

l'apparence d'un abcès aigu. Bouisson pense qu'on peut rapporter à cette affection un certain nombre de cas d'abcès pelviens, de psoriasis et d'inflammation du muscle iliaque. A la troisième période, la tumeur ne se ramollit plus; elle prend une dureté presque cartilagineuse et même osseuse. Ces ossifications musculaires peuvent quelquefois s'accompagner d'exostoses.

Les tumeurs en question peuvent s'observer dans les muscles de la cuisse ou du mollet, dans le trapèze, le sterno-mastoïdien, le grand pectoral, etc. C'est cependant dans la langue qu'elles sont le plus communément observées, bien qu'on puisse en trouver partout. Dans le larynx elles peuvent être prises pour de la phthisie laryngée. Comme nous l'avons déjà dit, la transformation osseuse peut être le résultat de la syphilis musculaire.

La marche de cette affection est lente et insidieuse. Très souvent le malade lui-même en ignore l'existence, même quand elle a duré un temps considérable. Les douleurs qui se manifestent fréquemment au début de la maladie, peuvent être prises pour des douleurs rhumatismales. Plus tard, dans le cas de gommages, quand la tumeur se ramollit, elle est prise pour un abcès. J'ai vu cette erreur commise nombre de fois et j'ai vu des gommages musculaires, qui avaient été traités pendant un temps considérable par des cataplasmes, sans que la véritable nature de la lésion ait été soupçonnée.

En général, la syphilis musculaire tend à guérir sous l'influence d'un traitement approprié. La forme diffuse pourtant peut se terminer par l'atrophie ou la destruction d'un certain nombre de fibres musculaires, ce qui conduit à une rétraction musculaire permanente.

Le diagnostic des lésions syphilitiques des muscles n'est pas difficile, quand on prend en considération les symptômes concomitants, qui appartiennent en général aux accidents tardifs. Les abcès et le cancer, avec lesquels on confond quelquefois les gommages ramollies, peuvent se distinguer aux caractères indiqués à propos des gommages de la peau.

#### TENDONS.

Les affections syphilitiques des tendons ressemblent beaucoup à celles des muscles. Elles

consistent soit en un épaississement partiel, ou en petits nodules gommeux logés dans les tendons ou dans les membranes aponévrotiques.

Ce sont les tendons les plus gros et les plus fermes qui sont le plus souvent atteints. Le tendon d'Achille et les tendons du biceps et du quadriceps fémoral sont ceux qui sont le plus fréquemment le siège de l'affection. Nélaton a vu deux tumeurs gommeuses de ce dernier tendon, qui simulaient un corps étranger du genou. Dans un autre cas, la tumeur, qui occupait le muscle droit de la cuisse, devint le point de départ d'une hydarthrose, qui aurait pu être facilement prise pour une tumeur blanche (1).

Les affections syphilitiques des aponévroses ne sont pas ordinairement douloureuses. Celles qui ont pour siège les tendons musculaires donnent naissance à de la douleur pendant les contractions, qu'elles peuvent entraver plus ou moins. Ordinairement sous-cutanés, ces néoplasmes se montrent tout d'abord sous la forme de petits nodules durs, nettement limités, à contours abrupts. Plus tard, ils se ramollissent, la peau qui les recouvre devient rouge et enflammée; il se fait une ulcération, donnant issue au produit gommeux ramolli, lequel n'est pas purulent, mais est constitué par un liquide ténu et incolore ou légèrement teinté de sang. Ces ulcérations sont lentes à guérir, mais finalement elles guérissent, sans qu'il se fasse de rétraction tendineuse. Après que la suppuration s'est établie, il n'est pas difficile de faire le diagnostic, mais au début de la syphilis des tendons, il est souvent difficile de distinguer les lésions des ganglions ordinaires qu'on trouve dans les mêmes régions. Ces ganglions sont réductibles cependant, et aussi ont une marche très différente. Les névromes, qui peuvent quelquefois être confondus avec les lésions syphilitiques des tendons, sont douloureux; ils ont également ordinairement un siège différent (2).

Le pronostic de ces affections est favorable. Ils ne déterminent aucun désordre permanent des parties atteintes.

(1) Saint-Arroman, *Th. de Paris*, 1858.

(2) Voir Notta, *Recherches sur une affection particulière des gaines tendineuses de la main, caractérisée par le développement d'une nodosité sur le tendon des fléchisseurs des doigts* (*Arch. gén. de Méd.*, t. XXIV, 4<sup>e</sup> série, p. 142).

