

hémisphères cérébraux; les vaisseaux gorgés de sang dessinent des lignes bleuâtres ou des marbrures rougeâtres; lorsque la lésion est moins avancée, les exsudats ne forment pas une couche continue, ils sont disposés le long des vaisseaux et dans les sillons intermédiaires aux circonvolutions cérébrales. A la première période les globules de pus nagent dans la sérosité, mais à mesure que la maladie se prolonge le pus devient de plus en plus concret. Les lésions sont toujours plus marquées à la convexité qu'à la base du cerveau. La substance cérébrale ne paraît présenter que des altérations secondaires à la méningite; les ventricules contiennent souvent de la sérosité trouble, floconneuse, quelquefois du pus.

Les méninges rachidiennes subissent des altérations analogues à celles des méninges cérébrales; les exsudats sont plus épais à la face postérieure de la moelle qu'à la face antérieure, et ils augmentent d'épaisseur à mesure qu'on descend vers la queue de cheval qui baigne quelquefois dans le pus.

La psorentérie est très-commune.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — La violence de la fièvre et de la céphalalgie, la roideur de la nuque, l'opisthotonos, une marche rapide et trop souvent fatale, donnent à la méningite épidémique une physionomie spéciale, facile à reconnaître. A la vérité on peut la confondre avec la méningite franche, idiopathique, car de temps à autre on observe des cas sporadiques de méningite cérébro-spinale, mais le plus souvent le caractère épidémique de la maladie est bien marqué, ce qui lève tous les doutes.

Le diagnostic différentiel avec la méningite tuberculeuse ne présente pas de difficulté, la méningite tuberculeuse ne s'accompagne pas d'une fièvre aussi vive et les troubles nerveux auxquels elle donne lieu n'ont pas, sauf peut-être la céphalalgie, une intensité comparable à celle qu'ils présentent dans la méningite cérébro-spinale. Inutile d'ajouter que les lésions anatomiques sont bien différentes dans ces deux maladies.

La fièvre typhoïde à forme spinale peut simuler la méningite. La diarrhée, la douleur à la pression dans la fosse iliaque, les taches rosées, la tuméfaction de la rate et à l'autopsie les lésions des plaques de Peyer séparent très-nettement ces deux espèces morbides.

La mortalité de la méningite cérébro-spinale est de 60 pour 100 environ, c'est-à-dire qu'elle est supérieure à la mortalité du typhus ou du choléra.

Dans les cas foudroyants la mort peut survenir en dix ou douze

heures; elle arrive assez rarement après le sixième jour. Les accidents consécutifs à l'inflammation et à la suppuration des méninges entravent la guérison et augmentent la durée de la maladie; les paralysies, les troubles des facultés psychiques se dissipent lentement, les malades qui ont échappé aux accidents aigus finissent quelquefois par succomber dans un état d'idiotisme et de marasme.

PROPHYLAXIE. TRAITEMENT. — Lorsque la méningite cérébro-spinale règne à l'état épidémique dans une localité, il faut isoler les malades et éloigner surtout les enfants, les adolescents, les jeunes soldats qui ont une prédisposition marquée.

Les opiacés sont indiqués pour diminuer l'excitabilité du système nerveux, l'hydrate de chloral pourrait aussi très-probablement remplir cette indication. Les sinapismes promenés sur différents points du corps, les vésicatoires lorsque la diphthérie ne règne pas, sont d'un utile emploi. Un grand nombre d'autres médications ont été essayées sans succès.

FAURE-VILLAR. Recueil de mémoires de méd. milit., 1840. — TOURDES. Histoire de l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui a régné à Strasbourg en 1840 et 1841. Paris, 1842. — VITAL. Clinique médicale de l'hôpital milit. de Constantine, 1848. — M. LÉVY. Gazette médicale, 1849. — MAILLOT. Gazette médicale, 1848. — C. BROUS-SAIS. Recueil de mém. de méd. milit., t. LIV, 1-115. — L. LAVERAN. Relation de l'épidémie de méningite cérébro-spinale observée à Metz de 1847 à 1849 (Travaux de la Soc. des sc. méd. de la Moselle. Metz, 1849). — Du même. Article Méningite cérébro-spinale in Diction. encyclop. des sc. méd. — BOUDIN. Arch. gén. de méd., 1849 et Traité de géogr. méd. Paris, 1857. — VALLIN. Gazette hebdomadaire, 1865. — A. LAVERAN. De la nature de la méningite cérébro-spinale (Gazette hebdom., 1873). — Du même. Traité des maladies des armées. Paris, 1875, p. 414.

## TROISIÈME SECTION

### MALADIES VIRULENTES

Dans cette troisième section de l'histoire des maladies générales, nous nous occuperons de la *syphilis*, de la *morve*, de la *rage* et du *charbon*; nous avons déjà expliqué pourquoi nous avons cru devoir ranger parmi les maladies miasmatisques la variole qui est à la fois miasmatisque et virulente.

