

syphilitiques, contrairement à la plupart de celles qui reconnaissent une autre origine, sont précédées ou accompagnées de douleurs ostéocopes, elles occupent la continuité des os les plus superficiels, elles sont uniformément hémisphériques, rarement multiples ou symétriques. A l'aide de ces caractères, on les distingue des exostoses ostéogéniques, qui se développent dans la période d'accroissement du système osseux et qui sont toujours symétriques (1), des exostoses liées à la diathèse rhumatismale, dont le siège est en général voisin des articulations, et des exostoses traumatiques, qui s'accroissent indéfiniment pour ainsi dire et sans produire de douleurs exarcebantes.

Les lésions syphilitiques qui siègent dans la profondeur du tissu osseux, les gommages de la substance médullaire, en particulier, qui pendant longtemps ne traduisent leur existence que par des douleurs profondes, sont quelquefois difficiles à reconnaître. Toutefois, on peut les diagnostiquer en tenant compte des caractères de la douleur, de ses paroxysmes, et en faisant appel aux antécédents des malades. Ajoutons qu'une nécrose plus ou moins étendue vient quelquefois révéler leur existence. La coexistence habituelle de lésions pulmonaires spéciales avec la tuberculose des os ne permettra guère de confondre cette affection avec l'ostéite syphilitique, et si certaine modification osseuse (altération graisseuse) dépendantes d'une intoxication chronique par l'alcool pouvait conduire à soupçonner une altération syphilitique, il suffirait, pour sortir du doute, de se rappeler que les douleurs des os sont beaucoup moins intenses dans l'alcoolisme que dans la syphilis, et qu'elles ont pour siège de prédilection les membres et non le crâne. La dyscrasie syphilitique diffère d'ailleurs par ses diverses manifestations de la dyscrasie alcoolique. Quant aux prétendues affections osseuses produites par le mercure (2), disons qu'elles n'existent pas plus chez les malades qui ont été soumis à un traitement mercuriel que chez les ouvriers qui travaillent aux mines de mercure.

Les affections syphilitiques des os n'ont pas par elles-mêmes une très-grande gravité. Cependant, lorsqu'elles viennent à troubler les fonctions d'organes importants, tels que le cerveau et la moelle épinière, elles peuvent produire des accidents rapidement mortels. La suppuration qui accompagne l'élimination des séquestres n'est pas toujours sans danger. Un accident grave de ces affections est l'ostéo-myélite suppurée, qui vient dans quelques cas compliquer un dépôt gommeux du canal osseux. Envisagées à un point de vue plus général, ces lésions sont d'un pronostic sérieux, car d'une part elles révèlent une syphilis arrivée à sa troisième période, et d'autre part leur coexistence avec des lésions viscérales de même origine est un fait assez fréquent.

(1) Voyez Soulier, *Des exostoses épiphysaires*. Thèse de Paris, 1864.

(2) Voyez L. Singer, *Wochenblatt der Zeitschr. der Wiener Aerzte*, 1857, n. 12. — Papenheim, *Handbuch der Sanitäts-Polizei*, Berlin, 1858, vol. II, p. 5.

§ 2. — Chondrite syphilitique.

Quoique peu étudiées jusqu'ici, les lésions syphilitiques des cartilages n'en ont pas moins une existence incontestable, qui ne permet pas de les passer sous silence. Elles n'envahissent pas indistinctement tous les cartilages, mais ceux-là seulement qui sont revêtus d'une toile fibreuse ou périchondre, comme par exemple les cartilages du larynx, qui sont en quelque sorte leur siège de prédilection. Ces cartilages, dit Vidal de Cassis (1), peuvent être affectés de nécrose, et les séquestres être expulsés dans les efforts de l'expectoration. On rendrait un service immense au malade si l'on pouvait les extraire de bonne heure; car, jouant le rôle de corps étrangers, ils entretiennent l'irritation, la suppuration, et sont la cause d'une sorte de phthisie laryngée. Dans un cas qui m'est personnel, la sanie purulente et gangréneuse, entretenue dans le larynx par la présence de fragments cartilagineux profondément altérés, devint le point de départ d'une résorption putride qui amena des métastases gangréneuses et la mort. Ce fait, que voici, montre bien ce que peuvent être les effets secondaires de l'affection syphilitique du larynx.

Obs. XXI. — Une jeune femme de trente-deux ans, affectée d'une syphilis ancienne, avait vu depuis plusieurs mois sa voix s'altérer de plus en plus. Au moment de notre examen, cette femme se trouve dans un état de profonde cachexie: pâleur et décoloration, bouffissure des téguments, chairs flasques et molles, etc. Elle présente tous les signes d'une altération avancée du larynx: aphonie, difficulté de la respiration et de la déglutition, toux, expectoration, léger gonflement au niveau de la partie supérieure du larynx, déformation, et *odeur gangréneuse* de l'haleine. Il se produit de violents frissons qui se renouvellent plusieurs fois, et huit jours plus tard cette malade succombe aux phénomènes d'une infection septique.

Autopsie. — Le larynx est tellement altéré, qu'on s'explique difficilement comment la vie a pu se continuer aussi longtemps. L'épiglotte est conservée, mais il n'y a plus de cordes vocales, plus d'insertions musculaires au squelette laryngien dont on trouve les fragments dénudés et ossifiés au milieu d'un magma verdâtre et de débris musculaires. Coloration verdâtre de la trachée. Œdème du poumon gauche, plusieurs points de pneumonie suppurée avec taches brunâtres ecchymotiques et foyers gangréneux à droite. Cœur sain.

A la surface du péritoine et dans l'un des ovaires on trouve plusieurs taches verdâtres ayant la coloration et un peu l'odeur des plaques gangréneuses. Même altération au niveau des appendices épiploïques du petit bassin. La rate est volumineuse, d'aspect grenu, un peu molle et friable. Le foie, d'un volume normal, présente à sa surface une cicatrice profonde, allongée, qui s'étend de son bord libre à la moitié supérieure de sa face antérieure. Reins sains. Cerveau intact.