#### SYPHILIS PÉRIOSTIQUE ET OSSEUSE.

Les affections syphilitiques du périoste et des os sont fréquentes. On supposait autrefois qu'elles appartenait toutes aux périodes tardives de la maladie, mais on sait aujourd'hui qu'elles apparaissent de très bonne heure et qu'elles coïncident dans quelques cas avec les syphilides papuleuses (1).

#### DOULEURS OSTÉOCOPES.

Le nom d'*ostéocopes* a été donné à certaines douleurs osseuses, qu'on observe non seulement dans la syphilis, mais dans d'autres affections étrangères à cette maladie. Cependant, comme c'est surtout chez les syphilitiques qu'elles se produisent, cette désignation s'est associée exclusivement à l'idée de la syphilis, particulièrement à celle de la syphilis tardive.

Ce sont des douleurs spontanées; elle s'exagèrent à la pression et ont pour siège habituel les os superficiels, tels que ceux du crâne, le tibia, la clavicule, le radius et le cubitus, le sternum, etc.; elles se distinguent par leur fixité des douleurs rhumatismales, lesquelles sont plus mobiles. Ce qui les caractérise principalement, c'est qu'elles acquièrent leur maximum d'intensité vers minuit ou une heure du matin. Ricord disait que ces exacerbations étaient dues à la chaleur du lit, et ajoutait que les malades, que leur métier forçait à faire du jour la nuit, comme les boulangers, souffraient de leurs douleurs ostéocopes quand ils se mettaient au lit, c'est-à-dire pendant le jour. Cette explication, cependant, ne s'applique pas à tous les cas, car souvent les douleurs reparissent toujours à la même heure, que les malades soient au lit ou non.

Ces douleurs sont d'abord modérées, mais elles augmentent graduellement d'intensité, et sont quelquefois assez violentes pour arracher des cris au malade. Dans quelques cas elles constituent le seul symptôme de la maladie, mais plus fréquemment elles sont simplement le signe d'une altération matérielle de l'os. Assez souvent les douleurs ostéocopes se fixent sur un os en un point, et il n'est pas rare de voir par la suite une périostose ou une exostose se développer au même endroit.

(1) Voir Mauriac, *Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux*. Paris, 1872, et *Leçons sur les maladies vénériennes*. Paris, 1883.

Bien qu'elles se manifestent communément à une période avancée de la syphilis, ces douleurs peuvent se faire sentir à toute époque, même de très bonne heure. Les douleurs ostéocopes se distinguent des douleurs rhumatismales syphilitiques non seulement par leur fixité, comme nous l'avons dit, mais parce qu'elles sont exaspérées par la pression. Les douleurs rhumatismales sont erratiques, et la pression ne les modifie pas.

#### INFILTRATION GOMMEUSE DIFFUSE.

Cette forme d'affection osseuse syphilitique (1) est caractérisée par un dépôt plus ou moins général de substance gommeuse, diffusée dans les parties profondes ou superficielles de la substance osseuse. Cette infiltration est bientôt suivie d'un travail de résorption, lequel, sous l'influence du traitement, peut amener la disparition complète du produit morbide, ou bien, quand l'affection est abandonnée à elle-même, peut amener la nécrose et l'élimination d'un séquestre. Quelquefois les choses prennent une tournure différente: au lieu de déterminer la destruction d'une partie de l'os, l'affection peut donner naissance à du tissu osseux nouveau. Dans le corps de l'os le processus prend le nom d'*ostéite condensante*; à la surface il détermine la production d'*ostéophytes* et d'*exostoses*.

L'ostéite plastique est l'accompagnement constant de l'action néoplasique; elle se montre au voisinage immédiat de la néoplasie, et comme la conséquence d'une irritation modérée. Il résulte de cette inflammation plastique que les lacunes et les cavités, que laisse après sa disparition la néoplasie syphilitique, se remplissent et se combent d'une substance nouvelle; l'os revient ainsi à sa densité normale, qui est quelquefois même dépassée: dans ce dernier cas il se fait de l'éburnation, les canaux de Havers s'oblitérent, et il peut se faire de l'hyperostose, qui atteint quelquefois un degré tel, que, sur le crâne, les os peuvent atteindre un pouce d'épaisseur. Quand le processus va un peu plus loin, la nutrition est compromise, et la portion de l'os malade se nécrose et est rejetée sous forme d'un séquestre éburné.

(1) J'ai suivi la description de Jullien pour les lésions osseuses de la syphilis acquise (*Traité pratique des mal. vénér.*).

Quand il est superficiel, le néoplasme prend naissance dans le périoste ou du moins dans sa couche médullaire; aussi lui donne-t-on quelquefois le nom de *périostite* (fig. 64).