Les agents de transmission des maladies virulentes ou *virus* sont, d'après les recherches les plus récentes, des particules *solides*; on ignore presque complètement la véritable nature de ces particules ainsi que leur mode d'action sur l'organisme; il paraît

démontré seulement que des *bactéridies* constituent l'élément actif du virus charbonneux (Davaine). Du reste, le groupe des maladies virulentes est loin d'être homogène, le virus charbonneux n'est pas assimilable au virus syphilitique ou au virus rabique.

Toutes les maladies virulentes sont *inoculables*, c'est-à-dire qu'on peut les communiquer d'un individu malade à un individu sain de même espèce ou d'espèce voisine en insinuant sous la peau de ce dernier une goutte de l'humeur virulente. La syphilis et la rage ne sont communicables que par inoculation, la morve et le charbon se propagent quelquefois par l'intermédiaire de l'air, bien que l'inoculation soit le moyen de transmission le plus ordinaire.

Les maladies virulentes comme les maladies miasmatiques ont une période d'incubation ou de latence; la durée de cette période est quelquefois très-longue dans la rage.

La contagion est évidemment la cause ordinaire des maladies virulentes; est-ce la seule, ou bien ces maladies peuvent-elles aussi se développer de toutes pièces dans des circonstances données? La spontanéité de la syphilis n'a pas trouvé de défenseur sérieux, mais bon nombre d'observateurs admettent pour d'autres maladies virulentes, en particulier pour la morve et la rage chez le cheval et chez le chien, la possibilité d'un développement spontané.

## SYPHILIS.

Nous ne nous occuperons ni de la blennorrhagie, ni du chancre simple, ce sont là des affections locales, externes, quoique virulentes, qui relèvent plutôt de la chirurgie que de la médecine et qui doivent être séparées complètement de la syphilis, maladie générale, héréditaire ou acquise, virulente, de durée souvent fort longue, caractérisée par des symptômes variables, multiples, ne présentant de régulier que leur évolution successive qui permet de les distinguer en accidents *primitifs*, *secondaires* et *tertiaires*.

On trouve dans les anciens auteurs de nombreux passages relatifs aux maladies vénériennes, mais la syphilis n'est nulle part clairement décrite; au commencement du XVI<sup>e</sup> siècle, le doute disparaît tout à coup, la syphilis devient la grande préoccupation du moment, tous les auteurs la signalent comme une maladie nouvelle, on lui donne des noms nouveaux et les peuples s'accusent les uns les autres de se l'être communiquée; les Italiens l'appellent *mal français*; les Français, *mal de Naples*; les Flamands,

*vèrole espagnole*; les Portugais, *mal castillan*; les Indiens, *mal des Portugais*, etc..., de toutes parts on adopte des mesures sévères d'hygiène publique et les auteurs se mettent en frais d'imagination pour découvrir la cause première du mal; une des suppositions les plus vraisemblables est que la syphilis aurait été rapportée d'Amérique par les compagnons de Christophe Colomb, mais ce n'est là qu'une hypothèse. Dès 1493 la syphilis régnait dans plusieurs contrées. Vers la fin de 1494, au moment où Charles VIII faisait la conquête du royaume de Naples, elle fit de grands ravages dans l'armée française et les soldats licenciés après la guerre contribuèrent à la répandre.

ETIOLOGIE. — On a dit avec raison que la syphilis était beaucoup moins *vénéérienne* que la blennorrhagie et le chancre simple; en effet, tandis que ces dernières maladies sont toujours la conséquence d'un coït impur, la syphilis a souvent une tout autre origine.

Le virus syphilitique est un virus fixe; pour que la contagion s'opère il faut que l'humeur virulente soit mise en contact direct avec une muqueuse ou avec la peau dénudée; des objets communs à plusieurs personnes tels que pipes, cannes à souffler le verre, etc..., peuvent du reste servir à la transmission. La dénudation de la peau est indispensable pour que l'inoculation ait lieu, mais quelques auteurs pensent que sur les muqueuses l'intégrité de l'épithélium ne met pas complètement à l'abri de l'infection.

En dehors du coït et des rapports sexuels de toute sorte qui sont l'occasion ordinaire de la contagion, la syphilis peut se produire chez des médecins ou des sages-femmes qui, ayant des écorchures à la main, pratiquent le toucher sur des femmes syphilitiques, chez des verriers qui se servent de la même canne pour souffler le verre, chez des nourrices qui allaitent des enfants syphilitiques ou réciproquement chez des enfants dont les nourrices ont la syphilis, enfin le virus syphilitique peut être inoculé en même temps que le vaccin, ainsi que nous l'avons déjà dit.

Le pus sécrété par le chancre initial ou par les plaques muqueuses sert le plus souvent à la contagion; le sang des syphilitiques est également doué du pouvoir virulent (expériences de Waller de Prague, de l'anonyme du Palatinat, du docteur P. Pellizari); un homme qui a des rapports avec une femme syphilitique à l'époque des règles peut prendre la syphilis bien que la femme ne présente alors aucun accident local. La transfusion pourrait servir aussi à

l'infection si l'individu qui fournit le sang était en puissance de syphilis.

Une première atteinte de syphilis donne en général l'immunité; on a cité cependant quelques faits de récurrence.

