

qu'il se fait du côté de ce viscère un travail du même genre que celui d'où résulte l'éruption cutanée.

Nous n'avons pas besoin d'indiquer la difficulté du *diagnostic* de la syphilis hépatique. Cette difficulté s'explique déjà par la rareté de cette manifestation diathésique ; elle tient encore à la non-spécialité des symptômes. La symptomatologie manque en effet quelquefois, puisque la syphilis hépatique peut être une des formes de la syphilis latente. Le *prognostic* est assez grave, mais l'ictère qui accompagne les accidents précoces est moins sérieux que celui qu'on observe pendant la période tertiaire. Le *traitement* rentre dans le traitement général de la syphilis. Nous ferons observer toutefois que Leudet paraît donner ici la préférence aux mercuriaux, même dans les accidents tardifs ; il a cependant employé avec succès l'iode de potassium, mais son expérience le porte à le recommander moins que le mercure.

15° Des lésions syphilitiques de l'appareil circulatoire.

Nous ne connaissons que cinq observations qui se rapportent à ce sujet. La première appartient à Ricord, qui l'a reproduite dans sa *Clinique iconographique* (pl. 29). Il s'agissait d'un malade syphilitique, à l'autopsie duquel on trouva un épaissement de l'endocarde ; au-dessous, la paroi cardiaque était infiltrée dans toute son épaisseur ; le péricarde était lui-même épais. Dans plusieurs points des parois ventriculaires se trouvaient des masses tuberculeuses formées par une substance jaunâtre, dure, criant sous le scalpel, totalement dépourvue de vaisseaux : cette substance était ramollie dans quelques points. Les fibres musculaires, repoussées par la tumeur, étaient altérées. La base des poumons renfermait aussi des productions analogues.

Lebert a publié dans son *Traité d'anatomie pathologique* (texte, vol. I, p. 570 ; atlas, pl. LXVIII, fig. 5) un cas de tumeurs volumineuses élastiques, trouvées, à la base des valvules de l'artère pulmonaire, dans le ventricule droit, chez une femme atteinte de syphilide tuberculeuse.

Virchow (*loc. cit.*, p. 108, obs. 7) a rapporté l'observation d'un syphilitique dont l'autopsie révéla une péricardite et une endocardite qu'il regarde comme spécifiques ; il y avait en même temps myocardite simple et myocardite gommeuse interstitielle.

Enfin, Melchior Robert nous apprend que Gubler a considéré une fois comme syphilitiques des lésions de l'endocarde, du péricarde et de la substance musculaire du cœur ; qu'une autre fois il a observé le développement de phénomènes cardiaques et d'une dilatation aortique, en même temps que des symptômes tertiaires : le traitement fit disparaître les accidents ; mais le malade succomba aux phénomènes cardiaques. L'influence présumée du traitement n'est-elle pas là une simple coïncidence ?

Tels sont les seuls faits qui peuvent se rapporter à la syphilis de l'appareil circulatoire ; nous ne dirons rien des dépôts observés autour des

valvules, aux orifices cardiaques, dans les artères ; une grossière analogie les avait fait assimiler aux végétations, à une époque où ces productions étaient considérées comme toujours syphilitiques. Nous ne réfuterons pas une hypothèse qui, aujourd'hui, ne repose même plus sur une apparence.

16° Des lésions syphilitiques de l'appareil urinaire.

Personne n'a parlé des lésions des uretères, des calices et du bassin, sous l'influence de la syphilis. On a peu écrit également sur les lésions rénales de cette maladie. Rayer a vu certaines albuminuries qu'il a considérées comme spécifiques ; les lésions liées à cet état paraissaient dues à ce qu'on décrit aujourd'hui sous le nom de *dégénérescence amyloïde*. Cette opinion n'est pas acceptée par Virchow, qui admet alors une inflammation simple partielle, interstitielle ou gommeuse.