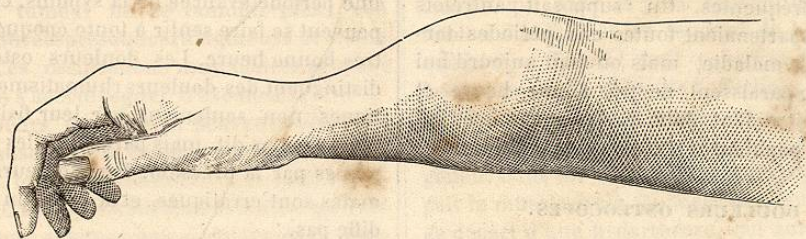


Fig. 64. — Périostite (nodule osseux) de l'avant-bras dans la syphilis héréditaire.

osseuse est assez lâchement adhérente au corps de l'os. Cellulaire d'abord, cette néoplasie finit par devenir compacte par le dépôt de nouvelles lamelles autour des trabécules originelles; elle peut même aller jusqu'à l'éburnation.

D'autre part, l'exostose est dite *parenchymateuse* quand la tumeur, bien que visible à l'extérieur, est la conséquence d'une néoplasie osseuse dans l'épaisseur de l'os même.

#### INFILTRATION GOMMEUSE CIRCONSCRITE.

A la surface de l'os, les gommès se présentent sous la forme d'une lésion nettement circonscrite. On les a surtout étudiées sur le crâne. La

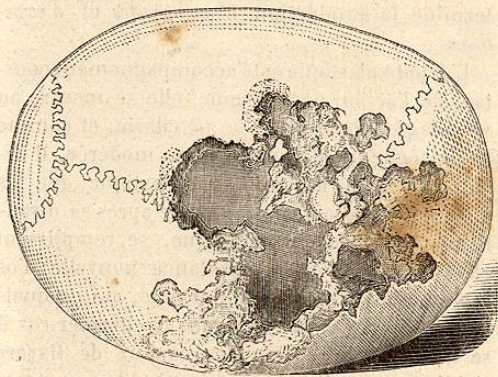


Fig. 65. — Nécrose du crâne, disparition de toute l'épaisseur de l'os, à la suite de gommès. (Pièce anatomique du musée Mütter du Collège des médecins de Philadelphie).

substance du néoplasme, gélatineux en apparence, s'accumule entre l'os et la dure-mère d'un côté, ou entre l'os et le périoste de l'autre côté; elle pénètre la substance osseuse comme

C'est le tibia qui est le siège le plus habituel de cette forme diffuse de la syphilis osseuse. On donne le nom d'*exostose épiphysaire* à une forme de périostite, dans laquelle la néoplasie

un coin et en détermine l'absorption progressive. Quand deux gommès se développent en face l'une de l'autre, et se rencontrent au milieu du diploé, il en résulte une perforation (Voir fig. 65). Sous l'influence du traitement, les gommès circonscrites des os subissent graduellement la métamorphose lardacée ou caséuse, et se résorbent, laissant pourtant après elles une cicatrice étoilée, rendue plus apparente par les dépôts plastiques périphériques dus à l'irritation de voisinage. Virchow donne à ce processus le nom de *carie sèche*, mais, d'après quelques autres syphilographes, le processus gommeux suffit à rendre compte de ces faits.

L'évolution des gommès, qui se développent à l'intérieur des os, en particulier des os longs, n'est pas très bien connue. Les planches de Ricord montrent que ces tumeurs peuvent occuper la cavité médullaire, où elles présentent l'aspect d'une masse lardacée, autour de laquelle le tissu compact est plus rouge et plus poreux. Dans le tissu spongieux des extrémités des os longs de la main et du pied, spécialement chez les très jeunes enfants, la gomme peut se présenter sous l'apparence d'un *spina ventosa*. Le tissu compact et le périoste, repoussés en dehors, se distendent comme un globe de verre fondu sous le souffle de l'ouvrier verrier, et forment une sorte de coquille à parois extrêmement minces, comme le montre la figure 66, qui représente la main d'une jeune fille de couleur que j'ai soignée à l'hôpital de l'Université. Cette affection à évolution lente disparaît, sous l'influence du traitement, par résorption du néoplasme, sans laisser de trace de son existence. Abandonnée à elle-même, elle peut produire de graves difformités.