La syphilis peut être transmise par hérédité; il suffit pour cela que l'un des parents soit syphilitique; mais, dans les cas mêmes où le père et la mère sont infectés, la transmission au fœtus n'est pas fatale. Plus la syphilis des parents est ancienne, plus l'enfant a de chances d'échapper à l'infection. La syphilis du père ou de la mère est une cause fréquente d'avortement. Les enfants présentent au moment de la naissance des accidents syphilitiques, ou bien, et c'est là le fait le plus ordinaire, la maladie ne se développe que plusieurs semaines ou plusieurs mois après la naissance; les symptômes de la syphilis infantile apparaissent presque toujours dans les trois premiers mois après la naissance.

DESCRIPTION. — La durée de l'incubation est de vingt-cinq jours en moyenne, c'est-à-dire qu'entre le moment où le virus s'est introduit dans l'économie et celui où apparaissent les premiers accidents, il s'écoule un intervalle de vingt-cinq jours environ. L'histoire clinique de la syphilis se divise en trois périodes dites : des accidents primitifs, des accidents secondaires et des accidents tertiaires.

*Accidents primitifs.* La syphilis débute toujours par un chancre qui dans l'immense majorité des cas, surtout chez l'homme, mérite la qualification de *chancre induré* qui lui a été donnée, celle de *chancre infectant* nous paraît préférable, l'induration manquant quelquefois.

Le chancre infectant est généralement constitué par une ulcération petite, légèrement suintante, non douloureuse, à fond rouge, à bords taillés à l'évidoir; lorsqu'on saisit entre les doigts la peau qui porte le chancre, on a la sensation d'un corps dur qui occupe la peau et le tissu cellulaire sous-jacent tout autour de l'ulcère; tantôt cette induration forme une véritable tumeur dont l'étendue est hors de proportion avec celle de l'ulcère placé au centre, tantôt en pressant la peau entre les doigts on a une sensation de résistance analogue à celle que donnerait une feuille de parchemin, c'est l'*induration parcheminée*.

Le chancre infectant peut être constitué par une simple érosion de la peau ou des muqueuses, indurée à sa base; l'*érosion chancriforme* est d'autant plus facilement méconnue qu'elle ne donne lieu à aucune douleur; d'autres fois, au contraire, le chancre

induré donne naissance à des ulcérations profondes *phagédéniques*.

Chez la femme, les caractères des chancres infectants des organes génitaux sont moins accusés et moins faciles à reconnaître que chez l'homme.

Chez l'homme, le chancre induré siège d'ordinaire sur le gland, sur le prépuce ou sur le fourreau de la verge, quelquefois au méat urinaire ou dans l'intérieur même du canal de l'urètre (*chancre larvé*); dans ce dernier cas, il peut simuler une blennorrhagie, mais en palpant la partie inférieure de la verge on sent une induration bien limitée sur un des points de l'urètre. Le chancre infectant est souvent unique, contrairement à ce qui arrive pour le chancre simple, lequel étant indéfiniment réinoculable au porteur envahit peu à peu toutes les parties qui subissent le contact du pus chancreux. Il n'est cependant pas très-rare de rencontrer chez un même individu plusieurs chancres infectants, mais ces chancres se développent simultanément par suite d'inoculations multiples *contemporaines* et non successives. On a observé jusqu'à vingt-sept chancres indurés chez un même malade (A. Fournier). En inoculant le virus vaccin sur plusieurs points en même temps, on détermine l'apparition de pustules en nombre correspondant à celui des piqûres, mais une fois la vaccine développée, toute nouvelle piqûre reste stérile, il en est de même pour le virus syphilitique.

Le siège du chancre *extra-génital* est très-variable; on l'a rencontré à l'anus, sur les lèvres, sur la langue, sur les seins, au bout du doigt chez des médecins ou des sages-femmes qui s'étaient inoculés par le toucher, sur la face antérieure de l'avant-bras chez des femmes qui, les bras nus, avaient porté des enfants atteints de plaques muqueuses à l'anus, etc., etc...

Le chancre infectant ne tarde pas à se compliquer d'une induration des ganglions inguinaux qui mérite à peine le nom d'adénite, car elle ne s'accompagne ni de rougeur, ni de chaleur, ni de douleur, et elle ne se termine jamais par suppuration, contrairement à ce qui a lieu pour l'adénite du chancre simple (bubon). Les ganglions indurés roulent sous le doigt, ils sont peu sensibles à la pression et restent distincts, isolables les uns des autres, d'où le nom de *pléiade ganglionnaire*.

La durée moyenne du chancre infectant est de trois à six semaines, l'induration persiste parfois assez longtemps après la guérison complète de l'ulcération.

*Accidents secondaires.* L'infection syphilitique, après la période de latence ou d'incubation et la période des accidents locaux ou primitifs, éclate enfin et prend les allures d'une maladie générale. L'état général, excellent jusque-là, s'altère; il n'est pas rare d'observer de la fièvre; les forces diminuent, les malades maigrissent et pâlisent, ils accusent des douleurs dans les membres et dans la tête, douleurs qui augmentent pendant la nuit et qui troublent le sommeil.