La forme la plus commune, selon lui, est la néphrite interstitielle, tantôt locale, tantôt développée en plusieurs points des reins. Cette altération produit l'induration et la rétraction du tissu conjonctif, la dégénérescence graisseuse et l'atrophie de l'épithélium des canalicules urinaires, enfin des dépressions cicatricielles profondes de la surface des reins. Plus rarement Virchow a observé la dégénérescence diffuse du stroma rénal : dans ce cas, les reins sont tuméfiés ; leur surface est lisse, décolorée et un peu relâchée ; elle est d'un blanc grisâtre, et présente des stries fines ou de nombreux points jaunâtres.

Virchow dit avoir observé quelquefois, chez des sujets syphilitiques et chez des enfants affectés de syphilis congénitale, l'augmentation de volume et la dégénérescence graisseuse complète des *capsules surrénales*.

Les renseignements que nous venons de donner sur la syphilis des voies urinaires suffisent à montrer que ce sujet est encore fort obscur.

17° Des lésions syphilitiques de l'appareil respiratoire.

Le virus syphilitique peut porter son action sur le larynx, la trachée, les bronches, le poumon.

Les *laryngites spécifiques* sont les mieux connues. Elles présentent anatomiquement plusieurs variétés : à un premier degré, la muqueuse est rouge et tuméfiée ; à une période plus avancée, elle s'ulcère, et les ulcérations qu'elle présente offrent des différences d'étendue et de profondeur que le laryngoscope permet de bien préciser. Ce nouveau moyen d'exploration, dont Liston a eu l'idée, et que Türk et Czermak ont tant perfectionné, est appelé à rendre de grands services pour le diagnostic de ces affections. L'emploi de ce précieux mode d'investigation permettra de suivre dans le larynx, comme on le fait dans la gorge, l'évolution des diverses éruptions laryngées, et d'en mieux connaître les ulcérations spécifiques. Au-dessous de ces ulcérations, surtout si elles sont profondes, les cartilages s'altèrent bientôt : ils subissent d'abord divers changements

de nutrition, parfois des ossifications ; plus tard ils sont frappés de carie ou de nécrose, et ne sont alors que des corps étrangers dont l'issue peut donner lieu à des accidents sérieux.

Les *symptômes* des laryngites spécifiques, des phthisies laryngées syphilitiques, n'offrent rien d'absolument caractéristique, et ce n'est que par l'existence des antécédents ou par la concomitance d'autres accidents, qu'on parvient à reconnaître leur spécificité. C'est, au début, de l'enrouement, de la raucité de la voix, plus tard de l'aphonie ; quand l'épiglotte s'altère, s'œdématie et se couvre d'ulcérations, on observe en outre des troubles de déglutition très-prononcés. La dyspnée est plus ou moins intense, elle peut être assez marquée pour qu'on soit obligé de pratiquer la trachéotomie.

Le groupe des affections laryngées spécifiques est donc assez bien établi ; il n'en est plus de même des lésions syphilitiques siégeant dans les autres points des voies respiratoires. Dans la trachée, les bronches et les poumons, ces lésions sont infiniment plus rares, elles ont même été contestées. Cependant on trouvera dans la thèse de Charnal (1) des faits qui ne permettent pas de douter, ni des *ulcérations syphilitiques de la trachée*, ni des *rétrécissements consécutifs*. Nous renvoyons le lecteur à cet excellent travail ; mais nous rappellerons ici que la présence de ces ulcérations détermine, au bout d'un certain temps, des phénomènes généraux identiques avec ceux de la phthisie pulmonaire. La guérison de ces ulcérations amène des rétrécissements très-graves de la trachée, et les signes de ces rétrécissements sont une dyspnée continue, une inspiration pénible et bruyante, l'absence de murmure vésiculaire dans le poumon avec conservation de la sonorité, l'abaissement du larynx, et dans quelques cas une dépression perceptible avec le doigt au niveau de ces rétrécissements.