Comme nous l'avons dit, la nécrose est assez souvent la conséquence des affections gom-

meuses des os. La suppuration, les phlegmons, les ouvertures à bords renversés, les fistules, les pertes de substances de la peau, etc., sont les conséquences apparentes de la nécrose

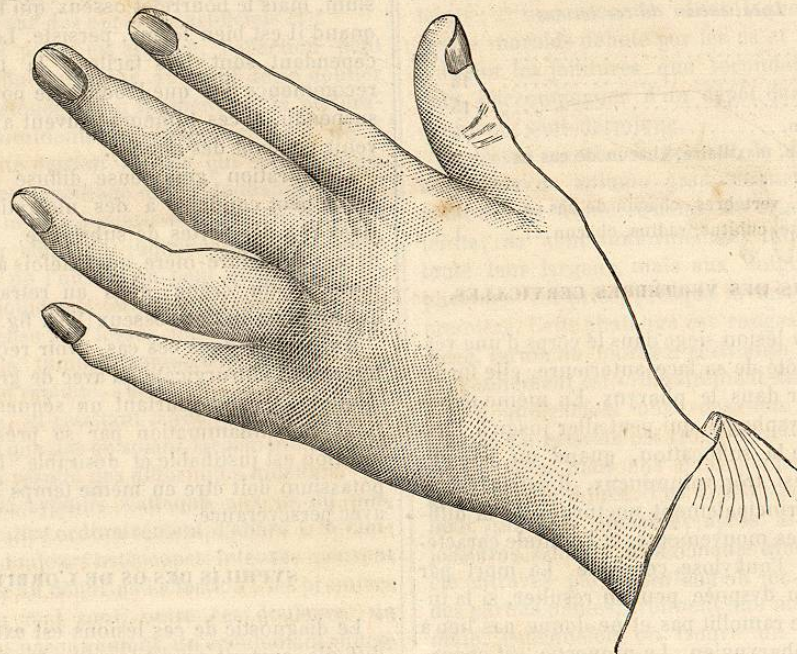


Fig. 66. — Affection des os de la main; syphilis héréditaire (dactylite syphilitique).

syphilitique; elle ne diffère pas, sous ce rapport, des autres nécroses. Quelquefois un

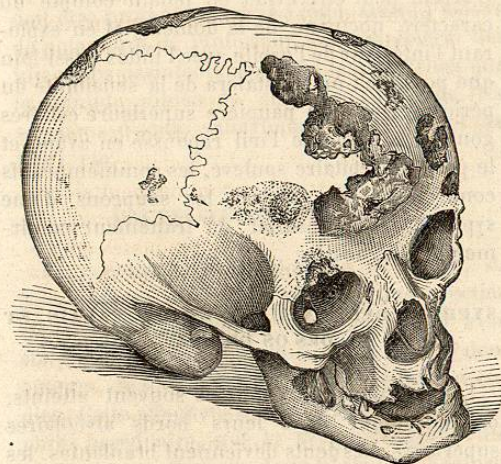


Fig. 67. — Nécrose du crâne ayant succédé à des gommès circonscrites (d'après une pièce du musée Mütter du Collège des médecins de Philadelphie).

séquestre est entouré et enclavé dans les tissus sus-jacents hypertrophiés, comme dans une por-

tion de l'os éburné qui l'entoure. La nécrose syphilitique peut s'étendre par la formation de nouveaux dépôts gommeux, qui donnent au bord de l'os nécrosé une forme polycyclique particulière, laquelle est tout à fait caractéristique et s'observe surtout sur le crâne (fig. 67).

Il règne encore parmi les ignorants une superstition absurde: le mercure est regardé par eux comme une cause d'affections osseuses. Il est à peine nécessaire de dire que cette croyance ne repose sur aucun fondement. D'une part, il existe des statistiques nombreuses qui montrent que la syphilis non traitée est plus apte à créer des affections des os; et d'autre part, on sait que les ouvriers des mines de mercure ou ceux qui manient ce métal ne sont pas plus sujets aux affections osseuses que les autres individus.

Les tableaux suivants, empruntés à Jullien, montrent la fréquence relative des différentes affections osseuses syphilitiques et leur siège.

Fréquence comparative des différentes formes des affections osseuses syphilitiques (Jullien).