Les ganglions de la région cervicale postérieure sont hypertrophiés. Ici, comme à l'aîne, il s'agit d'une tuméfaction indolente qui passerait le plus souvent inaperçue si le médecin ne la recherchait pas; les ganglions carotidiens, axillaires et sus-épitrochléens peuvent aussi se prendre, enfin la peau et les muqueuses se couvrent d'éruptions caractéristiques. Les éruptions cutanées ou *syphilides* se divisent en *précoces* et *tardives*; ces dernières rentrent dans l'histoire des accidents tertiaires.

La *roséole* est la plus commune des syphilides précoces; elle apparaît d'ordinaire de trois à six semaines après l'accident primitif; elle est caractérisée par des taches rosées de la largeur d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes, bords finement déchiquetés, non saillantes à la surface de la peau. La roséole siège principalement sur le tronc et à la racine des membres, elle envahit très-rarement la face; sa coloration est souvent très-pâle, la peau paraît seulement marbrée et il faut un examen attentif pour reconnaître l'exanthème; quand l'éruption est sur son déclin, les taches prennent une *teinte cuivrée* qui a été donnée avec raison comme un des caractères des éruptions syphilitiques; la teinte cuivrée se transforme enfin en une teinte feuille morte et l'éruption n'est bientôt plus représentée que par des macules à peine visibles.

Il n'existe ni douleur à la peau, ni *démangeaisons*; c'est là, du reste, une règle générale pour les syphilides.

Parmi les syphilides précoces, il faut citer encore la syphilide papuleuse et la syphilide pustuleuse.

La *syphilide papuleuse* est caractérisée par une éruption plus ou moins abondante de papules, ayant en moyenne la largeur d'une lentille, peu saillantes, présentant une teinte cuivrée ou feuille morte; chaque papule est entourée d'un petit liséré épidermique en forme de collerette sur lequel Bielt a appelé l'attention. Comme variétés de cette éruption nous citerons la *syphilide papuleuse plate* et la *syphilide cornée*; là où la peau est fine, entretenue

dans une humidité constante, entre les cuisses et sur les bourses, les papules s'aplatissent, deviennent suintantes et ressemblent aux plaques muqueuses, d'où le nom de *plaques muqueuses cutanées* (Bazin); là, au contraire, où l'épiderme est très-épais, comme à la face palmaire des mains, les papules se recouvrent de squames sèches qui ont fait donner parfois à cette éruption le nom de psoriasis syphilitique.

La *syphilide pustuleuse* se rencontre d'ordinaire au cuir chevelu seulement et elle coïncide avec la roséole ou avec la syphilide papuleuse, en passant la main dans les cheveux on constate facilement la présence de croûtes analogues à celles de l'impetigo; dans quelques cas, l'éruption pustuleuse se généralise et présente une grande analogie avec celle de la petite vérole, d'où le nom de *syphilide varioliforme*. Les syphilides *pigmentaires* (Hardy) et *vésiculeuses* sont rares.

Les *plaques muqueuses* siègent le plus souvent à la gorge, aux organes génitaux ou bien au pourtour de l'anus; elles peuvent résulter de la transformation *in situ* d'un chancre infectant. On voit se produire à la surface des muqueuses de légères saillies de forme allongée ou elliptique, de coloration rosée ou blanchâtre qui ressemblent à des brûlures superficielles; ces plaques donnent lieu à un suintement muco-purulent qui est doué de propriétés virulentes très-actives. Les plaques muqueuses peuvent durer longtemps lorsqu'elles ne sont pas traitées avec grand soin, elles s'ulcèrent, se compliquent de végétations, et récidivent avec une grande facilité.

L'*alopécie* est très-fréquente à la fin de la deuxième période de la syphilis.

L'*iritis et le testicule syphilitiques* sont des accidents intermédiaires à la deuxième et à la troisième période; l'iritis syphilitique ne présente pas de caractère particulier permettant de le distinguer de l'iritis idiopathique, sinon la facilité plus grande avec laquelle il cède au traitement mercuriel; le testicule syphilitique est caractérisé par un engorgement du testicule et de l'épididyme qui ne doit être confondu ni avec l'orchite blennorrhagique, ni avec les gommes du testicule qui appartiennent à la période tertiaire. On voit aussi se produire assez souvent des inflammations de la matrice des ongles ou *onyxis*.

*Accidents tertiaires.* La syphilis, même en l'absence de tout traitement, peut ne pas dépasser la deuxième période; dans les cas où les accidents tertiaires se produisent, il y a généralement un

temps d'arrêt plus ou moins long entre les accidents secondaires et les accidents tertiaires. La syphilis tertiaire donne lieu à des manifestations extrêmement variées; elle peut se traduire par des paralysies, des convulsions, des ulcérations profondes de la peau ou des muqueuses, par des caries osseuses, etc.; d'une façon générale, on peut dire qu'à cette période les lésions sont mieux localisées qu'à la deuxième période, mais bien plus profondes.

Du côté de la peau on observe des syphilides circonscrites beaucoup plus tenaces que les syphilides précoces.