La périchondrite, dont l'origine syphilitique ne me paraît pas contestable, est ici le point de départ d'abord des accidents de la nécrose et plus tard de la gangrène du larynx, qui, à son tour, a produit une pneumonie métastatique, etc.; en somme, la syphilis seule doit être incriminée.

Les cartilages costaux paraissent susceptibles d'une altération du même

(1) Vidal de Cassis, *Traité des maladies vénériennes*, Paris, 1855, p. 497. — Comparez Magawly, *Sur la chondrite syphilitique*, Petersburg. med. Zeitschrift, XII, 4, p. 219.

genro. Bouisson raconte qu'il a vu une tumeur gommeuse dans l'épaisseur du muscle grand pectoral chez un homme qui avait en même temps une péri-chondrite syphilitique des cartilages costaux. Les fibro-cartilages sont très-probablement sujets à cette même lésion ; mais je ne connais aucune observation qui le démontre. Quant aux cartilages d'encroûtement, ils n'offrent généralement de modifications anatomiques qu'autant que les tissus voisins, les os ou les membranes synoviales sont lésés. C'est ainsi que, parmi les observations qui vont suivre, il en est une où ces cartilages présentent une surface irrégulière, ulcérée, en même temps que les tendons sont le siège de dépôts gommeux.

§ 3. — Arthrite syphilitique.

Astruc, parlant des lésions des extrémités osseuses et des hyperostoses, ajoute que l'ankylose peut être la conséquence de ces affections. Fabre (1) reconnaît aussi une ankylose syphilitique. Swediaur (2) dit que le gonflement douloureux des articulations et des os qu'on présume de nature rhumatismale ou goutteuse provient souvent du vice syphilitique. Fort différente est l'opinion de Hunter, qui ne se rappelle pas avoir jamais vu la syphilis constitutionnelle attaquer les articulations. Mais l'un de ses commentateurs, Babington, n'admet pas seulement qu'il puisse exister des arthropathies syphilitiques, il fait remarquer que, parmi ces affections, les unes appartiennent plutôt à la période secondaire, et les autres à la période tertiaire (3). Ph. Boyer (4) prétend que les capsules fibreuses et les ligaments qui unissent et entourent les articulations sont souvent attaqués d'une inflammation syphilitique ; mais la description qu'il donne est surtout relative à l'arthrite blennorrhagique.

Dans ses Leçons de clinique médicale, Chomel (5) fait remarquer que la syphilis peut attaquer quelquefois les extrémités comme le corps des os longs ; il admet une arthropathie syphilitique et cherche même à en établir le diagnostic différentiel. D'après ce professeur, l'arthropathie syphilitique se distingue du rhumatisme chronique par la limitation du travail morbide à un point quelconque de l'articulation, par la conservation des mouvements et leur exécution sans douleur appréciable. Ricord ne voit pas que l'existence des arthropathies syphilitiques puisse être nettement établie ; il ne pense pas qu'elles aient un seul symptôme caractéristique. Le professeur Richet, s'appuyant sur trois observations rapportées dans un mémoire présenté à l'Académie (6), admet deux variétés de tumeurs blanches syphilitiques : 1° la synovite articulaire ; 2° l'ostéite articulaire suivie de synovite, selon que la synoviale ou l'extrémité

(1) Fabre, *Traité des maladies vénériennes*, 3^e édit. Paris, 1777.

(2) Swediaur, *Traité complet des maladies vénériennes*, trad. franç. Paris, 1804.

(3) Voyez Hunter, *Œuvres complètes*, trad. fr. de Richelot, p. 565.

(4) Ph. Boyer, *Traité pratique de la syphilis*, Paris, 1836, p. 158.

(5) Chomel, *Leçons de clinique médicale. — Rhumatisme et goutte*, par Requin, Paris, 1837, p. 34.

(6) Richet, *Mém. sur les tumeurs blanches*, et *Mém. de l'Académie de médecine*, t. XVII, p. 37, 1853.

osseuse sont primitivement lésées. Follin (1) a vu un malade chez lequel une médication spécifique réussit tellement bien à combattre une affection articulaire du genou, qu'un traitement chirurgical proposé devint inutile.

Jusqu'ici l'histoire des tumeurs blanches syphilitiques (arthrites tertiaires) manque du contrôle anatomique. L'observation suivante nous permet de combler ce vide en même temps qu'elle vient affirmer les faits rapportés par nos prédécesseurs.

Altération gommeuse de quelques glandes lymphatiques sous-cutanées. Dyspnée, toux ; symptômes de phthisie pulmonaire. Œdème des membres inférieurs et ascite. Cachexie et mort. Ulcérations et rétrécissement de la trachée et des grosses bronches. Déformation du foie, gommées multiples dans l'épaisseur de cet organe. Altération de la rate et de la plupart des ganglions viscéraux. Ovarite double. Arthrite syphilitique des deux genoux.

Obs. XXII. — La nommée G..., veuve D..., blanchisseuse, est admise à l'Hôtel-Dieu, le 10 juin 1863, dans le service de M. le docteur Gueneau de Mussy. Cette femme, pâle, maigre, cachectique, présente dans la région sus-claviculaire gauche des ulcérations à bords réguliers, non taillés à pic, à fond blafard. L'extrémité interne de la clavicule gauche est volumineuse ; il existe une tuméfaction en avant du sternum. Les ganglions cervicaux sont volumineux ; le cuir chevelu est par places irrégulier et privé de cheveux. Il existe dans l'aîne droite une ulcération linéaire, assez profonde, livide, de date ancienne. Les ganglions inguinaux sont médiocrement développés.