Ostéite et ostéo-périostite.....	12 cas
Gommès circonscrites.....	11

Nécrose (élimination d'un os).....	20 cas
Exostose.....	15
Périostose.....	7

*Localisation de ces lésions.*

Nez.....	19 cas
Tibia.....	15
Palais.....	15
Sternum.....	5
Clavicule, maxillaire, chacun de ces os.	2
Frontal.....	2
Pariétal, vertèbres, chacun de ces os..	1
Omoplate, cubitus, radius, chacun.....	1

**SYPHILIS DES VERTÈBRES CERVICALES.**

Quand la lésion siège dans le corps d'une vertèbre, du côté de sa face antérieure, elle forme une tumeur dans le pharynx. En même temps que de la dysphagie, qui peut aller jusqu'à l'imminence de la suffocation, quand un bol alimentaire est trop volumineux, il existe de la douleur, principalement nocturne, de la difficulté dans les mouvements, et l'attitude caractéristique de l'ankylose cervicale. La mort par inanition ou dyspnée peut en résulter, si la tumeur ne se ramollit pas et ne donne pas lieu à un abcès pharyngien. Le pronostic est encore plus grave, quand la lésion est située dans la cavité médullaire. Les symptômes de compression, la paralysie ou l'irritation de la moelle sont d'un diagnostic très difficile; la cause de ces accidents, sinon leur nature, reste obscure. Si la lésion est confinée aux apophyses transverses, quelques-uns des nerfs spinaux peuvent être comprimés; ils déterminent des troubles fonctionnels, variables, selon le nerf qui est comprimé (1).

**SYPHILIS CRANIENNE.**

La céphalalgie qui accompagne le développement des gommés du crâne est si intense qu'elle fait quelquefois soupçonner des lésions plus profondes. Le malade est rendu presque fou par la douleur de la lésion osseuse combinée à celle que détermine la pression directe sur le crâne. Les gommés circonscrites forment des tumeurs à développement lent sur le front, les tempes, etc.; elles peuvent atteindre un volume considérable; elles présentent un rebord de tissu osseux dur, élevé, résultat de l'irritation cau-

(1) Voir un cas intéressant de syphilis des vertèbres dorsales et lombaires. Fournier, un cas de maladie de Pott d'origine syphilitique, *Ann. de Derm. et de Syph.*, n. s., t. II, p. 19.

sée par les tumeurs. Ces tumeurs ont peu de tendance à s'ulcérer; elles disparaissent très rapidement sous l'influence de l'iodure de potassium, mais le bourrelet osseux qui les entoure, quand il est bien formé, persiste. Les rechutes cependant sont très faciles; la tuméfaction recommence dès que l'iodure de potassium est suspendu, et ces tumeurs peuvent ainsi aller et venir pendant des années.

L'infiltration gommeuse diffuse des os du crâne peut conduire à des ulcérations extensives et à des pertes de substance, avec déformation de la dure-mère, quelquefois à des déformations du crâne dues au retrait qui suit l'absorption du tissu osseux (Voy. fig. 63).

On ne doit, dans ces cas, avoir recours à l'intervention chirurgicale qu'avec de grandes précautions. Quand pourtant un séquestre entretient de l'inflammation par sa présence, son ablation est justifiable et désirable. L'iodure de potassium doit être en même temps administré avec persévérance.

**SYPHILIS DES OS DE L'ORBITE.**

Le diagnostic de ces lésions est extrêmement difficile, surtout quand les symptômes ne sont pas très marqués; ils peuvent se borner en effet à un léger cédème des paupières accompagné d'un point douloureux. Dans ce cas on diagnostique souvent une névralgie simple, et la quinine est administrée au détriment du malade. L'erreur peut être évitée en tenant compte du caractère nocturne de la douleur, et en explorant l'intérieur de l'orbite avec l'index aussi loin que possible; on constatera de la sensibilité du périoste. Quand la paupière supérieure est très gonflée, le globe de l'œil repoussé en avant, et le périoste orbitaire soulevé, les commémoratifs confirmeront en général les soupçons d'une syphilis, et le résultat du traitement confirmera le diagnostic.

**SYPHILIS DES MAXILLAIRES, DU PALAIS ET DES OS DU NEZ.**

Les maxillaires sont assez souvent atteints, ordinairement dans leurs bords alvéolaires supérieurs. Les dents deviennent branlantes, les gencives rouges et gonflées, et il y apparaît des ulcérations qui donnent au pus une odeur nauséabonde. La fétidité de l'haleine et la difficulté de la parole, la mastication et la déglutition rendent cette affection extrêmement désagréable et pénible pour le malade et pour son entourage.

Des portions de maxillaires, des dents, etc., se détachent, et il en résulte souvent des difformités sérieuses; mais on peut presque toujours y remédier par des appareils artificiels (1).