La *syphilide tuberculeuse en groupes* présente un assemblage de petits tubercules durs, solides, souvent recouverts d'une squame sèche et disposés sous forme de cercle ou de segment de cercle. Ces tubercules ont souvent une coloration cuivrée, leur développement est successif, si bien que le centre d'une plaque est souvent cicatrisé alors que des tubercules continuent à se développer à la circonférence; les tubercules peuvent s'ulcérer. Le siège ordinaire de cette syphilide est au visage, mais on la rencontre aussi sur le reste du corps, particulièrement au niveau de l'épaule.

La *syphilide pustulo-crustacée* débute par des pustules analogues à celles de l'ecthyma; la durée des pustules est très-courte; on ne trouve, le plus souvent, que des croûtes verdâtres, stratifiées, qui ont été comparées avec raison à des écailles d'huître; au-dessous de ces croûtes, qui sont très-adhérentes, il existe des ulcérations. Les syphilides pustulo-crustacées sont rarement nombreuses, on n'en trouve guère que cinq ou six sur toute la surface du corps, leur siège est variable, leur marche essentiellement chronique; lorsqu'une de ces syphilides guérit, la croûte se dessèche, puis tombe et laisse voir une cicatrice d'abord rouge, puis blanche, déprimée, indélébile.

La *syphilide ulcéreuse* est caractérisée par une ulcération qui a de la tendance à s'étendre, elle peut succéder soit à la syphilide tuberculeuse, soit à la syphilide pustulo-crustacée, soit à des tumeurs gommeuses ulcérées de la peau; le fond de l'ulcère est grisâtre, sanieux, le plus souvent recouvert par des croûtes épaisses, verdâtres, les bords sont saillants et durs, le siège est variable. La syphilide ulcéreuse peut prendre une grande extension, on l'a vue envahir progressivement tout un segment d'un membre; en guérissant, elle donne lieu à de larges cicatrices blanchâtres, gaufrées, indélébiles.

Les muqueuses peuvent aussi être le siège d'ulcérations qui ont

de la tendance à s'étendre et à détruire non-seulement les membranes muqueuses, mais les parties sous-jacentes et les os eux-mêmes; c'est ainsi qu'on observe des perforations de la voûte palatine, des destructions plus ou moins complètes du voile du palais et de l'épiglotte, etc.

Le système osseux est presque toujours atteint, il se produit des *exostoses* dont le développement s'accompagne de douleurs très-vives, surtout pendant la nuit, ou bien des *caries* et des *nécroses*; les os du nez et le vomer sont souvent détruits de la sorte.

Les *tumeurs gommeuses* peuvent se développer dans la plupart des tissus et l'on conçoit que les symptômes qu'elles provoquent soient très-variables suivant le siège qu'elles occupent; dans la peau, dans le tissu cellulaire, dans les muscles, dans la langue, les gommages se présentent sous forme de tumeurs indolentes d'abord, plus ou moins volumineuses, qui à un moment donné s'enflamment et s'ulcèrent. Les gommages développés dans les centres nerveux donnent lieu à des paralysies, à des convulsions dont l'histoire est inséparable de celle des tumeurs du cerveau et de la moelle.

Il existe une *pseudo-paralysie générale* d'origine syphilitique caractérisée par des *troubles intellectuels*: excitation cérébrale ou hébétude, délire maniaque, etc.; des *troubles de la motilité*, incertitude des mouvements, tremblement, hésitation dans la parole, parésies, attaques apoplectiformes ou épileptiformes; enfin, par des *troubles de la sensibilité*: céphalalgie, névralgies, éblouissements, etc. Le groupement des symptômes est du reste bien différent dans la syphilis cérébrale et dans la paralysie générale, nous reviendrons sur le diagnostic différentiel de ces deux maladies quand nous nous occuperons de la paralysie générale.

La syphilis des artères cérébrales provoque des ramollissements, de l'aphasie, etc. Les grosses artères et l'aorte elle-même sont quelquefois atteintes, il en résulte des anévrysmes ou des troubles graves de la circulation qui peuvent s'améliorer sous l'influence d'un traitement spécifique.

Les accidents tertiaires aboutissent souvent à un état cachectique, les malades maigrissent et s'anéantissent de plus en plus, les fonctions digestives sont troublées, la mort arrive dans le marasme.

La durée de la troisième période est très-variable; les rechutes sont communes, surtout quand le traitement n'est pas suivi avec persévérance; certains malades, qui se croyaient guéris, voient les accidents revenir au bout de cinq, dix et même vingt ans.

Dans les formes graves qui ont reçu le nom de *syphilis malignes*, les accidents tertiaires succèdent rapidement aux accidents secondaires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions syphilitiques des tissus sont le plus souvent assez mal caractérisées au point de vue anatomique; l'induration du chancre infectant est déterminée par des cellules embryonnaires analogues à celles du tissu inflammatoire ordinaire, disséminées dans une substance fondamentale amorphe ou fibrillaire; les ostéites, les nécroses, les hyperostoses syphilitiques ne diffèrent guère, au point de vue anatomique, des lésions analogues développées sous d'autres influences.