Bien que délicate, cette femme dit qu'elle n'a jamais fait de maladie sérieuse ; elle n'a jamais craché de sang. Toutefois, sa santé s'est affaiblie, elle a maigri beaucoup ; depuis trois semaines à peu près elle tousse, sa voix est légèrement enrouée, elle a perdu l'appétit et le sommeil, elle a de l'oppression et sa déglutition est pénible. Depuis longtemps elle se plaint de *céphalalgie*. Au moment de l'entrée à l'hôpital, l'oppression est extrême, la malade ne peut même pas se coucher sur le dos. Pas de signes physiques de tuberculisation. Signes de bronchite intense généralisée, emphysème, augmentation de volume du foie. Cautérisation du larynx avec une solution de nitrate d'argent au 1/7^e. Vésicatoires, vomitifs, opium, toniques.

Durant son séjour à l'hôpital, la malade éprouve des alternatives de pis-aller et de mieux-être. Mais son état finit par s'aggraver de plus en plus : elle est prise de diarrhée alternant avec de la constipation, de vomissements répétés, elle perd complètement le sommeil et l'orthopnée devient plus considérable ; dans les quinze derniers jours, on observe des signes de péritonite subaiguë. Elle succombe enfin à la suite d'un érysipèle de la face, dans un état complet d'anéantissement (2).

Autopsie. — Œdème prononcé des membres inférieurs et à peine marqué au niveau de la paroi abdominale. A la partie supérieure de la cuisse droite, un peu au-dessous de l'arcade de Fallope, ulcération et perforation de la peau ; les

(1) *Traité de pathologie externe*, t. I, p. 714, Paris, 1860.

(2) M. Lemaire, qui a bien voulu me remettre la note qui précède, croyait avoir affaire à une maladie scrofuleuse. Mais il me suffit de palper l'abdomen avant l'ouverture du cadavre pour reconnaître, d'après l'irrégularité du foie et les bosselures dont il était le siège, qu'il s'agissait bien plutôt d'une affection syphilitique ; c'est alors que je demandai à mon collègue de vouloir bien m'accorder de faire l'autopsie. Or, les caractères anatomo-pathologiques du foie, qui se trouve représenté pl. III, vinrent confirmer ma manière de voir, aussi bien que ceux de la trachée et des grosses bronches. Les ulcères du cou étaient évidemment produits par des gommées ramollies ; quant aux altérations des articulations, on ne peut, à l'exemple d'un de nos critiques, leur concéder une origine strumeuse, tant elles sont différentes de celles qu'engendre la scrofuleuse.

bords de cette perforation sont amincis et violacés. Un ganglion lymphatique situé dans la profondeur est atteint de dégénérescence gommeuse. A la partie supérieure et latérale du cou, en arrière de l'angle de la mâchoire, existent plusieurs ulcérations d'apparence ecthymateuse, avec coloration violacée de la peau à leur voisinage. Dans le tissu cellulaire, immédiatement au-dessous de la mâchoire et sur la ligne médiane, se voit un ganglion gros comme une noisette, qui présente absolument la même altération que le ganglion de l'aîne. Absence de cicatrices sur la peau. Pas de trace d'exostoses.

La cavité abdominale renferme plusieurs litres d'une sérosité claire et jaunâtre. Les intestins paraissent lavés, mais ils ne présentent aucune altération, pas plus que l'estomac, l'œsophage et le pharynx. Le foie adhère au diaphragme à l'aide de quelques tractus membraneux, situés principalement au niveau de son bord droit et de quelques-uns des sillons qui parcourent sa face antérieure. Il a 25 cent. de largeur sur 20 de hauteur; sa forme générale est plutôt triangulaire qu'elliptique; sa face supérieure est parcourue par des sillons dont les uns ont une direction transversale, les autres une direction antéro-postérieure. Quelques-uns ont jusqu'à 2 centimètres de profondeur, entre autres un sillon transversal qui divise le lobe droit en deux parties. Outre les mamelons limités par ces sillons, on aperçoit à la surface du foie, au niveau de chaque lobe, plusieurs saillies dures, fermes, blanchâtres, formées par des tumeurs gommeuses. Dans toute sa moitié postérieure, la face inférieure est composée de petites saillies dont le volume varie entre celui d'un pois et celui d'un œuf de pigeon. Le lobule de Spigel est déformé. L'éminence porte antérieure est doublée de volume, sa surface est lisse, elle ne contient pas de produits gommeux. Les bords de l'organe sont remarquables par leur état mamelonné, tous sont déformés; le bord tranchant, qui est le plus épais, est constitué par cinq mamelons, dont deux sur le lobe gauche et trois sur le lobe droit. Le bord antérieur est relativement le plus mince; on y voit une série de petits mamelons de la grosseur d'une prune ou d'un œuf, constitués par du tissu hépatique; quelques-uns de ces mamelons ne sont reliés au reste de l'organe que par une toile fibreuse composée de la capsule de Glisson et d'un tissu fibreux interposé aux deux feuillets de cette membrane. Des mamelons assez semblables défigurent le bord droit. Sur le bord gauche, la lobulisation existe, mais elle est moins prononcée. (Voyez pl. III, fig. 1.)