Quand le palais est attaqué, l'affection peut avoir un début insidieux, au point de ne donner signe d'existence qu'au moment où la perforation est imminente. Heureusement, s'il n'y a qu'une petite portion de l'os qui soit détruite, on peut tirer avantage de la tendance qu'ont les parties molles à guérir et à couvrir la difformité, et en stimulant judicieusement les bords granuleux de l'ulcère on peut quelquefois les faire se rejoindre et fermer ainsi par une cloison membraneuse les fosses nasales. Quelquefois pourtant la tumeur gommeuse pénètre avec une grande rapidité, s'attaquant au palais et aux os du nez, et résistant à tous les traitements, jusqu'à ce que les os soient largement détruits et qu'il en résulte des difformités hideuses.

Quand la syphilis s'attaque aux os du nez, elle se localise ordinairement d'abord à la cloison. Des douleurs ostéocopes intenses peuvent se montrer au début de l'affection; les premiers signes du mal sont, outre ces douleurs, du coryza, du nasonnement, un écoulement mucopurulent, de l'ozène et l'élimination de fragments osseux. La nécrose des différents os du nez et son aplatissement est un effet commun de la syphilis; le vomer reste ordinairement intact.

Le traitement de la syphilis des os du nez doit être prompt et poussé à fond. Outre l'iodure de potassium à l'intérieur, on emploiera des injections désinfectantes fréquentes, telles que la solution diluée de chlorate de soude, les solutions d'acide salicylique ou de chloral (au 100<sup>e</sup>), etc.

**DACTYLITE SYPHILITIQUE.**

Sous cette dénomination, le Dr Taylor, de New-York, a décrit en 1871 (2), une affection rare des doigts et des orteils à laquelle il avait été précédemment fait allusion par un ou deux auteurs, mais qui n'avait jamais été bien étudiée. Cette affection a pour origine soit la syphilis héréditaire, soit la syphilis acquise: elle est beaucoup plus rare dans la syphilis acquise; on n'en a publié au plus que vingt-quatre obser-

(1) Voir Jullien, *op. cit.*, p. 875; ainsi que les *Traité de chirurgie dentaire*.

(2) Taylor, *Am. Journ. Syph. and Derm.*, vol. II, p. 1. Voir aussi Wigglesworth, *Un cas de dactylite syphil.*, *Amer. Journ. Syph. and Derm.*, vol. III, 1873, p. 142.

vations. Elle présente deux variétés: 1<sup>o</sup> l'une, dans laquelle le tissu conjonctif sous-cutané et les éléments fibreux des articulations sont atteints; 2<sup>o</sup> une seconde, dans laquelle le processus morbide débute par les os et le périoste, n'atteint les jointures que secondairement, et peut s'accompagner d'un dépôt dans le tissu conjonctif sous-dermique.

La lésion marche lentement, le doigt affecté augmente de volume graduellement, et devient dur et ferme. Quand les orteils sont atteints, ils sont uniformément tuméfiés dans toute leur largeur, mais aux doigts une seule phalange est prise, presque invariablement la première. Cette phalange est rougeâtre ou violacée, ferme au toucher, résistante et tendue. Le gonflement est ordinairement indolent, mais il y a quelquefois une sensation de douleur sourde. Le périoste est atteint dans cette forme de dactylite, mais l'os n'est que très peu intéressé, quand il l'est. Les articulations se prennent quelques semaines après le début: les jointures, dont les mouvements avaient d'abord été entravés par le gonflement et l'infiltration des parties molles, prennent une mobilité anormale. Quelquefois on trouve un léger degré d'hyarthrose et de la crépitation au niveau de la jointure. Un seul doigt ou un seul orteil, ou plusieurs peuvent être malades, soit sur une seule main ou un seul pied, soit sur plusieurs: un doigt peut le devenir après un autre, ou plusieurs peuvent le devenir simultanément. L'affection a une marche chronique. Il n'y a pas de tendance à l'ulcération. On observe généralement une restauration complète de l'état normal, quand le traitement est institué à temps. Quand la maladie est négligée, les jointures peuvent perdre leurs fonctions d'une manière permanente, et les os peuvent conserver un volume anormal.

La seconde forme de la dactylite syphilitique est nettement limitée à l'os, et est due soit à de la périostite, soit à de l'ostéo-myélite. L'affection peut progresser rapidement, lentement ou en présentant des intermissions. Plus elle est précoce, plus sa marche est aiguë. Ordinairement une seule phalange est prise, le plus souvent la première; elle devient le siège d'un gonflement considérable, prend la forme d'un gland ou une forme ballonnée, et devient dure et tendue; les téguments restent sans altération, ou deviennent lisses et rouges, si le processus a une marche rapide. Plusieurs phalanges peuvent être prises, ou bien un certain nombre de doigts ou d'orteils, ou bien encore une main ou

un pied ou les deux mains ou les deux pieds. Ce sont les mains qui sont le plus souvent atteintes.