Virchow et Dittrich ont vu deux fois dans les *bronches* des cicatrices dures, radiées ; le tissu pulmonaire environnant présentait une induration centrale, étendue, comme ardoisée. Mais est-on autorisé à admettre une *phthisie syphilitique* ? Yvaren nous paraît avoir exagéré là comme ailleurs l'influence du virus. Que, par épuisement, la maladie syphilitique fasse éclater la diathèse tuberculeuse ; que la syphilis, en développant des gommes dans le poumon, donne quelquefois lieu à des symptômes qui simulent la tuberculisation pulmonaire, nous ne le nions pas ; mais rien ne nous démontre que la syphilis puisse produire la phthisie, comme l'a dit Portal. Morgagni considérait la syphilis, dans ce cas, comme une cause prédisposante, et, depuis, Laennec et Andral ont successivement nié cette cause que Bayle avait aussi mise en doute. Gamberini (2) pense avec raison que les accidents attribués aux lésions pulmonaires dépen-

(1) *Quelques considérations sur les rétrécissements cicatriciels de la trachée consécutifs aux altérations de ce conduit*, thèse de Paris, 1859, n° 78.

(2) *Gazzetta med. italiana (Toscana)*, et *Gazette méd. de Paris*, 1858.

dent le plus souvent d'une altération du larynx. Examinons donc rapidement le bilan de la syphilis pulmonaire.

Ricord a trouvé, sur un malade mort d'accidents syphilitiques invétérés, des tubercules jaunes et caséux dans le tissu du poumon ; Vidal a vu chez un sujet syphilitique une induration d'un gris bleuâtre autour des ramifications bronchiques du lobe inférieur, sans traces d'ulcération, et Lebert a fait représenter dans son *Traité d'anatomie pathologique* (Paris, 1857, planche XCII, fig. 3 et 4) un tubercule syphilitique dans le poumon d'un enfant atteint de syphilis congénitale. Déjà, avant cette époque, comme nous le verrons plus loin, Depaul avait décrit des foyers pneumoniques avec bronchite, épars au milieu du tissu pulmonaire, chez des enfants affectés de syphilis congénitale. Le microscope lui avait montré la présence du pus dans les foyers, et l'on trouvait sous les adhérences pleurales soit de vraies dilatations bronchiques, soit des infiltrations pneumoniques.

Virchow est très-réservé sur cette question ; il n'a rien vu de très-concluant. Cependant il paraît disposé à admettre la syphilis pulmonaire, mais il se fonde surtout sur ce que beaucoup d'altérations, attribuées à la tuberculisation, n'appartiennent pas véritablement à cette maladie. Pour lui, beaucoup de cicatrices calleuses et ardoisées, beaucoup d'indurations caséuses ne résultent pas d'un tubercule guéri, et quelques-unes de ces lésions pourraient bien se rattacher à la syphilis ; mais ce n'est là qu'une hypothèse. Cet auteur cite Hecker, qui a trouvé des lésions analogues à celles décrites par Depaul, et qui de plus a fait connaître une variété particulière d'épaississement chronique du poumon. Fuhrer (1) a décrit chez les adultes une pneumonie spéciale, survenant à côté d'altérations diverses, d'ulcérations pharyngiennes par exemple ; elle serait caractérisée par l'apparition simultanée, quoique distincte, d'une infiltration diffuse du poumon et par une exsudation bronchique lobulaire. Lagneau fils a consacré à la syphilis pulmonaire sa thèse inaugurale (2), travail plein de renseignements, auxquels s'est récemment ajoutée une intéressante observation clinique de Leudet (3). Il s'agissait d'un malade qui offrait les prodromes d'une tuberculisation pulmonaire, et chez lequel Leudet soupçonna une affection syphilitique. Son diagnostic fut confirmé par Grisolle et Velpeau, et le malade, soumis aux mercuriaux et à l'iodure de potassium, guérit très-bien. Il serait facile de rassembler quelques faits analogues à ceux que nous venons de citer, mais il serait absolument impossible de construire avec ces faits une histoire un peu précise de la syphilis pulmonaire chez l'adulte.

Quant aux lésions, il n'y a de certaines que celles signalées par Depaul chez les enfants syphilitiques. Ce sont des indurations pulmonaires de volume variable, qui se creusent peu à peu à leur centre d'une cavité remplie de pus. Ces lésions existaient avec d'autres lésions syphilitiques.

(1) *Deutsche Klinik*, 1854, p. 272.

(2) *Des maladies pulm. causées ou influencées par la syphilis*, thèse de Paris, 1851, n° 138.

(3) *Moniteur des sciences médicales*, décembre 1860, p. 1188.

18° Des lésions syphilitiques du thymus, de la rate.