Une coupe antéro-postérieure, pratiquée à la partie moyenne du lobe droit, laisse voir une masse gommeuse qui occupe au moins les 3/4 de l'étendue de ce lobe. Cette masse, de couleur paille, ferme, élastique, d'aspect fibreux, ne se laisse pas pénétrer par le doigt; elle semble constituée par 4 ou 5 tumeurs agglomérées et déposées au sein d'une substance fibreuse rétractile. (Voyez pl. III, fig. 2.) La surface de la coupe présente, au voisinage des tractus fibreux, quelques orifices, rudiments des veines sus-hépatiques. Toute la masse gommeuse est circonscrite par une capsule épaisse, fibreuse, rosée ou blanchâtre, au sein de laquelle on trouve quelques dépôts blancs, gommeux, du volume d'une lentille ou d'un pois. Une autre coupe antéro-postérieure, pratiquée au niveau de la partie moyenne du lobe gauche de l'organe, met à découvert une masse gommeuse ne différant de la précédente qu'en ce qu'elle est traversée par plusieurs conduits hépatiques dilatés, plus ou moins altérés et contenant des amas de matière colorante biliaire. Cette masse, constituée par une substance en tout semblable à celle de la première tumeur, semble formée, comme elle, par l'agglomération de plusieurs nodules; elle est également circonscrite par une zone fibreuse épaisse et résistante qui la sépare du tissu hépatique et dont elle peut s'énucléer. La surface de section de ces différentes tumeurs n'est pas toujours lisse et uniforme, on y voit quelquefois de petites dépressions comme s'il existait des espaces vides dans leur épaisseur. A côté de ces grosses tumeurs gommeuses, on rencontre principalement sur le lobe gauche plusieurs autres tumeurs moins volumineuses (grosses comme un pois ou un œuf de pigeon) et également enveloppées d'une zone fibreuse au-dessus de laquelle elles font saillie. Quelques-unes, inégales à la coupe, sont traversées par un cana-

licule hépatique; toutes sont constituées par une trame fibreuse au sein de laquelle sont dispersés de nombreux noyaux, la plupart ronds ou elliptiques, sans disposition spéciale, ainsi qu'on peut le voir sur l'un de nos dessins (pl. III, fig. 3), habilement exécuté par notre collègue le docteur Cornil, auquel nous devons la note suivante. Les petits îlots circulaires très-riches en noyaux, qui sont représentés en V et V' et qui paraissent se rapporter à la description du syphilome de Wagner, m'ont paru n'être autre chose que la coupe perpendiculaire à la direction de parties cylindriques et allongées. Sur d'autres coupes du même foie, pratiquées dans diverses directions, j'ai vu en effet des tractus allongés, de même diamètre que les îlots précédents, également très-riches en noyaux, et présentant parfois une division dichotomique, comme si c'étaient des vaisseaux. Aussi me suis-je arrêté à cette hypothèse que c'étaient les vaisseaux préexistants du foie qui auraient subi, comme tout le tissu cellulaire de l'organe, une hypergénèse considérable de noyaux, et dont la lumière aurait été par suite oblitérée. Cette opinion est d'autant plus admissible que l'on voit figurée en V' la coupe d'une de ces productions dont le centre est vide. En dehors de ces productions gommeuses, la substance du foie, d'une teinte jaune café au lait, se trouve parsemée de marbrures rougeâtres; elle est un peu molle sans être friable; elle offre l'aspect du foie qui a subi la dégénérescence graisseuse. La vésicule biliaire renferme un calcul, la bile est liquide et verdâtre.

La rate est augmentée de volume (20 cent. de hauteur); la capsule fibreuse, épaissie et blanchâtre, adhère en quelques points au diaphragme. A la coupe, on voit cette capsule épaissie se prolonger dans le parenchyme. Celui-ci est pour ainsi dire carnifié, assez ferme mais friable, d'une couleur brunâtre parsemée de quelques taches noirâtres. Le pancréas est ferme, ratatiné, cirrhosé. Quelques ganglions lymphatiques sous-cutanés sont altérés. Ils occupent les régions sous-maxillaires, et inguinale droite. Deux de ces ganglions, ayant le volume d'un petit œuf de pigeon, présentent une coloration jaune, une consistance caséuse, en un mot la plus grande analogie avec les gommages; ils sont constitués surtout par l'hypergénèse des éléments de tissu connectif. Les ganglions profonds ou viscéraux sont généralement malades. Dans la poitrine, on trouve, en avant du péricarde, entourés d'un coussinet graisseux, deux ganglions larges, volumineux, un peu mous, grisâtres, offrant une apparence médullaire. D'autres ganglions altérés se rencontrent dans plusieurs points de la poitrine, entre autres au niveau de la racine des poumons. En avant de la colonne vertébrale, et surtout dans la région lombaire, la plupart de ces organes sont triplés ou quadruplés de volume, grisâtres, mous, ayant à peu près le même aspect que ceux de la poitrine. Les ganglions qui accompagnent les vaisseaux iliaques présentent la même altération. Les ganglions mésentériques sont un peu plus fermes; ils sont également volumineux, brunâtres ou blanchâtres. Les glandes de la partie postérieure de la langue sont saillantes, jaunâtres et volumineuses. Les urètres et la vessie sont sains. Les reins ont leur volume normal; on les sépare facilement de leur capsule fibreuse, excepté en quelques points où la substance corticale se laisse déchirer. Ils ne présentent pas d'altération sensible à l'œil nu; l'examen microscopique montre quelques tubuli seulement en état de desquamation. L'utérus, normal quant à sa structure, est de petit volume. Les trompes, distendues par un liquide couleur chocolat, adhèrent aux ovaires. Ceux-ci sont augmentés de volume, durs, fermes, résistants sous le doigt, à peu près entièrement composés de tissu fibreux. On n'y trouve pas de vésicules de Gräfe, mais seulement quelques kystes très-petits et des taches brunâtres. Leur surface extérieure, légèrement inégale, est occupée en quelques points par une substance grenue et jaunâtre.

