

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 paronyxis, 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. Soeph. and Derm.*, avril 1871); Verneuil, *Lésions syphilitiques*

SYPHILIS DU SYSTÈME NERVEUX.

La plus grande partie de ce que nous savons des affections syphilitiques du système nerveux est de date récente, et a été acquise dans ces vingt dernières années. En 1859, l'Académie de médecine de Paris donnait pour sujet de concours : « Des affections nerveuses dues à la diathèse syphilitique. » Trois remarquables monographies (1) qui font époque dans les progrès de la syphiligraphie, parurent, et sont encore consultées avec profit pour les matériaux cliniques importants qu'elles renferment. Depuis cette époque, la presse médicale a constamment publié des monographies et même des livres sur la syphilis du système nerveux en nombre toujours croissant; aujourd'hui la littérature ayant traité à cette question est devenue extrêmement riche.

Il nous est évidemment impossible de donner, dans les limites où cet article doit se renfermer, un compte rendu complet des diverses lésions et des différents symptômes de la syphilis du système nerveux. Le plus que nous puissions faire, est de donner une idée générale du sujet, et de renvoyer le lecteur aux sources originales pour plus ample information.

Des affections nerveuses syphilitiques peuvent se montrer dès le sixième mois (2), et jusqu'à la vingtième année après l'infection. On les observe plus communément chez les hommes que chez les femmes; elles apparaissent surtout entre la vingtième et la trentième année, surtout parce que c'est l'âge à laquelle on contracte le plus souvent la syphilis. Quelques auteurs prétendent que les symptômes nerveux s'observent surtout dans les cas où les manifestations précoces de la syphilis ont été très bénignes, tandis que d'autres soutiennent l'opinion opposée, et considèrent les symptômes graves du début comme les avant-coureurs des affections nerveuses. A mon avis, on ne peut fonder aucun

tertiaires des bourses sous-cutanées et tendineuses (Gaz. hebdomadaire, 1873); Morsan, *Affections syphilitiques des bourses séreuses* (Th. de Paris, 1870); Weil, *Syphilitische Gelenkkrankheiten* (Centrbl. f. Chir., 1877, p. 329); Wigglesworth, *Cases of dactylitis syphilitica* (Am. Journ. Syph. and Derm., 1872, n° 21).

(1) Gros et Lancereaux, *Des affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1861; Lagneau fils, *Maladies syphilitiques du système nerveux*. Paris, 1860; Zambaco, *Des affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1861.

(2) Voir Fournier, *Leçons sur la syphilis*, 2^e éd.; on y trouvera une description clinique complète des troubles nerveux les plus précoces de la syphilis.

pronostic sur la gravité des manifestations du début.

Le tissu nerveux n'est pas habituellement attaqué primitivement, ses lésions sont le résultat de celles des tissus qui l'entourent ou l'enveloppent. Ainsi les lésions des méninges ou des os déterminent le ramollissement ou l'induration du cerveau. Un caractère des affections nerveuses de la syphilis est qu'elles ont une distribution particulière, et qu'elles peuvent apparaître en plusieurs points simultanément, donnant ainsi naissance à des symptômes irréguliers et disparates.

Les accidents nerveux syphilitiques se développent surtout chez les individus d'une constitution nerveuse ou névropathique, héréditaire ou acquise. L'anxiété, les émotions déprimantes, les excès sexuels, l'abus de l'alcool et des narcotiques sont au nombre des causes prédisposantes connues. Les maladies accompagnées de congestion cérébrale, la malaria et d'autres états cachectiques peuvent agir indirectement. Les insulations et les traumatismes du crâne peuvent aussi être comptés parmi les causes prédisposantes.

Anatomie pathologique.

LÉSIONS DES MÉNINGES ENCÉPHALIQUES.

La méningite syphilitique peut être primitive ou secondaire et être due alors à des lésions crâniennes. Nous n'avons à considérer actuellement que la première variété. Les membranes peuvent être atteintes isolément, ou toutes à la fois. Les lésions peuvent être de nature gommeuse, ou elles peuvent consister en infiltrations diffuses accompagnées ou non d'inflammation, ou l'inflammation peut exister seule.

LÉSIONS DE L'ENCÉPHALE.