Les lésions les plus caractéristiques de la syphilis sont les *gommes* ou *syphilomes*. Les gommes constituent au sein des organes des tumeurs de volume variable, non énucléables, qui sur la coupe paraissent constituées par un tissu d'un gris rosé, plus ou moins vasculaire; aucun des éléments qui composent ces tumeurs n'est caractéristique, il n'y a pas plus de cellule syphilitique que de cellule cancéreuse ou tuberculeuse, mais ici comme pour le cancer et le tubercule, l'arrangement des éléments permet de définir le néoplasme et de le reconnaître. Sur une coupe mince pratiquée dans une gomme en voie de développement, on distingue au microscope un certain nombre de nodules dont le centre est granuleux, tandis que les zones périphériques se composent d'éléments arrondis ou fusiformes qui se confondent avec les tissus voisins; les vaisseaux sanguins pénètrent jusqu'à la partie centrale des nodules, ce qui constitue un caractère différentiel important des gommes syphilitiques et des tubercules.

Les altérations osseuses de la syphilis héréditaire sont fréquentes et caractéristiques; M. Parrot, qui en a donné une excellente description, distingue quatre degrés: *premier degré*, les os sont plus lourds qu'à l'état normal, on trouve sous le périoste des productions ostéophytiques dures, jaunâtres, qui, sur une coupe, se distinguent facilement de l'os à leur teinte jaunâtre et à une striation qui est perpendiculaire au grand axe de la diaphyse; le canal central a disparu en partie; *deuxième degré*, les caractères précédents subsistent avec les modifications suivantes: les ostéophytes sont plus poreux, les os moins lourds, le tissu spongieux est profondément altéré surtout au voisinage des extrémités des os, on y voit des taches jaunâtres ou brunâtres au niveau desquelles il se fait de véritables foyers de ramollissement; c'est à cette altération que M. Parrot a

donné le nom d'*atrophie gélatiniforme*; quelquefois les os se brisent au niveau de leur union aux cartilages; *troisième et quatrième degrés*, on trouve encore des ostéophytes et des foyers de dégénération gélatiniforme, mais ce qui caractérise surtout ces dernières périodes, c'est une grande activité du tissu médullaire, lequel se substitue aux ostéophytes.

Les gommes syphilitiques peuvent se développer dans les tuniques artérielles, il en résulte des thromboses ou des anévrysmes.

Dans la pseudo-paralysie générale syphilitique l'altération principale porte sur les méninges, la pie-mère surtout s'épaissit; les lésions cérébrales sont secondaires, tandis qu'elles paraissent être primitives dans la paralysie générale proprement dite (Alf. Fournier).

La dégénérescence amyloïde des viscères est très-commune dans la cachexie syphilitique.

DIAGNOSTIC. — Les symptômes auxquels la syphilis peut donner lieu sont si variés qu'il est impossible de passer en revue toutes les maladies avec lesquelles on peut confondre telle ou telle manifestation de la syphilis; en présence d'un ulcère, d'une éruption cutanée, d'une tumeur siégeant à la peau ou sur les muqueuses, d'une affection osseuse rebelle, d'une maladie du système nerveux, il y a toujours lieu de se demander si la syphilis n'est pas en cause. Dans bon nombre de cas l'examen du malade et l'interrogatoire fourniront des renseignements suffisants pour résoudre la question; on se rappellera l'enchaînement ordinaire des symptômes, et étant donné un des signes de la syphilis, on recherchera tous ceux qui le précèdent d'ordinaire ou qui l'accompagnent.

Beaucoup de malades nient avoir eu un chancre, tantôt parce qu'ils sont retenus par une fausse honte, tantôt parce que l'accident initial, borné à une érosion très-peu douloureuse, a réellement passé inaperçu; les caractères de la syphilis sont souvent assez nets pour qu'on puisse faire le diagnostic sans tenir compte de ces dénégations.

Le chancre simple est facile à distinguer du chancre infectant, ses bords sont taillés à pic, décollés, le fond est grisâtre, sanieux, l'induration fait défaut. Le chancre simple est indéfiniment réinoculable au porteur, il en résulte que les ulcérations chancreuses du gland s'inoculent sur le prépuce et réciproquement; enfin le chancre simple, qui est plus douloureux et qui sécrète plus de pus que le chancre induré, se complique souvent d'adénites inguinales suppurées ou bubons.

M. Hardy résume ainsi les caractères des syphilides: 1° Les

syphilides, celles surtout de la deuxième période, présentent souvent plusieurs formes élémentaires en même temps; on trouve par exemple sur le même individu des taches, des squames, des pustules, l'éruption est *polymorphe*; 2° les syphilides ont une *coloration cuivrée* ou *maigre de jambon*; 3° les éléments des syphilides affectent en général une forme circulaire ou semi-circulaire; cette disposition est surtout apparente dans les éruptions tardives; 4° *l'absence de douleurs ou de démangeaisons* est un des meilleurs caractères des syphilides.