L'épiglotte est altérée et plus épaisse. Le larynx est sain ainsi que la surface interne de la trachée jusqu'à 3 cent. 1/2 au-dessus de sa bifurcation. A ce niveau, la trachée est rétrécie et présente des ulcérations profondes qui ont détruit la muqueuse et entamé les cartilages. Ces ulcérations, au nombre de trois, occupent la partie inférieure de la trachée et la bronche droite; l'une d'elles,

située à la partie inférieure de la trachée, offre 1 centimètre environ d'étendue; une autre, au niveau de la bronche droite, a près de 3 centimètres; le fond en est constitué par du tissu fibreux sous forme de tractus formant des espaces comblés par des ganglions lymphatiques fermes et noirâtres. Un peu plus loin se trouve un ganglion qui est le siège d'un dépôt gommeux. Les bords de ces ulcérations sont mous, irréguliers, festonnés, fibreux; les anneaux cartilagineux sont nettement coupés. La bronche gauche est plus rétrécie que la droite; elle n'a pas 2 centimètres de diamètre, et c'est à peine si elle peut loger un porte-plume de petit volume; sa muqueuse est comme cicatrisée; les cartilages sont altérés mais non détruits. Toutes les ramifications bronchiques sont intactes. Les sommets des poumons sont sains; le parenchyme de la base du poumon droit est moins aéré, plus ferme, induré en même temps qu'un peu œdématisé. L'examen microscopique permet d'y voir de nombreuses cellules épithéliales généralement altérées au sein des alvéoles, et un tissu fibroïde de nouvelle formation (hyperplasie conjonctive).

Une petite quantité de sang liquide existe dans le cœur et les gros vaisseaux; la proportion des globules blancs paraît normale. Le cœur est petit, atrophié; il n'a que 10 centimètres de sa base à son sommet; son tissu est mou et friable. L'aorte est intacte, à part quelques dépôts jaunâtres de petite étendue. Les carotides primitives sont saines, mais la carotide externe gauche présente, au niveau de l'origine de l'artère linguale, un dépôt membraneux qui l'obstrue en grande partie. Ce dépôt siège sous la tunique interne; il est d'un gris rosé, formé de tissu conjonctif et d'une substance grenue. Les muscles des membres supérieurs sont minces et atrophiés.

Les deux articulations fémoro-tibiales sont volumineuses; elles renferment chacune plus d'un verre d'une sérosité louche. Les synoviales, épaissies et en même temps injectées, sont tapissées de plusieurs dépôts pseudo-membraneux. A gauche, une fausse membrane jaunâtre unit les deux feuillets synoviaux; à droite, la bourse synoviale du droit antérieur, sans communication avec la cavité articulaire, n'est pas altérée. La surface articulaire du condyle externe gauche est dans un point érodée. Les cartilages articulaires des rotules sont érodés et ulcérés; mais ces altérations ne sont que secondaires, et la lésion principale porte sur les tissus fibreux de l'articulation. Du côté droit, une partie du tendon rotulien, le peloton graisseux situé en arrière de la bourse synoviale, et tous les tissus fibreux qui s'insèrent au pourtour du tibia, sont transformés en une masse uniforme, jaune grisâtre, élastique, qui a 4 centimètres d'épaisseur sur la ligne médiane. Cette masse, par son aspect, sa consistance et sa structure, se rapproche des produits morbides trouvés dans le foie; elle est formée par un dépôt gommeux. Une simple bandelette fibreuse représente le tendon rotulien, et quelques tractus fibreux semblent diviser la masse gommeuse en plusieurs petites tumeurs. Les ligaments semi-lunaires et interarticulaires sont sains. L'articulation du genou gauche est également altérée, avec cette différence que le peloton graisseux post-rotulien n'a pas disparu aussi complètement que du côté opposé. Au-dessous de ce peloton, en arrière du tendon et en avant du tibia, existe un dépôt gommeux de 2 centimètres d'épaisseur. L'examen anatomique des masses gommeuses articulaires m'a donné une structure identique à celle des tubercules gommeux du foie.

Non moins intéressant au point de vue des lésions viscérales que des modifications articulaires, ce fait permet de faire l'étude anatomique d'une variété importante des arthrites syphilitiques, car, en présence de l'alopecie, de la céphalée, de l'insomnie et de l'ensemble des lésions qui s'y rencontrent, il n'est pas possible, malgré l'absence d'antécédents spécifiques avoués par la malade, de conserver le moindre doute sur la syphilis. Il montre que le tissu cellulaire sous-synovial et le tissu fibreux sont ici

le siège d'un néoplasme qui ne diffère, ni par sa consistance, ni par sa coloration, ni par sa composition histologique, des productions syphilitiques du tissu cellulaire sous-cutané et de celles que nous trouverons bientôt dans les viscères. Des masses jaunes, élastiques, un peu molles, sèches, situées de chaque côté du ligament rotulien et dans l'espace qui sépare ce ligament de la membrane synoviale, ont atrophié et transformé une partie du peloton adipeux; tapissées par la membrane séreuse d'une part, elles sont, d'autre part, recouvertes par la portion du ligament rotulien qui ne participe pas à l'altération; de chaque côté de ce ligament, elles font saillie sous les toiles fibreuses ou celluleuses qui passent en avant de l'articulation. La membrane synoviale n'est pas sensiblement lésée, mais les cartilages sont secondairement érodés en plusieurs endroits, et c'est aussi sans doute à la suite de l'irritation de la membrane synoviale que s'est produit l'épanchement séreux articulaire. Au point de vue anatomique, cette altération se distingue nettement de l'arthrite scrofuleuse, qui a pour point de départ la membrane synoviale, et que caractérisent des masses molles, fongueuses et vasculaires; elle diffère aussi des arthropathies rhumatismales, qui ne présentent jamais de dépôts analogues aux dépôts gommeux.

Les symptômes qui correspondent à la lésion articulaire en question sont remarquables par leur faible intensité et par la lenteur de leur évolution. Le fait suivant, que nous avons suivi pendant longtemps, peut en donner une idée des plus exactes.

Chancre, iritis, exostoses, arthropathie du genou gauche, gomme située à la partie antéro-supérieure de la trachée et probablement dans le corps thyroïde.