Les éléments de l'articulation sont ordinairement très épaissis. Quand la dactylite a duré un mois environ, on peut produire de la crépitation en frottant les surfaces articulaires l'une contre l'autre; cette crépitation est le résultat de l'érosion produite par les troubles nutritifs. La mobilité des jointures peut être amoindrie, ou peut au contraire être anormalement exagérée.

Ces tumeurs osseuses sont très indolentes. Le dépôt gommeux peut être résorbé graduellement au bout d'un certain temps, ou se ramollir et être éliminé; l'os lui-même peut alors conserver des changements définitifs de dimension et de forme, et les fonctions du doigt peuvent demeurer très compromises. Il n'y a que peu ou pas de douleur.

Cette affection appartient aux manifestations tardives de la syphilis; elle se rencontre communément entre la cinquième et la quinzième année. Exceptionnellement elle apparaît de bonne heure; dans un cas elle s'est développée le dix-huitième mois après l'infection.

Il est très important de reconnaître dès leur

début ces deux formes de la dactylite; car il faut s'y prendre de bonne heure et instituer un traitement sérieux pour prévenir les difformités permanentes. On pourrait prendre la variété sous-cutanée à son début pour un paroxysme, mais l'absence de symptômes inflammatoires aigus, et surtout l'absence de douleurs, servira à établir le diagnostic. Le caractère subaigu de la dactylite servira aussi à la distinguer de la goutte. Quand plusieurs jointures sont atteintes, on pourrait penser à une arthrite rhumatismale, mais dans ce cas encore il y a de symptômes inflammatoires et de la douleur, qu'on ne trouve pas dans la dactylite; les deux affections n'attaquent pas la phalange de la même manière, et la dactylite a de bonne heure une tendance à produire une déformation caractéristique. Les enchondromes ou les exostoses, qu'on pourrait confondre avec la dactylite, déterminent une tuméfaction plus localisée, limitée à une portion de la circonférence de l'os. Le pronostic de la dactylite est favorable, si on a recours de bonne heure au traitement mixte. On se trouvera bien quelquefois de faire de la compression avec un emplâtre mercuriel étendu sur une peau de chamois.

#### SYPHILIS DES ARTICULATIONS.

L'étude de l'arthrite syphilitique a été commencée par Richet dans sa monographie classique publiée en 1853 (1), mais nos connaissances à ce sujet ont été augmentées par les travaux de Lanceraux et d'autres auteurs.

L'arthrite syphilitique est une manifestation très tardive de la syphilis; elle apparaît souvent dix, douze ou même vingt ans après l'infection, et diffère de arthropathies du début surtout parce qu'elle reste confinée ordinairement à une seule articulation. L'articulation du genou, en particulier du genou gâche, est le siège le plus commun de cette affection; mais fréquemment le poignet, le coude, la cheville, l'articulation temporo-maxillaire, la hanche, etc., sont atteints.

L'arthrite syphilitique a son point de départ soit dans la synoviale et les tissus fibreux de l'articulation, soit dans les os et le périoste. Dans le tissu cellulaire sous-synovial et dans celui de la capsule, l'affection syphilitique se

(1) Richet, *Mémoire sur les tumeurs blanches (Mémoires de l'Académie de médecine, Paris, 1853, tome XVII, p. 37).*

présente sous forme de petites masses jaunâtres sèches, élastiques, un peu molles. Secondairement se produit de l'érosion des cartilages, due selon toute probabilité à ce que les tissus synoviaux et fibreux, dont leur nutrition dépend, sont malades. Il y a presque toujours de l'épanchement dans l'articulation. Dans un cas où l'examen fut fait, le liquide de l'épanchement était épais, filandreux, trouble et très fibrineux. Sous le microscope on trouva des globules amorphes, des cellules épithéliales et des globules rouges altérés, contenus dans un réseau albumineux abondant.

Les lésions osseuses liées aux lésions articulaires prennent la forme de tumeurs, hyperostoses uniformes du tissu spongieux des os dues à une ostéo-périostite plus ou moins intense. Il est rare que la surface articulaire tout entière soit malade; l'affection est ordinairement circonscrite.

