

sur la nature de la lésion, mais sur son ancienneté. On peut l'éviter lorsqu'on songe que les nodules des syphilides papuleuses lenticulaires sont plus aplatis, plus petits et indolores; lorsqu'on les rencontre en groupe, c'est-à-dire dans une récurrence, ces nodules sont assemblés en grand nombre et constituent de petits amas. Au contraire, les nodules des gommés syphilitiques cutanées sont *a priori* plus volumineux, plus élevés au-dessus du niveau de la peau, leur nombre est restreint; ils forment de vastes groupes ou cercles où les gommés isolées sont assez éloignées les unes des autres. De plus le ramollissement des papules est superficiel; au contraire, celui de la gomme est bien plus central et profond.

L'*acné rosacée* peut présenter des caractères identiques au tubercule syphilitique. Cependant l'*acné* ne se localise exclusivement qu'à la face, la rougeur disparaît à la moindre pression, les vaisseaux sont dilatés et serpentent sur la tache; les nodules entourés de contours festonnés, circonscrits, rouge brun, se desquamant ou se ramollissant, font ici complètement défaut, ce qui constitue un caractère différentiel important.

Les tubercules cutanés et les ulcérations ou cicatrices qui en dérivent peuvent avoir beaucoup de ressemblance avec le *lupus vulgaire*. Cette ressemblance est souvent si grande, la difficulté du diagnostic différentiel si considérable, qu'on a cru devoir créer une forme particulière, le *lupus syphilitique*. Cette variété évolue comme le *lupus*, présente le même aspect, seulement elle est occasionnée par la syphilis. L'examen attentif des symptômes différentiels, c'est-à-dire l'étude de l'évolution, permet bientôt de distinguer les deux variétés.

En ce qui concerne les nodules, ceux du *lupus* sont plus remplis de suc et moins durs que les nodules syphilitiques indurés. Dans le *lupus* on trouve toujours, à côté et autour de nodules déjà fort avancés dans leur développement, des efflorescences primaires qui se distinguent nettement des nodules syphilitiques par leur petit volume et par leur siège, car elles sont situées profondément dans le derme. Les groupes que forment les nodules lupiques sont petits, ils sont très voisins les uns des autres et confluent; le nombre des groupes est plus considérable que dans la syphilis.

Les ulcérations nées de la nécrose des nodules du *lupus* s'élèvent au-dessus du niveau de la peau, et sont constituées par des granulations molles, rouges et saignant facilement. Les bords de ces ulcérations ne sont pas formés par le tissu infiltré qui les entoure comme

un rempart. Ici les bords sont constitués par la peau saine qui présente de petits nodules lupiques tantôt disséminés, tantôt groupés, plus ou moins développés. La cicatrice qui persiste après une syphilide ulcérée guérie, est mince, réticulée, déprimée, à peine pigmentée, traversée par des vaisseaux ectasiés, entourée d'un liseré fortement pigmenté et festonné. La cicatrice du *lupus* est, au contraire, boursoufflée, keloïdiforme, peu pigmentée, mais sans liseré pigmenté; dans cette cicatrice, et à la périphérie, on voit le plus souvent çà et là de petits nodules isolés.

De plus, le *lupus* apparaît déjà chez les enfants; aussi à côté de manifestations récentes peut-on, chez les adultes, trouver quelques cicatrices provenant d'accidents ayant évolué dans l'enfance. La nécrose et les pertes de substance dues au *lupus* évoluent plus lentement que dans la syphilis: tels sont les caractères différentiels qui peuvent aider au diagnostic; à la rigueur le traitement anti-syphilitique peut avoir son utilité à ce dernier point de vue.

L'*épithéliome*, ou cancer plat de la peau, se distingue d'une syphilide ulcéreuse par les caractères suivants: l'ulcération de l'*épithéliome* est au même niveau que le reste de la peau, quelquefois elle le dépasse; elle paraît colorée d'un beau rouge, présente des granulations et est entourée d'un rebord surélevé excessivement induré, mais recouvert de peau normale; on peut, en pressant un point quelconque de ce bord, faire sortir des bouchons épithéiaux.