Obs. XXIII. — Le nommé B. G., âgé de quarante-deux ans, raconte que son père a succombé au choléra de 1854, que sa mère est morte à l'âge de soixante-douze ans, après avoir joui d'une bonne santé. A dix-neuf ans, il contracta une blennorrhagie avec bubon suppuré. Depuis, il fut atteint de plusieurs écoulements uréthraux. Il y a cinq ans, ayant connu une femme affectée de syphilis, il remarqua à l'extrémité du gland un chancre qui disparut après quelques mois d'un traitement simple. On trouve aujourd'hui à ce même endroit une perte de substance peu considérable, avec rétrécissement du méat. Tout d'abord, les manifestations syphilitiques sont absolument nulles; pas de maux de gorge, pas de céphalalgie, pas d'alopecie, pas de plaques muqueuses, pas d'éruptions cutanées. Cependant le malade se sentait fatigué, courbaturé, moins fort, moins énergique, son appétit était conservé. Un an ou quinze mois après l'apparition du chancre survient une iritis droite avec douleur très-vive, rougeur et gonflement oculaire. Cet accident persiste pendant tout l'hiver de 1859 (pommade de Lyon, purgatifs, traitement Leroy); le malade, pendant six mois, reçoit les soins d'un homœopathe, moyennant une somme de 50 fr. promise d'avance. Pendant le cours de cette iritis, deux tubercules se développent, l'un sur le cou à droite, l'autre sur l'omoplate du même côté. Ces tubercules durent environ un mois et se terminent par suppuration. A la place qu'ils occupaient on trouve deux cicatrices blanchâtres déprimées, assez semblables à celles de la variole.

Vers la fin de l'hiver de 1859-1860 apparaissent des exostoses très-douloureuses sur le frontal droit, les jambes et les avant-bras. N'obtenant aucune amélioration, le malade entre le 5 décembre 1860 à l'hôpital du Midi. (Pommade belladonnée, atropine, iodure de potassium. Bains de vapeur.) Les exostoses ont disparu, l'œil est considérablement amélioré, à la sortie, le 5 mars 1861. Quatre mois plus tard, ce malade est pris de douleurs articulaires qui cessent au bout de quinze jours,

sous l'influence d'un traitement approprié. En 1862, il quitte Paris pour la province. Là, il est pris, au mois de septembre, de mal de gorge et de douleurs avec gonflement du genou gauche. La douleur est plus vive la nuit que le jour; elle a son siège à la face interne de l'articulation. Le malade traîne la jambe; malgré ces accidents, il fait de nombreux excès de table (iodure de potassium). Le printemps de 1863 voit disparaître tous ces accidents. Au mois d'août 1863, peu de temps après son retour à Paris, la douleur du genou reprend, puis le mal de gorge reparait accompagné cette fois de gêne de la respiration, de toux, d'une expectoration abondante, d'enrouement et même pendant quelque temps d'une aphonie complète. Les liquides avalés reviennent en partie par les narines. Après un mois de traitement, il est admis à l'Hôtel-Dieu (clinique), le 27 octobre 1863. Le facies est pâle et défait, la physionomie exprime la tristesse et un découragement profond. La voix est enrouée, la déglutition difficile et douloureuse, cuissons dans l'arrière-gorge. Respiration gênée, oppression. Expectoration séreuse et abondante. Râles trachéaux. Il existe à la partie inférieure du larynx, au niveau du corps thyroïde, une tumeur du volume d'une grosse noix. On la limite facilement sur les côtés, mais on ne parvient pas à isoler nettement sa face profonde. Elle suit tous les mouvements du larynx. C'est évidemment une tumeur gommeuse du corps thyroïde. Les cordes vocales supérieures sont rouges, tuméfiées, séparées l'une de l'autre par un intervalle peu considérable. L'un des cartilages aryénoïdes, le droit, est volumineux, dévié en bas, il présente une tache noirâtre et très-vraisemblablement il se trouve carié.

Le genou gauche, volumineux, présente au niveau de la rotule, une circonférence de 0,38^m, par suite d'accumulation de liquide dans la cavité articulaire. Les douleurs dont il est le siège sont moins vives qu'elles n'étaient autrefois, la marche est devenue progressivement très-difficile. (Iodure de potassium 1 gramme. Quinquina.) Sous l'influence de ce traitement la gorge s'améliore, la déglutition devient plus facile, la salive est plus commodément avalée, les cuissons sont moins fortes, la poitrine est moins oppressée, le râle laryngé moins fort, l'expectoration est toujours abondante. Le genou, moins sensible, diminue un peu de volume (37 1/2), la voix est beaucoup plus claire. Le malade est moins triste. Le 14 novembre, la voix est presque naturelle, il n'y a plus de sensation de cuisson dans l'arrière-gorge, la déglutition est facile. L'oppression est moindre, la toux diminue de fréquence et les râles sont moins nombreux. Le genou seul reste légèrement gonflé et douloureux. La tumeur située en avant du larynx représente tout au plus le volume d'une noisette. Le 17 et le 18, sensation de cuisson dans l'arrière-gorge et douleurs dans le genou gauche, plus violentes la nuit que le jour. — Le 28 novembre, les forces reviennent peu à peu, l'expectoration est moins abondante. Les douleurs du genou gauche se font sentir à de longs intervalles. Cette articulation a presque repris son volume normal (0,36 1/2); la tumeur du corps thyroïde a presque complètement disparu. 1^{er} décembre, le genou est normal, les douleurs n'y sont plus que rares et fugaces. État de la gorge parfait, tumeur trachéale à peine sensible au toucher.

Le malade quitte l'hôpital le 4 décembre. Son état est des plus satisfaisants. Au bout d'un mois je le revois, il avait cessé tout traitement; l'enrouement avait en partie reparu, l'articulation contenait une très-petite quantité de liquide, elle mesurait près de 0,37 cent. Huit mois plus tard, ce malade venait me retrouver, il était gros et gras, et tout à fait méconnaissable. Inutile de dire qu'il ne présentait aucun trouble fonctionnel et que sa santé générale était parfaite.