De ce qu'un individu a eu la syphilis il n'en faut pas conclure que toutes les maladies qui se développent chez lui ultérieurement sont de nature syphilitique; le diagnostic doit se baser sur les caractères des lésions que l'on constate, tout autant que sur les antécédents morbides; dans les cas douteux, lorsque l'hypothèse d'une affection de nature syphilitique est probable, bien que les malades ne présentent plus aucun symptôme extérieur de la maladie, on a la ressource d'administrer le traitement spécifique qui sert de pierre de touche : *naturam morborum ostendunt curationes*.

PRONOSTIC. — Lors de son apparition, c'est-à-dire dans les dernières années du XV<sup>e</sup> siècle, la syphilis était bien plus grave qu'elle ne l'est aujourd'hui; les accidents tertiaires étaient très-communs; un grand nombre de malades perdaient le nez, le voile du palais ou la voûte palatine, d'autres avaient de larges ulcères sur différents points du corps avec des exostoses volumineuses, la mort était une terminaison fréquente. Ces formes graves sont aujourd'hui l'exception, le virus paraît avoir perdu de sa force à mesure qu'il s'éloignait de son point d'origine, les médications rationnelles qui ont été instituées ont beaucoup contribué aussi à cet heureux résultat. La syphilis n'en reste pas moins une maladie redoutable; elle entraîne rarement la mort, il est vrai, mais elle affaiblit l'organisme, elle exerce une influence désastreuse sur les produits de la génération; enfin, arrivée à la troisième période, elle donne lieu à des infirmités dégoûtantes et incurables ou à de graves maladies du système nerveux.

Il y a lieu de s'étonner qu'on ait pu mettre en doute la guérison de la syphilis. Cette guérison peut se produire en l'absence même de tout traitement, mais elle est beaucoup plus commune, beaucoup plus rapide et plus sûre chez les malades qui ont suivi un traitement spécifique.

Ce qui aggrave le pronostic, c'est qu'on n'est jamais bien sûr

d'être débarrassé complètement de la syphilis, toutes les manifestations morbides peuvent disparaître pendant plusieurs années sans qu'on puisse affirmer que des accidents tertiaires ne se produiront pas un jour ou l'autre.

La syphilis héréditaire entraîne souvent la mort du fœtus ou du nouveau-né.

Chez les individus lymphatiques ou scrofuleux les accidents syphilitiques ont une grande ténacité. Les chancres de mauvaise nature, d'aspect phagédénique, sont en général suivis d'accidents graves, de syphilides pustulo-crustacées précoces et très-étendues, tandis que les chancres petits, à peine ulcérés, ne donnent lieu qu'à des accidents secondaires bénins : roséole, plaques muqueuses; mais cette règle souffre de nombreuses exceptions et elle ne s'applique pas aux accidents tertiaires qui sont souvent très-graves chez les malades qui ont eus les chancres les moins inquiétants en apparence.

Lorsque les accidents tertiaires se montrent de bonne heure, le pronostic est grave, d'autant plus que le traitement spécifique a peu de prise sur ces formes dites malignes.

PROPHYLAXIE. TRAITEMENT. — Dès l'apparition de la syphilis on comprit la nécessité de prendre des mesures de police contre la contagion de cette terrible maladie, mais pendant longtemps on s'inspira d'un principe faux en cherchant à punir les syphilitiques et à les enfermer comme des coupables; Sydenham se pose encore la question de savoir s'il faut traiter les maladies vénériennes! On a adopté dans la plupart des contrées européennes une série de mesures qui ont déjà produit d'excellents résultats là où elles ont été appliquées avec vigueur; surveiller la prostitution, ouvrir aux vénériens des hôpitaux dans lesquels ils sont traités au même titre que les autres malades, sont les deux principes sur lesquels repose la prophylaxie des maladies vénériennes; les Anglais, qui ont hésité à surveiller la prostitution, n'ont pas tardé à ressentir les fâcheux effets de ces scrupules.

Le traitement de la syphilis a donné lieu à de nombreuses controverses; on a dit que la syphilis pouvait guérir sans mercure, ce qui est vrai, et on en a conclu que le traitement mercuriel était inutile ou nuisible, ce qui est faux; les fièvres palustres peuvent guérir sans l'aide du sulfate de quinine, quelquefois même elles ne cèdent pas à l'administration de ce médicament, cela n'empêche pas le quinquina d'être regardé à juste titre comme le spécifique des fièvres palustres. S'il était possible de distinguer les syphilis

fortes des syphilis faibles, susceptibles de guérir spontanément, on pourrait se contenter de traiter les premières et épargner aux autres malades l'ennui d'un traitement prolongé; mais ce diagnostic est impossible et par conséquent la prudence nous oblige à nous tenir en garde dans tous les cas (A. Fournier). A l'époque où l'on cherchait à provoquer et à entretenir la salivation, le mercure pouvait être un juste sujet d'effroi, il n'était pas rare de voir survenir des caries des os maxillaires et ceux-là s'estimaient heureux qui en étaient quittes pour la perte de quelques dents; avec le mode actuel d'administration du mercure aucun accident de ce genre n'est plus à redouter.

