ferme, tous les symptômes de communication anormale disparaissent aussitôt. Lorsque l'ulcération a déjà produit plus de ravages, on n'arrive pas à un résultat aussi satisfaisant; on parvient à arrêter le travail d'ulcération, sans réussir à oblitérer l'ouverture et les malades conservent pour toujours les symptômes de communication anormale entre la bouche et le nez: la voix prend une résonance nasonnée et quand le malade boit, une partie du liquide reflue par le nez. L'intensité de ces symptômes dépend évidemment de l'étendue de la perforation; elle dépend aussi d'une sorte d'éducation que se font les malades, qui arrivent, au moins quand les perforations sont peu étendues, à obturer l'orifice en combinant certains mouvements du voile du palais et de la langue.

Mais, si le processus ulcératif n'est pas arrêté dans son envahissement par un traitement approprié, il se propage souvent avec une rapidité surprenante et produit de profondes dévastations. Dans les ulcères perforants du voile du palais les deux ponts de muqueuse, qui, de chaque côté, renaissent encore la luette peuvent se détruire et entraîner aussi la perte de cette organe; la luette se détruit aussi quand c'est au bord postérieur du voile que se trouve le point de départ du processus ulcératif. De ce dernier point, le travail de destruction peut prendre une marche envahissante, s'étendre jusqu'à l'épiglotte, au larynx, à la paroi postérieure du pharynx, et se réunir là à un ulcère déjà exis-

tant ; quand l'ulcère a pris cette extension, il se produit parfois après guérison des rétractions cicatricielles dont nous parlerons plus loin.

A la *voûte palatine*, la perforation a une marche moins rapide. L'ulcération périostée peut être primitive ou consécutive à la propagation d'une ulcération de la muqueuse ; dans les deux cas, le résultat est le même ; l'os sous-jacent s'exfolie, mais, dans les cas favorables, la nécrose reste superficielle et ne va pas jusqu'à la perforation. Il arrive aussi que la voûte osseuse soit détruite sur une étendue variable.

Dans les cas les plus négligés, le processus destructif s'irradie sans que rien ne puisse l'arrêter ; le voile du palais, certaines parties de la voûte palatine disparaissent ; le squelette osseux du nez se perd ; enfin la bouche, le nez, la cavité pharyngienne ne forment plus qu'un vaste cloaque, dont les parois sont recouvertes d'un enduit purulent. La nécrose peut aussi gagner vers le haut, jusqu'à la base du crâne et entraîner l'exfoliation de certaines parties de la boîte crânienne. Il est à peine besoin de montrer à quelles hideuses déformations aboutit cet envahissement, d'insister sur la gravité des troubles fonctionnels dont il est cause et qui peuvent, surtout si la base du crâne participe au processus, mettre en danger immédiat l'existence du malade.

Même après la guérison, les syphilides de la partie profonde de la bouche peuvent encore donner naissance à des troubles graves ; la *rétraction cicatricielle* du voile et des piliers peut entraîner ces organes vers la paroi postérieure du pharynx avec laquelle ils contractent des adhérences ; il s'établit ainsi une déformation opposée à celle que nous avons décrite jusque maintenant, c'est-à-dire le *rétrécissement* d'une voie normale de communication. Ordinairement, ce rétrécissement siège au point de jonction du pharynx nasal avec le pharynx buccal ; la membrane cicatricielle prolonge directement le voile du palais jusqu'à la paroi postérieure du pharynx et la communication entre la cavité nasale et la bouche, ainsi qu'avec le reste de l'appareil respiratoire ne se fait plus que par une étroite ouverture. L'oblitération peut même être *complète* ; la *respiration* est profondément gênée et ne peut évidemment plus se faire que par la bouche. La *voix*, par suite du changement des conditions de résonance, prend une intonation spéciale. — Dans certains cas heureusement plus rares, la membrane cicatricielle sépare l'oso-

phage et le larynx d'une part, de la cavité buccale d'autre part ; elle est alors tendue entre la base de la langue et la paroi postérieure du pharynx. Dans ces conditions les symptômes de sténose deviennent beaucoup plus sérieux. Même lorsque l'ouverture est encore relativement grande, on voit déjà s'établir des *troubles profonds de la déglutition et de la respiration* ; lorsque le rétrécissement devient plus étroit, la nutrition du malade est sérieusement compromise ; il se trouve dans l'impossibilité absolue d'avaler tout aliment solide, à cause de l'étroitesse du passage et des accès de suffocation qui accompagnent la déglutition. Un traitement radical dirigé contre l'altération peut seul empêcher une issue funeste.