Dans ce fait, comme dans ceux qu'ont observés Richet et Follin, les principaux symptômes notés sont : des douleurs peu vives avec exacerbations parfois nocturnes, une tuméfaction lente de l'articulation avec hydropisie souvent intermittente, sensation, sur les côtés des ligaments rotuliens, de masses molles élastiques, limitées en un ou plusieurs points, au niveau des replis synoviaux, et de plaques indurées et indolentes analogues à des corps étran-

gers. Ajoutons, dans tous ces cas, l'absence de réaction fébrile et la conservation d'une grande partie des mouvements du membre lésé; car, si les malades en viennent à tirer la jambe ou à boiter, ils sont rarement dans l'obligation de séjourner au lit. Un fait mérite d'être mentionné, c'est que l'articulation du genou est en quelque sorte le siège de prédilection de cette localisation tardive. Tantôt un seul genou est affecté, tantôt les deux genoux sont simultanément atteints. Cependant d'autres articulations peuvent être envahies par le même processus pathologique, et ce sont en général les grandes articulations plutôt que les petites.

Il est des lésions articulaires également syphilitiques dont le point de départ est non plus le tissu cellulo-fibreux périarticulaire, mais bien les os qui concourent à la formation de l'articulation. Dans ces cas, le gonflement occupe une plus ou moins grande étendue de la continuité de l'os, la douleur vive et lancinante revient surtout la nuit, et la pression du membre est douloureuse. Par suite de cette altération, une sérosité épaisse s'épanche quelquefois à l'intérieur de la cavité articulaire, et si le tissu sous-séreux est simultanément affecté, on peut observer, ainsi que l'ont vu Richet et Cullerier, des corps durs, véritables corps étrangers, situés au niveau des replis de la membrane synoviale. L'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de M. A. Guérin, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, est un bel exemple de cette dernière forme. Nous la rapportons d'après les notes qui nous ont été remises par MM. Duguet et Lefevre.

Obs. XXIV. — D... (Joseph), ferblantier, âgé de vingt-cinq ans, est atteint à dix-sept ans d'abcès du pied gauche, suite d'entorse; à dix-neuf ans, il contracte une chaude-pisse pour laquelle il est traité dans le service de M. Ricord, qui lui trouve, de plus, un chancre induré situé à la partie supérieure de la verge, à l'union du prépuce et du gland. L'inoculation de ce chancre faite au bras du malade donne un résultat négatif; pansement au calomel, et, pendant deux mois, traitement mercuriel : les ganglions de l'aîne sont gros, durs, roulants et non suppurés. Point de roséole, mais alors alopecie; il y a deux ans, à la suite d'un coup sur la jambe gauche, il serait survenu une grosseur douloureuse à la pression. En même temps, douleurs nocturnes dans la jambe et l'épaule gauches. Il y a dix mois, la douleur aurait gagné le genou gauche et se serait accompagnée de gonflement notable, avec impossibilité de fléchir ni d'étendre complètement la jambe, et impossibilité de marcher. Pendant un mois, ce malade fut traité pour une hydarthrose : ne voyant aucune amélioration, il entra, au mois de janvier, dans le service de M. Guérin, où, en raison de son teint pâle et de ses apparences scrofuleuses, il fut mis à l'huile de foie de morue et au vin de quinquina; on lui appliqua en même temps sur le genou de la teinture d'iode, puis des vésicatoires volants. Sensiblement amélioré, mais non guéri, il fut envoyé à l'hospice de Vincennes, où il fut repris des mêmes accidents, aussitôt qu'il voulut marcher. On lui applique de nouveaux vésicatoires volants, et, après deux semaines de séjour, il rentre dans le service de M. Guérin. Le 22 mars, ce chirurgien put constater le retour de l'hydarthrose; la rotule soulevée produisait un choc lorsqu'on pressait sur elle, et le liquide fuyait dans les culs-de-sac supérieurs et latéraux de la synoviale, qu'il soulevait; toute autre position que la demi-flexion était impossible. Au bout de quelques jours d'un traitement sans résultat par la teinture d'iode et les vésicatoires, l'idée vint que l'hydarthrose pourrait bien tenir à la syphilis; la grosseur du tibia fut regardée comme une périostose, les douleurs nocturnes comme spécifiques; le nez était

déprimé et le voile du palais détruit, le genou gauche avait près de deux centimètres de circonférence plus que le genou droit au niveau du tibia.

Le 22 juin, emplâtre de Vigo sur l'exostose, et iodure de potassium à la dose de 1 gramme chaque jour; mais les coliques et la diarrhée font suspendre ce médicament le 1^{er} juillet; le 6, le malade se lève pour la première fois et marche. On reprend le 10 juillet l'iodure de potassium: D... continue de marcher; on peut constater la disparition complète du liquide dans le genou; plusieurs fois encore, le traitement est suspendu à cause des coliques et de la diarrhée. Cinquante centigrammes d'iodure sont plus facilement tolérés, et vers la fin de septembre le malade est envoyé à Vincennes, marchant très-bien, débarrassé de ses douleurs nocturnes, avec diminution notable, mais non disparition de l'exostose du tibia.

Le 27 juin 1865, ce malade entre pour la troisième fois dans le service de M. Guérin. Huit jours auparavant, à la suite d'un violent effort, il a éprouvé, dans le coude droit, une douleur vive, persistante, à laquelle se joignit bientôt le gonflement de la partie. Lors de l'examen, il ne peut plus faire exécuter à son avant-bras aucun mouvement de flexion ou d'extension; le coude, volumineux, tendu, douloureux à la pression, présente tous les symptômes d'une arthrite aiguë. Grâce aux antécédents bien connus du malade, un gramme, puis deux grammes d'iodure de potassium sont administrés chaque jour dans une potion, en même temps que l'on combat par des cataplasmes l'inflammation locale. Le gonflement diminue rapidement ainsi que la douleur, les mouvements sont rendus à l'avant-bras. Le 28 juillet, le malade demanda à sortir, se trouvant suffisamment guéri; mais, comme il restait un peu de roideur et que l'on désirait surtout lui continuer son traitement antisypilitique, on le retint à l'hôpital jusqu'au 8 août. Il présentait encore son exostose de la face interne du tibia, les cicatrices de la gorge.