Les affections du *thymus* sont peu connues. P. Dubois a décrit une infiltration purulente de cette glande chez les enfants syphilitiques par hérédité; Depaul a trouvé au centre du thymus des cavités pleines d'une matière grumeleuse; enfin Virchow a rapporté quelques faits analogues, en insistant toutefois sur la ressemblance du pus avec le suc exprimé du thymus.

Quelques auteurs ont parlé d'accès fébriles intermittents, pendant l'existence d'une syphilis: ces accès auraient guéri sous l'influence d'un traitement spécifique. Les faits de ce genre sont trop peu concluants pour être acceptés, et d'autre part nous n'avons sur l'histoire syphilitique de la *rate* que des données d'anatomie pathologique tout à fait insuffisantes. Virchow admet comme rare la dégénérescence amyloïde de la rate; ordinairement les tumeurs syphilitiques de cet organe seraient de nature hyperplasique.

On peut distinguer, selon lui, deux variétés de ces hyperplasies: l'une est flasque, molle; l'autre indurée. Cette dernière se distingue de l'altération amyloïde par la réaction avec l'iode; elle consiste d'ailleurs en une augmentation des éléments du tissu conjonctif, et on peut l'attribuer à la splénite interstitielle dont le développement est quelquefois si considérable, que les follicules deviennent plus petits et que la pulpe splénique diminue. L'altération molle, au contraire, résulte de l'augmentation du contenu cellulaire, et surtout de la pulpe; elle correspond probablement à un degré moins avancé d'irritation. Ces deux formes s'accompagnent d'une espèce d'anémie du parenchyme, d'une véritable décoloration de la pulpe: avec la forme indurée existent des épaissements, des tuméfactions semi-cartilagineuses, squirrhoïdes de la capsule.

Il est bien entendu que nous ne garantissons en rien le rapport de ces lésions, peut-être un peu contestables, avec les phénomènes de la syphilis constitutionnelle.

19° De la cachexie syphilitique.

La *cachexie* est moins un symptôme de la syphilis qu'une complication de cette maladie; elle s'observe surtout chez les malades placés dans de mauvaises conditions hygiéniques, dont la constitution est détériorée, soit par une alimentation insuffisante, soit par un traitement mercuriel trop prolongé et mal administré. Le nombre des manifestations antérieures, le siège de certains accidents, le tempérament du malade, ont été aussi considérés comme les causes de la cachexie syphilitique. Quoi qu'il en soit, dans la cachexie, l'économie subit une influence délétère, et dans son ensemble une modification profonde. Sous cette influence, la peau se flétrit, se dessèche, devient terreuse; elle est d'un jaune pâle qui a quelque analogie avec la teinte dite *cancéreuse*. Les malades maigrissent de plus en

plus, ils sont affectés de rupias, qui s'étendent en ulcérant de proche en proche les tissus voisins: sous la croûte il y a un pus fétide, et le pourtour des ulcérations est violacé. En même temps une diarrhée colliquative, une fièvre quotidienne et des sueurs nocturnes épuisent ces malheureux, qui quelquefois succombent au progrès de la cachexie. C'est grâce à des soins hygiéniques bien entendus, à un régime analeptique, à des remèdes énergiquement toniques, que l'on est parvenu à rétablir les fonctions de l'organisme si profondément atteint.

§ IV. — Contagion des accidents secondaires. — Syphilis double.

1° Contagion secondaire.

Pendant longtemps on a mis au nombre des symptômes de la vérole les affections les plus diverses. La dénomination de *lues venerea* répondait à tous ces états morbides des organes génitaux. En même temps qu'on élargissait ainsi le cadre de la syphilis, on devait tout naturellement multiplier les modes de contagion. Le pus, l'haleine, la sueur, la salive, ont eu tour à tour la propriété de tout contaminer. B. Victorius, en 1551, regardait l'air qui entoure le malade comme le véhicule du virus spécifique, et Van Swieten, en 1741, admit la contagion par la sueur. A mesure que l'observation devint plus précise, l'examen plus rigoureux, on vit disparaître les récits fabuleux et les théories d'un autre âge sur le mode de contagion. Cependant ces nouvelles études ne devaient pas empêcher la propagation de quelques erreurs; on a vu, en effet, des esprits supérieurs professer sur quelques points des doctrines erronées pour avoir voulu généraliser trop tôt certains faits particuliers.