Les accidents tertiaires de la *langue* sont plus rares. Les ulcérations de la muqueuse même s'observent aussi bien au dos que sur les bords. Dans un grand nombre de cas, la lésion prend plutôt l'aspect d'un néoplasme ; il se forme une ou plusieurs nodosités dures dont la destruction ne se fait qu'assez tard. Mais quand la lésion prend cet aspect, c'est dans la musculature de la langue et non dans la muqueuse qu'elle a son point de départ ; il s'agit donc d'une véritable gomme musculaire et la muqueuse n'est envahie que secondairement. Dans certains cas, des parties plus ou moins étendues de la surface de la langue sont envahies par une induration scléreuse ; ces plaques indurées sont parcourues par des fissures profondes qui les divisent en véritables îlots. (Glossite scléreuse, FOURNIER). — Les affections de la langue sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.

Les syphilides tertiaires de la *muqueuse nasale* présentent des symptômes analogues à celles de la voûte palatine. Ici aussi il est difficile de déterminer cliniquement si la maladie a son point de départ dans la muqueuse même ou dans les parties sous-jacentes, cartilage ou os. De plus, il est souvent très difficile de découvrir la lésion à cause de la situation profonde qu'elle occupe. Comme symptôme initial on constate souvent un *obstacle au passage de l'air* ; le nez est « bouché », puis il s'en écoule une sécrétion purulente souvent mélangée de sang. La sécrétion se dessèche et forme des croûtes que le malade expulse en se mouchant. Si les os prennent part à l'altération, la sécrétion acquiert une odeur repoussante (*cacosmia objectiva, ozène, stink-nase*) symptôme des plus pénibles pour le malade et pour son

entourage.— En éclairant la cavité nasale, on peut, quand le cas s'y prête, apercevoir l'ulcération soit sur les parties latérales soit — ce qui est à beaucoup près le plus fréquent — sur le septum ; il est rare qu'elle siège aux parties tout-à-fait antérieures du septum, mais plutôt au voisinage de l'ouverture osseuse des cavités nasales. Il n'est pas rare que l'ulcération prenne la forme d'une crevasse étroite, allant de la partie antérieure du nez vers la partie postérieure (MICHELSON). Si le périoste est détruit, le stylet vient butter contre la surface rugueuse de l'os dénudé. La conséquence la plus grave qu'entraîne cette affection c'est encore une fois la *perforation* qui ne peut évidemment se faire, sur la cloison osseuse, qu'après exfoliation d'une partie de l'os. En général, l'obturation du nez, la sécrétion purulente fétide, attirent, dès le début, l'attention du malade ; par contre, il en est chez lesquels les symptômes sont tout-à-fait nuls : ils ne se doutent pas de l'existence de leur mal, jusqu'à ce qu'un beau jour, à leur grande frayeur, ils expulsent un fragment d'os au milieu d'un accès d'éternuement. Comme nous l'avons déjà signalé, les perforations n'intéressent ordinairement pas les parties antérieures de la cloison nasale, et lorsqu'elles n'ont que de faibles dimensions — celle d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes — elles ne donnent naissance à aucun trouble fonctionnel. Mais, si le processus ulcératif ne s'arrête pas, le septum se détruit sur une grande étendue, le squelette du nez perd son principal point d'appui, le nez s'affaisse ; la dépression se fait en haut, à la racine, tandis que la pointe se relève ; c'est le *nez à ensellure*. Si la nécrose n'a pas seulement détruit le septum mais encore les autres parties du squelette du nez, celui-ci s'affaisse tout-à-fait, tout en conservant intactes la peau et la cloison cutanée des narines. Dans les cas les plus funestes, ces dernières parties sont aussi détruites, et à la place du nez, s'ouvre comme sur un crâne préparé, une vaste ouverture par laquelle on peut explorer les cavités nasales, la bouche et le pharynx, réunis en un cloaque unique par suite de la destruction de la voûte palatine, habituelle dans ces cas. Enfin, lorsque l'*ethmoïde* est détruit, la cavité crânienne peut être perforée, ce qui entraîne une *méningite* mortelle.