A ces deux variétés de l'arthropathie sypilitique est-il nécessaire d'en ajouter une troisième dont le point de départ serait la membrane séreuse? Nous ne le pensons pas. Le tissu conjonctif sous-séreux est en effet, plutôt que la synoviale, le siège primitif des arthrites sypilitiques indépendantes d'une lésion osseuse. Pour terminer, disons que les tumeurs gommeuses voisines des articulations ont quelquefois fini par pénétrer jusque dans la cavité articulaire. C'est ainsi que Coulson (1) a vu une tumeur sypilitique de la partie inférieure de la cuisse communiquer avec l'articulation du genou.

La lenteur d'évolution des arthrites sypilitiques rend leur durée généralement longue, mais heureusement sans grand inconvénient pour les malades. Ces affections, comme toutes celles qui reconnaissent la même origine, n'ayant aucune tendance à la suppuration, peuvent encore guérir lors même qu'elles sont déjà très-anciennes. La guérison est du reste leur mode de terminaison habituel, quand elles sont reconnues et traitées; autrement, elles continuent leur évolution, sans éprouver le moindre changement de la part des médications non spécifiques; aucun fait n'indique qu'elles aient donné lieu à des déformations persistantes ou à des désordres articulaires irrémédiables.

Diagnostic. — Les lésions articulaires liées à la scrofuleuse et au rhumatisme chronique, certaines hydarthroses qui n'éveillent qu'un léger mouvement fébrile, telles sont les affections que l'on peut confondre avec les arthropathies sypilitiques. Dans la tumeur blanche scrofuleuse, le gonflement

(1) Coulson, *The Lancet*, mars 1858.

est plus rapide et plus considérable; les parties tuméfiées donnent aux doigts la sensation d'une sorte d'empatement général, et non celle de plaques circonscrites et indurées; l'articulation affectée perd bientôt ses mouvements, et fréquemment l'altération finit par l'ankylose. Les lésions articulaires du rhumatisme chronique ne tardent pas à présenter des déformations caractéristiques, elles sont d'ailleurs plus étendues que celles de la syphilis. Dans l'arthrite sèche, un frottement rude et sec se fait sentir pendant le jeu de l'articulation. Enfin, les hydarthroses simples ne se montrent pas en général chez des individus cachectiques et pour ainsi dire toujours marqués au coin d'une maladie sérieuse et profonde, telle que la syphilis. L'arthrite blennorrhagique se distingue par les circonstances au milieu desquelles elle apparaît, par la douleur et le gonflement qui l'accompagnent, comme par une certaine tendance à la suppuration.

Envisagé uniquement au point de vue de la lésion articulaire, le pronostic de l'arthrite sypilitique tertiaire n'est pas inquiétant. Les dépôts gommeux, toujours longs à détruire les tissus fibreux au milieu desquels ils se développent, n'entraînent généralement pas de désordres graves. Toutefois cette affection peut être plus sérieuse quand les os sont primitivement lésés; quoi qu'il en soit, elle ne produit pas d'ankylose persistante et ne nécessite jamais l'amputation comme les affections d'origine scrofuleuse.

§ 4. Myosite sypilitique.

BIBLIOGRAPHIE. — J. B. THEODOSIUS, *Medicinales Epistolæ*, Basileæ, 1553, et *Aphrodisiacus* de Gruner, p. 140. — ASTRUC, *De morbis venereis*, etc., trad. franç. de LOUIS, Paris, 1777. — PETIT-RADEL, *Cours des maladies sypilitiques*, 6^e édit. Paris, 1828. — PH. BOYER, *Traité pratique de la syphilis*, Paris, 1838. — RICORD, *Clinique iconographique de l'Hôpital des vénériens*, Paris, 1851. *Gaz. des hôpitaux*, 1842, p. 98. — BOUISSON, *Tumeurs sypilitiques des muscles* (*Gaz. méd. de Paris*, 1846), et *Tribut à la chirurgie moderne*, t. I, p. 52, 1858. — NOTTA, *Sur la rétraction musculaire sypilitique* (*Archiv. gén. de méd.*, décembre 1856). — NÉLATON, *Tumeurs sypilitiques musculaires* (*Gaz. des hôpitaux*, n^o 6, 1858, et n^o 59, 1861). — SAINT-ARROMANN, Thèse de Paris, 1858, p. 21. — THÉVENET, Thèse de Paris, 1858, p. 22. — AUG. MAZZUCHELLI, *Sur la syphilis musculaire*. Ann. univers., CLXXXVII, 4^e série, 44, p. 274. — SIDNEY JONES, dans *Trans. of the pathol. Society of London*, vol. VII, p. 346, pl. X, fig. 5 et 6; vol. XI, p. 246. — MURCHISON, *ibid.*, vol. XIII, p. 251. — VIRCHOW, *Archiv f. path. An.*, vol. XV, p. 274, et *Pathologie des tumeurs*, trad. fr. par ARONSSOHN, t. II, p. 430. Paris, 1869.

Depuis longtemps les affections sypilitiques des muscles ont fixé l'attention des observateurs. L'un des premiers, J. B. Theodosius indique leur existence; il admet la rétraction musculaire sypilitique et les gommeuses des muscles. Astruc décrit ces manifestations dans les termes suivants: « Quand, dit-il (1), la substance des muscles est infiltrée du virus, il survient des ganglions ou de petites tumeurs dures qui, en interceptant ou retardant le cours du sang, donneront lieu à une douleur rhumatismale tensive, pulsative, avec une tuméfaction manifeste et inflammatoire. » Petit-Radel parle d'une rétraction musculaire

(1) Astruc, *loc. cit.*, t. IV, p. 54.