Les syphilides ulcéreuses des régions velues du corps, surtout quand elles donnent naissance à des végétations papillomateuses, ou *frambœsia*, peuvent être confondues avec du *sycosis végétant et parasitaire*. Dans la syphilis, lorsqu'on enlève la croûte, on trouve une ulcération située sur une base infiltrée; dans le *sycosis*, il n'y a pas d'ulcération, on remarque seulement une perte de substance tout à fait superficielle. Les proliférations frambœsiformes de la syphilis sont plus consistantes et ne donnent lieu qu'à une sécrétion peu abondante et superficielle. Lorsqu'on presse au contraire sur les végétations du *sycosis*, on voit sortir du pus par de nombreuses ouvertures. Dans le *sycosis parasitaire* on peut constater, autour des végétations et dans leur voisinage, des manifestations de l'herpès tonsurant de la peau et des poils. La recherche du champignon en est la preuve.

Les *gommés sous-cutanées*, tant qu'elles ne sont pas ouvertes et tant que la peau reste mobile au-dessus d'elles, peuvent être prises au premier moment pour de l'*athérome*, des *névromes*, des *lipomes*, des *cysticerques*. Mais lorsqu'on examine plus attentivement les symp-

tômes de chaque lésion, lorsqu'on étudie leur consistance, leur durée, leur évolution, on arrive bientôt à les différencier.

Il est plus difficile de distinguer les ulcérations gommeuses profondes des *ulcérations scrofuleuses*. Cependant aucune infiltration ne précède le ramollissement; la longue durée des lésions, les nombreuses ouvertures fistuleuses, la coloration livide très étendue de la peau, sa minceur, les cicatrices en forme de pont, boursoufflées, tels sont les symptômes de la scrofule. Quand, à côté des signes précédents, on constate encore les autres symptômes de la scrofule, tels que la tuméfaction ganglionnaire, l'eczéma de la muqueuse nasale, la blépharite, etc., on pourra distinguer les ulcérations scrofuleuses des ulcérations syphilitiques.

B. — MUQUEUSES

Comme pour le tégument externe, il existe pour les muqueuses deux espèces de gommès : les gommès muqueuses et les gommès sous-muqueuses. A cause de la plus grande finesse, de la moindre résistance, de l'humidité de la muqueuse, ces gommès se développent plus rapidement; mais elles n'atteignent pas le même volume que les gommès cutanées, parce qu'elles se ramollissent plus vite. Tout le processus évolue donc ici plus rapidement que dans la peau.

a. *Gommès muqueuses*. — Elles ne dépassent pas le volume d'un pois; quand elles ont atteint cette dimension, elles se sont le plus souvent déjà transformées en ulcérations rondes, cratériformes, recouvertes de pus, et dont les bords déchiquetés semblent quelquefois formés par du tissu infiltré rouge brun. On les rencontre fréquemment sur la voûte palatine et le voile du palais. Le voile du palais semble entouré par un groupe d'ulcérations de la dimension d'une lentille, en forme d'arc de cercle. Les cicatrices qu'elles laissent sont pâles et aplaties, ou bien constituées en groupes légèrement excavés; elles ont une marche serpentineuse; d'autres fois les anciennes lésions guérissent et on en voit de nouvelles se former à la périphérie.

b. *Gommès sous-muqueuses*. — Ce sont des infiltrations du volume d'une noisette, qui atteignent bientôt la surface de la muqueuse, se ramollissent, puis se transforment en ulcérations lardacées, cratériformes, ou festonnées par suite de leur confluence. Ces ulcérations sont limitées par un bord infiltré, découpé; elles se nécrosent rapi-

dement, et guérissent en laissant des cicatrices étoilées, blanchâtres et souvent saillantes.

C. — PÉRIOSTE ET OS

Nous avons dit que toutes les lésions syphilitiques des organes et des systèmes étaient inflammatoires. Ces lésions sont de nature tantôt purement inflammatoire, tantôt de nature gommeuse; dans ce cas les hyperémies actives précèdent l'inflammation.

Nous avons parlé des hyperémies et des troubles subjectifs qu'elles occasionnent; nous nous occuperons maintenant des phénomènes inflammatoires.