Les lésions tertiaires du *larynx* deviennent, en raison de l'importance fonctionnelle de cet organe, l'origine d'accidents

graves qui mettent parfois en question l'existence du malade. Les gommages de l'*épiglotte* sont les moins dangereuses ; elles ulcèrent le cartilage, le dénudent, le nécrosent et en amènent la perforation ou la destruction plus ou moins complète. Mais, même lorsque l'*épiglotte* a disparu dans sa totalité, il ne se produit, en somme, aucun trouble fonctionnel important ; les malades apprennent à obturer le larynx pendant la déglutition, même sans le secours de l'*épiglotte*.

Lorsque les parties plus profondes, l'*appareil vocal proprement dit*, est envahi, les symptômes prennent un caractère beaucoup plus sérieux. Quand un infiltrat gommeux a pris naissance dans les *cartilages arythénoïdes*, les *cordes vocales inférieures et supérieures*, le symptôme initial est la *raucité* de la voix, qui peut aller jusqu'à l'aphonie complète. La mobilité de l'organe est compromise comme on peut facilement s'en convaincre à l'examen laryngoscopique ; cette diminution de mobilité et la tuméfaction des parties malades se traduisent parfois très tôt par des symptômes de *sténose*, de *dyspnée laryngée*.

Plus tard, ces infiltrations se détruisent et comme dans les autres organes, l'ulcération peut, en s'étendant, amener de vastes pertes de substance. Les cartilages se nécrosent en entier ou en partie et sont expulsés par les efforts de toux ; on a vu des cas où l'enclavement de cartilages nécrosés dans la fente vocale avait déterminé l'asphyxie. Les *cordes vocales* sont plus ou moins détruites et l'étendue de la perte de substance régit naturellement le degré d'altération de la voix. *Subjectivement* les malades accusent des douleurs qui se réveillent surtout pendant la déglutition ; la masse déglutie exerce une compression sur le larynx, et celui-ci fait de plus, pendant la déglutition des mouvements étendus. Ces douleurs peuvent être tellement vives que la nutrition du malade soit gravement compromise. — Même après guérison, les syphilides tertiaires du larynx conservent presque toujours une haute gravité. En premier lieu, s'il s'est produit une cicatrice ou une ankylose définitive du cartilage arythénoïde, l'*altération vocale* devient persistante ; de plus, les dangers d'un rétrécissement sont encore beaucoup plus grands que dans les ulcérations du pharynx. Si les cordes vocales viennent à contracter des adhérences partielles, qu'il se forme entre elles des ponts cicatriciels, la lumière du larynx subit une *sténose* considérable ; la voix s'altère profondément et il se produit des symptômes

de dyspnée assez graves pour menacer la vie du malade.

Il nous reste à signaler une maladie particulière du larynx, qui n'est pas spéciale à la syphilis et peut résulter de toute une série d'autres affections : c'est l'hypertrophie de la muqueuse située au-dessous de la fente vocale : cette hypertrophie se révèle au laryngoscope comme une tumeur volumineuse et, quand elle a acquis un grand développement, provoque aussi une dyspnée intense (*Laryngitis hypoglottica hypertrophica*).