La doctrine de la non-contagiosité des accidents secondaires date de Saxonia (*Luis venerea perfectissimus tractatus*, 1797, chap. II) et de Hunter. L'illustre chirurgien anglais la posa surtout nettement par des expériences devenues célèbres. De nos jours, Ricord, reprenant la doctrine et les expériences de Hunter, multiplia les inoculations, arriva aux mêmes résultats, et professa pendant longtemps avec assurance que les accidents secondaires ne sont pas contagieux. Mais Hunter, tout en niant absolument cette contagion, citait une observation qui nous paraît aujourd'hui un type d'infection secondaire. Son erreur à cet égard tenait à plus d'une cause: il ne croyait pas à l'hérédité de la syphilis; en outre, il donnait au mercure une importance que l'on trouverait aujourd'hui exagérée, et il faisait de ce médicament un criterium presque absolu de spécificité. Dans cette idée, si la plaie d'inoculation qu'il avait pratiquée guérissait sans mercure, il doutait de la nature virulente de cette plaie.

Cependant ces opinions n'expliqueraient pas tout à fait l'erreur de Hunter et des néo-huntériens, si l'on ne savait que ces chirurgiens pratiquèrent toutes leurs inoculations sur des sujets syphilitiques.

Hunter et les partisans modernes de sa doctrine avaient inoculé un

grand nombre de chancres. Ils avaient obtenu très-souvent des résultats positifs, sans doute par l'inoculation de chancres non infectants, et s'étaient empressés de promulguer cette loi : le pus du chancre est toujours inoculable sur le malade lui-même. On expliquait les rares exceptions en disant que l'ulcère était à la période de réparation. D'un autre côté, on inocula sur le malade même le pus des accidents secondaires, on varia ces inoculations de mille manières, et l'on obtint des résultats négatifs. Une nouvelle loi fut promulguée : le pus provenant d'accidents secondaires n'est pas inoculable. Puis, assimilant l'inoculation à la contagion naturelle, on soutint que le *pus des accidents secondaires n'est pas contagieux*. Cette conclusion paraissait rigoureuse, et elle le serait réellement, si les partisans de cette non-contagion avaient ajouté au texte de leur loi quelques mots : *ces accidents ne sont pas contagieux.... sur le malade même*.

On établissait donc une identité absolue au point de vue de la réceptivité virulente entre un sujet syphilitique et un sujet vierge de syphilis. L'admission de cette identité erronée paraît surtout surprenante chez des syphilographes qui professaient que la diathèse ne se double pas. Comparant en effet la vérole à la variole, ils pensaient qu'un sujet en puissance de la diathèse syphilitique ne peut reprendre la vérole, tant que la première diathèse persiste. Si donc un syphilitique ne peut reprendre une nouvelle syphilis, il ne se trouve pas dans le même état qu'un sujet vierge de cette maladie, et alors, cette distinction admise, pourquoi conclure que le pus des accidents secondaires n'est pas transmissible à un sujet vierge, par cette seule raison que ce pus n'est pas inoculable à un sujet syphilitique qu'on tient d'un autre côté pour réfractaire à la syphilis ?

Cette doctrine de la non-contagiosité des accidents secondaires fut soutenue par peu de médecins; elle emprunta surtout son éclat à l'importance scientifique des syphilographes qui la défendaient, et il fallut, pour faire revenir ces derniers à l'opinion ancienne, que la distinction des deux chancres fût établie, et que des expériences nombreuses fussent pratiquées sur des sujets vierges. Cependant les adversaires de l'inoculation, Lagneau, Bielt, Baumès, Velpeau, Cazenave, de Castelneau, Gibert, Vidal, basant leur opinion sur des faits presque classiques qui se présentaient dans leur pratique, professaient toujours, en face de la doctrine opposée, la contagion des accidents secondaires. Mais ce sont des expériences pratiquées d'abord à l'étranger et répétées en France, qui vinrent confirmer leur opinion en ruinant tout à fait la doctrine des non-contagionnistes. En 1835, William Wallace, de Dublin (*Annales des maladies de la peau*, t. IV, p. 34), commença à faire connaître six expériences confirmatives de cette contagion. En 1849 et 1850, Vidal (1) et Waller, de Prague (2), publièrent de nouveaux faits. Depuis ont paru les expériences de Rinecker; celles de l'anonyme du Palatinat, qui furent de la part de Lasègue le sujet d'une

(1) Vidal, *Traité des maladies vénériennes*, 1853, p. 356.