Jullien pense que la synovite tardive peut être un résultat éloigné des lésions syphilitiques précoces de l'articulation. En tous cas, l'affection débute lentement et insidieusement, et est d'abord méconnue. Au bout d'un certain temps la

jointure devient le siège d'une certaine raideur ou d'une certaine tension; puis il se produit de l'épanchement. La disparition et la réapparition des symptômes congestifs qui donnent naissance à cette hydarthrose sont au nombre des signes les plus certains de l'origine syphilitique de l'affection. La palpation révèle quelquefois l'existence de plaques sclérosées dans les synoviales, de petites gommes molles, arrondies dans les tissus péri-articulaires. On trouve, en outre, tous les signes ordinaires de l'hydarthrose. Il y a très peu de symptômes réactionnels, et à peine de douleur, soit spontanée, soit à la pression, soit due aux mouvements. Si de plus le malade présente des signes généraux de syphilis, et si l'affection cède rapidement au traitement spécifique, même après une certaine durée, il s'agit certainement d'une arthrite syphilitique.

Quoique les faits manquent pour établir cette proposition, on peut dire pourtant que la forme synoviale de l'arthrite syphilitique est bénigne, et n'a pas de tendance à suppurer ou à s'ulcérer.

La variété osseuse est plus sérieuse. Elle peut se manifester brusquement par des douleurs intenses, généralisées d'abord à toute la jointure, mais se concentrant bientôt en un point. Parfois cette douleur peut être excessive, mais ordinairement elle ne l'est pas; elle se fait sentir la nuit pour disparaître le matin. Le diag-

nostic s'appuiera sur l'examen des extrémités osseuses; les rugosités qu'elles présentent, les nodosités dont elles sont le siège, non moins que leur augmentation de volume, sont caractéristiques. Quelquefois on trouve de l'allongement de l'un des os qui constitue la jointure. L'épanchement est moins marqué que dans l'autre forme d'arthrite, excepté quand les deux formes coexistent, ce qui n'est pas rare. Il est généralement nécessaire d'immobiliser le membre malade dans cette espèce d'arthrite syphilitique, et, à moins qu'on ne mette en usage un traitement antisiphilitique héroïque, elle peut déterminer des difficultés sérieuses.

#### Traitement.

Le traitement habituel de l'arthrite syphilitique consiste dans l'administration de l'iodure de potassium à hautes doses, c'est-à-dire depuis 3 grammes jusqu'à 6 grammes par jour. On peut y joindre le mercure, et dans beaucoup de cas, les toniques généraux sont aussi indiqués. Localement, on peut avoir recours à l'emplâtre de Vigo, ou à l'emplâtre ammoniacal *cum hydrargyro*, auquel j'ai quelquefois associé avantageusement la compression avec une bande élastique. Les larges vésicatoires pansés avec la pommade mercurielle sont utiles. Dans les cas d'épanchements considérables, Jullien recommande la ponction aspiratrice.

#### SYPHILIS DES BOURSES SÉREUSES.

Reyes, de New-York (1), désigne sous le nom de *bursite tertiaire* une lésion tardive qui peut succéder au traumatisme; les bourses séreuses du genou sont les plus souvent atteintes, et l'affection est très souvent double. Elle consiste essentiellement en une prolifération gommeuse des parois épaissies des sacs séreux. Elle débute immédiatement, et s'accompagne habituellement de douleur, dure quelquefois pendant des mois; quand un coup ou une chute produisent de l'inflammation aiguë, il se fait une poussée nouvelle, et des ulcérations extensives peuvent se produire.

#### Traitement.

Le traitement mixte guérit rapidement ces

(1) Reyes, *Syphilis des bourses séreuses* (avec une planche sur bois). *Am. Journ. med. sc.*, 1876.

lésions, qui ne laissent aucune cicatrice quand elles appartiennent à la variété superficielle, mais qui en laissent une après elles, quand il s'est fait des ulcérations profondes (1).

(1) Pour plus de détails, voir les monographies et les articles suivants sur la syphilis des os, des articulations et des bourses séreuses: *Nouvelles formes de nez artificiels* (*Brit. med. Journ.*, 1868); Sigmund, *Zur örtlichen Behandlung syphilitischer Mund, Nasen und Rachenaffectionen* (*Centralbl.*, 1870, p. 653); Hutchinson, *Syphilitic caries of the cranium with abscess of the brain* (*Lancet*, déc. 14, 1872); Caffer, *Fracture presque spontanée du fémur droit consécutive à un ostéo-sarcome chez une syphilitique* (*Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, févr. 1874); *Syphilis dentaire* (*Lancet*, v. I, p. 674, 1876); R. W. Taylor, *Bone syphilis in Children*, New-York, 1876; Richet, *Mémoire sur les tumeurs blanches* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XVII, 1853); R. W. Taylor, *Two cases of syphilitic synovitis of the knee* (*Am. Journ. Soiph. and Derm.*, avril 1871); Verneuil, *Lésions syphilitiques*