La trachée et les grosses bronches peuvent aussi devenir le siège d'accidents tertiaires ; ici encore l'infiltration spécifique détruit les tissus, exfolie les cartilages et amène, entre les organes voisins, des communications anormales (œsophage, gros vaisseaux). Mais les conséquences les plus graves de ces lésions sont les rétrécissements cicatriciels que subit la lumière du tube respiratoire, ainsi que les troubles de la respiration qui en résultent. Il est possible parfois d'apercevoir la lésion au laryngoscope ; mais, d'ordinaire, on n'arrive au diagnostic qu'en se basant sur les symptômes de sténose trachéale.

Tandis que la partie supérieure de l'appareil digestif est si souvent atteinte de syphilis tertiaire, les organes situés au dessous du pharynx ne le sont que très rarement. Du moins ne possède-t-on qu'un nombre très restreint d'observations de syphilis tertiaire de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin : ce sont des infiltrations gommeuses, des ulcérations, des rétrécissements cicatriciels. L'extrémité terminale du tube digestif, le rectum fait seule exception ; on y observe assez souvent des gommés, et les ulcérations caractéristiques qui en dérivent ont pour conséquence le rétrécissement du gros intestin. Il ne faut pas confondre ces ulcérations avec d'autres ulcères qu'on rencontre plus fréquemment sur la muqueuse du rectum : ces ulcères — presque spéciaux à la femme — n'ont pas de caractère typique ; souvent aussi ils donnent naissance à un rétrécissement du rectum ; mais il est certain qu'ils reconnaissent une autre cause que la syphilis et que selon toute vraisemblance, ils sont dus soit à une infection blennorrhagique, soit à des traumatismes (cf. le chap. sur la blennorrhagie rectale).

La syphilis tertiaire est très rare sur la muqueuse uro-génitale. On ne possède que quelques observations de gommés, d'ulcérations ou de cicatrices du canal de l'urèthre, de la vessie ou de la muqueuse des organes génitaux de la femme.

Les syphilômes des muqueuses peuvent apparaître à toutes les époques de la période tertiaire ; parfois ils sont très précoces et débent peu d'années après l'infection ; par contre ils ne se développent parfois que dix, vingt ans après celle-ci.

Diagnostic. — Pour commencer, nous ne nous occuperons que des lésions tertiaires les plus fréquentes, c'est-à-dire de celles du nez, de la bouche, du pharynx et du larynx ; nous avons à les distinguer : 1° du groupe naturel des lésions tuberculeuses, scrofuleuses, lupéuses et de la lèpre ; 2° du carcinôme. — Les ulcérations tuberculeuses et scrofuleuses des muqueuses n'ont pas, comme les syphilides, les bords taillés à pic : ils paraissent rongés et souvent sinueux. Au pourtour de l'ulcération tuberculeuse on trouve souvent, disséminés dans la muqueuse, des nodules gris ou jaunâtres qui sont des granulations tuberculeuses miliaires. Dans la syphilis comme dans la tuberculose, il existe du reste toujours d'autres symptômes de l'affection : ainsi, la tuberculose des muqueuses ne s'observe qu'à une période avancée de la tuberculose d'un autre organe, ordinairement des poumons ; les ulcérations scrofuleuses s'accompagnent d'ulcères scrofuleux à la peau, de tuméfaction et de suppuration des ganglions lymphatiques. Le lupus des muqueuses, au stade où on peut le confondre avec la syphilis, coexiste presque toujours avec un lupus de la peau, ce qui facilite beaucoup le diagnostic. Ces trois affections atteignent beaucoup plus rarement les os que ne le fait la syphilis et produisent donc beaucoup moins souvent des perforations osseuses. Le critérium le plus certain est la démonstration des bacilles de la tuberculose ; cette recherche, très difficile à faire pour le lupus, est très simple dans la tuberculose proprement dite des muqueuses. Ce n'est qu'à la partie antérieure du septum qu'on observe des perforations dues à des processus ulcératifs d'origine non syphilitique (ulcère provoqué par le chrome) ; aussi ne faut-il s'en servir qu'avec prudence pour poser le diagnostic de la syphilis.

Une autre maladie infectieuse, la lèpre, a parfois la même action destructive que la syphilis sur les muqueuses et les organes qu'elles recouvrent ; toutefois le diagnostic est facilité par la coexistence de lésions caractéristiques qui ne font jamais défaut sur d'autres parties du corps.