(2) Waller, *Annales des maladies de la peau*, vol. III, p. 174, traduction Axenfeld.

intéressante revue critique dans les *Archives de médecine* (5^e série, 1858, t. II, vol. I, p. 597); une expérience de Guyenot (*Gazette hebdomadaire*, 25 avril 1859); les expériences de Gibert, et le rapport qu'il fit à l'Académie le 24 mai 1859. Nous compléterons ces indications bibliographiques en citant, comme sources de renseignements sur cette question, les *Bulletins de l'Académie de médecine* pour les discussions de 1852 et 1859 sur la contagion des accidents secondaires; le travail déjà connu de Rollet (de Lyon), publié dans les *Archives* en 1859 (février, mars et avril); enfin un mémoire de Viennois sur la *transmission de la syphilis par la vaccination* (*Archives*, 1860, n^o de juin, juillet et septembre).

Les faits qui prouvent la contagion de la syphilis secondaire sont des cas cliniques et des expériences; nous les examinerons successivement, en commençant par ce qui est le plus probant, les expériences. Nous essayerons ensuite de résoudre les questions que soulève cette contagion : car quels sont les accidents produits par la contagion du pus de la syphilis secondaire? comment ce pus s'inocule-t-il? et quels sont les accidents transmissibles?

Nous ne pourrions pas citer ici toutes les expériences qui nous ont paru concluantes; elles sont trop nombreuses. Nous nous bornerons à en rapporter deux; les autres n'offrent pas de différences sérieuses avec celles que nous publions.

Dans l'une des expériences faites par Guyenot, on a inoculé du liquide sécrété par des plaques muqueuses; l'autre inoculation a été pratiquée avec du sang de syphilitique.

OBSERVATION I^{re}. — Dr... (Antoine), âgé de dix-huit ans, né à Saint-Marcel (Isère), entre à l'Antiquaille, le 6 janvier 1859, pour des plaques muqueuses à l'anus.

Interrogé avec soin par Rollet, il dit avoir eu à la verge, huit mois auparavant, un chancre qui guérit au bout de huit semaines. Un mois après la cicatrisation, il éprouva des douleurs à l'anus avec suintement dans cette région. En outre, ce malade se rappelle avoir eu sur la peau, deux mois avant son entrée, une éruption aujourd'hui complètement effacée; en même temps, il ressentait des douleurs à la gorge, mais cette région ne présente plus actuellement qu'une rougeur diffuse et sans caractère spécifique.

L'examen scrupuleux, fait le jour de son entrée, laisse découvrir sur la face dorsale du pénis, à la réunion de la muqueuse préputiale et de la peau, une forte induration de 1 centimètre de diamètre, recouverte d'un tissu cicatriciel, parfaitement solide.

Du côté de l'orifice anal, on trouve plusieurs plaques muqueuses blanchâtres, réunies. Une double adénite multiple existe encore dans les aines. On trouve également quelques croûtes dans les cheveux. Du reste, avant son entrée, le malade n'avait subi aucun traitement. Son état général est très-bon. C'est ce sujet qui va fournir la matière à inoculation.

Le sujet inoculé est un garçon, J... (B.-B.), âgé de dix ans, d'une bonne constitution, ne présentant aucun symptôme de scrofule, atteint seulement d'une teigne favéuse, sans engorgement des ganglions cervicaux.

Le 7 janvier 1859, on lui fait au bras droit quatre piqûres avec la pointe d'une lancette, chargée à deux reprises sur les plaques muqueuses anales décrites dans l'observation précédente.

L'inoculation est faite assez rapidement, puisque le liquide ne se dessèche pas sur la lancette.