Les gommages du cerveau se présentent sous la forme de tumeurs irrégulières, de dimensions variables, de consistance ferme. Elles sont presque invariablement situées à la surface ou près de la surface de l'encéphale. Quelquefois elles existent en nombre considérable, et sont disséminées en différentes parties du cerveau, et donnent naissance, comme nous venons de le faire remarquer, à des symptômes dont la diversité même est un embarras pour le diagnostic. Les

gommages du cerveau sont souvent plus volumineuses qu'un œuf de poule, ou plus petites qu'un pois. Les gommages miliaires du cerveau sont rares ou ne se rencontrent même jamais. Les sièges les plus habituels de ces gommages sont la surface convexe des hémisphères dans la région frontale, la base du cerveau dans le voisinage du corps pituitaire, et le pont de Varole. La première de ces localisations explique la fréquence de l'aphasie dans les affections cérébrales syphilitiques, et la seconde rend compte de la coexistence de la névralgie faciale et de la paralysie des nerfs moteurs de l'œil; cette paralysie est presque pathognomonique de la syphilis cérébrale.

Les gommages du *cervelet* sont très rares. On n'en a publié que quelques exemples; il y avait, dans ces cas, de l'incoordination motrice, etc.

LÉSIONS DES MÉNINGES SPINALES ET DE LA MOELLE.

Les lésions des méninges spinales sont presque toujours secondaires, et dues à des exostoses des parois vertébrales. Elles sont très rares comme lésions primitives, bien que Wilks, Winge, Charcot et Gombault en aient rapporté des cas. Dans quelques-uns de ces cas, la moelle était atteinte également; on y trouvait des gommages.

LÉSIONS DES NERFS.

Comme nous l'avons dit, les nerfs ne sont pas ordinairement atteints primitivement par la syphilis, les symptômes dont ils sont le siège sont dus généralement à des compressions et à de l'atrophie, qui entravent leurs fonctions. Pourtant Esmarch et Jespersen, Dixon, Portal et Delafield ont publié des observations de tumeurs des nerfs. Pétroff assure que le sympathique peut être atteint; mais des preuves à l'appui de ce dire n'ont pas encore été fournies par d'autres observateurs.

Symptomatologie (1).

On rencontre de la céphalalgie dans environ le tiers des cas de syphilis cérébrale. La douleur est différente de celle de la périostite crânienne du début. Dans quelques cas elle peut durer plusieurs mois sans jamais être excessive; cette douleur est sourde, elle produit une sensation

(1) J'ai fait de larges emprunts à Jullien dans cette partie et dans la partie précédente de ce chapitre.

de douleur, le malade peut, malgré cette douleur, continuer ses occupations ordinaires. Quelquefois cependant, elle est excessive; les anciens auteurs épuisaient toutes les formules pour essayer d'en exprimer le caractère et l'intensité. Parfois le malade éprouve un sentiment de constriction, comme si la tête était serrée dans un étai; parfois il semble au malade qu'il reçoit des coups de marteau sur la tête; d'autres fois, qu'une boule de feu roule à l'intérieur de son crâne. Le malade est quelquefois en proie à du délire aigu, qui peut même s'accompagner d'idées de suicide, et à un état de lourde stupeur physique et mentale. Des exacerbations nocturnes caractérisent cette affection comme d'autres affections syphilitiques; il n'y a à cette règle que de rares exceptions.

Un autre caractère est la longue persistance de la douleur, quand une médication appropriée n'a pas été employée. On a publié des observations dans lesquelles la douleur avait persisté pendant dix et même vingt-cinq ans, et il n'est pas rare d'observer des cas dans lesquels la céphalalgie a résisté à l'arsenal entier des remèdes antinévralgiques pendant des mois, pour céder en vingt-quatre heures aux antisiphilitiques.

Le siège de cette forme de céphalalgie est, dans sept cas sur dix, frontal ou temporal, les parties postérieures du crâne sont rarement atteintes. La douleur est diffuse et non pas localisée.

Manquant dans un nombre considérable de cas, ainsi que nous l'avons dit, la céphalalgie, quand elle existe, est un symptôme prodromique précoce et très important; elle appelle une thérapeutique immédiate, qui détournera presque certainement un désastre menaçant. Malheureusement, cependant, c'est un symptôme qui trop souvent passe inaperçu, reste ignoré ou méconnu.

PARALYSIE.

La sensibilité et la motilité peuvent être abolies dans une partie quelconque du corps par l'action du virus syphilitique, mais un des caractères marqués des affections de cette nature est d'être partielles et souvent incomplètes. Elles succèdent souvent à des symptômes convulsifs, à de l'aphasie ou à de la céphalalgie, et peuvent apparaître à une période très précoce de la syphilis, sous forme de paralysie des nerfs crâniens.