Le carcinôme présente beaucoup plus de tendance que la syphilis à constituer de véritables tumeurs ; les gommés des muqueuses

n'atteignent que rarement un volume considérable et il est encore plus rare qu'elles conservent longtemps l'aspect d'une tumeur, grâce à l'ulcération qui l'envahit bientôt. C'est à la *langue* que le diagnostic présente le plus de difficultés ; comme nous l'avons déjà dit, la gomme de la langue, dont le point de départ se trouve dans la musculature, peut atteindre un notable volume et subit moins facilement la fonte ulcéralive.

Dans les cas qui laissent le moindre doute, si l'analyse microscopique d'un débris excisé ne permet pas d'établir un diagnostic certain (tuberculose, carcinôme), le devoir du médecin est, *avant d'employer tout autre traitement*, de prescrire pendant un certain temps l'*iodure de potassium* à dose suffisante ; l'action puissante que ce médicament exerce sur les syphilides tertiaires des muqueuses, se manifeste déjà très nettement au bout d'une ou deux semaines ; cette expérience permet d'éviter des erreurs de diagnostic et de traitement, dont les conséquences pourraient être très sérieuses pour le malade.

Le **Pronostic** des affections tertiaires des muqueuses est intimement lié à la période à laquelle on commence le traitement. En lui-même, ce pronostic n'est pas fâcheux : lorsque l'affection est reconnue à temps et énergiquement traitée, la guérison se produit toujours rapidement, sous l'influence de l'iodure de potassium, dont l'action, sur ces gommes, est peut-être plus éclatante encore que sur les gommes cutanées. Même dans les cas avancés, ce médicament répond toujours à l'attente et active la cicatrisation du ulcère ; quant aux ravages déjà produits, il est évident qu'il ne saurait les réparer ; il en est de même pour les rétractions cicatricielles : l'iodure n'a, évidemment aucune prise sur ces accidents. Malheureusement, ce sont ces dévastations, ces troubles fonctionnels qui, dans certains cas, donnent précisément à la maladie toute sa gravité et mettent parfois en péril la vie du malade.

CHAPITRE X

LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES DES ORGANES DE MOUVEMENT

I. — AFFECTIONS SYPHILITIQUES DES OS

De tous les organes du mouvement, ce sont les os que la syphilis attaque de préférence. — En faisant l'étude des **affections syphilitiques des os** nous ne nous occuperons pas des altérations osseuses dans lesquelles le processus spécifique, parti d'un organe voisin, envahit secondairement le périoste, le détruit et provoque la nécrose de l'os ; ces lésions de la substance osseuse ne sont pas primitives, la nécrose ne se produisant que par arrêt de circulation. Nous avons déjà étudié ces accidents, qui frappent surtout les os simplement recouverts d'une muqueuse, tels que le palais, les os du nez.

Les affections proprement dites du système osseux se divisent en deux groupes : dans le premier, la maladie débute dans le *périoste* ; dans le seconde, dans la *substance osseuse* elle-même. Cette division n'est pas absolue, car pendant l'évolution du mal, la partie primitivement saine finit par participer, elle aussi, à l'altération morbide : ceci s'applique surtout aux affections primitives du périoste qui, presque toujours, entraînent à leur suite une lésion de la substance osseuse.

La **périostite syphilitique** se traduit par la formation de tuméfactions plus ou moins étendues, de consistance élastique ; elles sont constituées par une substance d'apparence gélatineuse ou lardacée qui se dépose ordinairement à la surface interne du périoste, entre celui-ci et l'os. L'examen microscopique de la tumeur démontre qu'elle a essentiellement la même structure que les gommes ordinaires. Parfois ces dépôts émettent des prolongements coniques qui s'enfoncent dans les canalicules osseux élargis. Ces périostoses ont trois terminaisons différentes. Dans certains cas, il se produit sous l'infiltrat, une *résorption* du tissu osseux, une usure ; l'os se creuse d'une excavation affectant un