La méthode par ingestion est sans contredit la meilleure dans l'immense majorité des cas; les frictions mercurielles sont d'une application difficile, de plus elles exposent beaucoup à la salivation, il faut les réserver pour les cas où il importe d'agir rapidement; chez les jeunes enfants elles peuvent aussi rendre de grands services; la méthode hypodermique doit être rejetée, les injections hypodermiques de sels mercuriels provoquent des douleurs locales très-vives, des indurations de la peau, parfois même des abcès ou des eschares.

La liqueur de van Swieten (sublimé dissous dans l'eau et l'alcool) constitue un médicament très-actif et très-fidèle, malheureusement elle est souvent mal supportée; le protoiodure de mercure n'a pas le même inconvénient, on donnera chaque jour deux pilules de protoiodure de 0<sup>m</sup>,05 chaque.

Pour commencer le traitement on peut attendre l'apparition des accidents secondaires: adénopathie cervicale, roséole, plaques muqueuses, etc... D'après Ricord il faut six mois de traitement mercuriel et trois mois de traitement par l'iodure de potassium; Alfred Fournier recommande de prolonger le traitement pendant deux ans environ en l'interrompant de temps à autre, *méthode des traitements successifs*; il recommande comme Ricord de faire suivre le traitement mercuriel d'un traitement ioduré.

Les malades qui prennent du mercure doivent éviter les fatigues et les refroidissements, ils éprouvent le plus souvent une faiblesse générale très-marquée; dans le cas où ils ont des professions quelque peu fatigantes, ils doivent les interrompre. Un régime tonique et reconstituant est nécessaire; on prescrira les amers, le vin de quinquina, les ferrugineux pour combattre l'anémie consécutive à la syphilis. Lorsqu'il survient de la stomatite mercurielle il

faut interrompre le traitement et prescrire le chlorate de potasse en gargarismes et à l'intérieur.

L'iodure de potassium est un très-utile adjuvant du traitement mercuriel, contre les douleurs ostéocopes il réussit souvent mieux que le mercure lui-même; dans les accidents tertiaires on prescrira un traitement mixte, le sirop de Gibert, par exemple.

BASSEREAU. Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis. Paris, 1852. — RICORD. Lettres sur la syphilis, 2<sup>e</sup> édit., 1856. — Du même. Leçons sur le chancre. Paris, 1860. — HARDY. Leçons sur la syphilis et les syphilides. Paris, 1864. — E. LANGEREAUX. Traité théorique et pratique de la syphilis. Paris, 1866. — A. FOURNIER. Article Chancre in Nouv. Dictionn. de méd. et de chir. prat., 1867, t. VII. — COURTEAUX. De la fièvre syphilitique, thèse, Paris, 1871. — A. FOURNIER. Leçons cliniques sur la syphilis. Paris, 1873. — E. LANGEREAUX. Des affections syphilitiques de l'appareil circulatoire (Arch. gén. de méd., 1873). — Du même. Communic. au Congrès médical du Havre, 1877 (même sujet). — GAILLARD LACOMBE. Étude sur les accidents hépatiques de la syphilis chez l'adulte, thèse, Paris, 1874. — HEUBNER. Die luetische Erkrankungen der Hirnarterien. Leipzig, 1874. — J. ROLLET. Article Chancre in Dictionn. encyclop. des sc. méd., 1874. — RABOT. Contribution à l'étude des lésions syphilitiques des artères cérébrales, thèse, Paris, 1875. — ROSENTHAL. De la syphilis cérébrale in Traité clin. des malad. du syst. nerveux, traduct. française de Lubanski. Paris, 1877, p. 235. — CHARCOT. De l'épilepsie partielle d'origine syphilitique (Leçons sur les maladies du système nerveux, 1877, 20<sup>e</sup> leçon). — A. FOURNIER. Des glossites tertiaires. Paris, 1877. — Du même. De la pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique (Progrès médical, 1877). — PARROT. Les lésions osseuses de la syphilis héréditaire (Archives de physiologie, 1876, p. 133). — Du même. La syphilis héréditaire (Progrès médical, 1877). — HANOT. De la syphilis cérébrale (Revue des sciences médicales, 1877, t. I, p. 724). — A. LAVERAN. Anévrysme de l'aorte ouvert dans l'artère pulmonaire, aortite probablement syphilitique (Soc. méd. des hôpit., 1877). — JULLIEN. Traité pratique des maladies vénériennes, Paris, 1878.

## MORVE.

La morve est une maladie virulente commune chez le cheval et connue depuis longtemps des vétérinaires; la possibilité de sa transmission du cheval à l'homme, admise par Seidler, Elliotson et Graves a été définitivement établie dans l'excellent mémoire de Rayer (1837). Chez le cheval la morve est caractérisée par des ulcérations de la muqueuse nasale, *chancre*; par une sécrétion purulente produite à la surface de ces ulcérations, *jetage*; enfin par une induration des ganglions de l'auge, *glandage*. Le *farcin* est une affection de même nature que la morve; les localisations morbides sont seulement différentes, les vaisseaux lymphatiques indurés forment sous la peau des cordons ou *boudins farcineux* et de petits abcès se produisent sur leur parcours.

Chez les chevaux qui meurent de la morve, on trouve dans les poumons et dans quelques viscères abdominaux de petites tumeurs qui ont une certaine analogie avec les tubercules.