1. Processus irritatifs, simplement inflammatoires.

a. *Périoste*. — La périostite peut survenir à la suite de l'hyperémie qui précède la période d'inflammation, et alors elle est très précoce. Elle peut apparaître plus tard, en même temps que les récurrences des syphilides pustuleuses, telles que l'ecthyma et le rupia, vers la fin de la période secondaire; elle peut enfin se montrer comme l'unique manifestation d'une vieille syphilis et, dans ce cas, constituer le premier phénomène de la période tertiaire; mais plus la périostite est précoce, plus elle est grave. Elle siège surtout au niveau des surfaces et des crêtes osseuses superficielles, donc sur les crêtes et les faces du tibia, les côtes, les os plats du crâne. Cependant il n'est pas rare de la rencontrer au niveau des insertions musculaires.

Dans ce cas il se développe une tuméfaction, de consistance élastique, accompagnée de fortes douleurs spontanées, augmentant la nuit. Cette tuméfaction peut n'occuper qu'une petite surface fusiforme ou arrondie; mais elle peut envahir une surface plus vaste; elle est alors aplatie. La peau qui la recouvre est normale et la tumeur, tendue et élastique, est adhérente à l'os. Le simple toucher provoque une douleur violente, mais il est à remarquer que la pression centrale est moins douloureuse que la pression latérale.

Le *substratum anatomique*, qui forme la base de ce processus, est constitué par de petites cellules embryonnaires, accumulées entre l'os proprement dit et la couche fibreuse du périoste. L'excessive sensibilité est due aux tiraillements que subissent les filets nerveux qui se dirigent verticalement du périoste vers l'os.

La terminaison varie suivant l'intensité du processus, suivant la rapidité avec laquelle se constituent les produits de l'inflammation. La résolution est la terminaison la plus favorable, surtout lorsque la périostite est récente.

Le tissu infiltré se résorbe, le périoste se remet en contact avec l'os. A l'autopsie, on a constaté, aux points affectés, un épaississement du périoste et une réunion plus intime du périoste avec l'os.

Quand les accidents sont très aigus, quand l'infiltration est devenue très prononcée, le tissu infiltré peut suppurer et il se produit alors une *périostite suppurée*. L'infiltration gagne la couche fibreuse du périoste, les muscles qui les recouvrent, les aponévroses et le tissu cellulaire sous-cutané. La peau œdématisée rougit, devient fluctuante, et bientôt, au milieu de douleurs violentes, l'abcès s'ouvre et le pus se vide au dehors. Lorsqu'on examine les fistules avec une sonde, on touche au fond de l'abcès l'os dénudé de son périoste. Comme cette lésion est toujours très étendue, la surface de l'os se trouve privée des éléments de nutrition que lui apporte le périoste; de là une carie et une nécrose osseuse superficielle. La sensation qu'on a en touchant l'os dénudé est celle d'un corps rugueux et friable. La suppuration peut encore intéresser les parties molles qui recouvrent l'os et produire une destruction assez étendue, et quelquefois des ulcérations ichoreuses et phagédéniques. Quand l'abcès s'est vidé, la guérison survient et on voit se former une cicatrice réticulée, déprimée et adhérente à l'os. La syphilis n'est pas seule à produire ces altérations. Le plus souvent elles sont occasionnées par la combinaison de la syphilis avec le marasme et d'autres cachexies.

Il existe une terminaison plus fréquente que la suppuration; l'infiltration peut *s'organiser*. Si le processus tend à devenir chronique, si la quantité de tissu infiltré n'est pas considérable, il peut se transformer en tissu conjonctif. Ce tissu de nouvelle formation se charge de sels calcaires, comme toutes les infiltrations et inflammations du voisinage des os, et devient bientôt de l'os de nouvelle formation. L'os se recouvre ainsi d'une coque qui correspond à la forme du périoste, qui est tantôt arrondie, fusiforme, tantôt aplatie et étendue. On désigne cette variété sous le nom de *périostite ossifiante, tophacée*, et ses productions sous la dénomination de *tophi*. Elle constitue une affection essentiellement chronique. Peu à peu une nouvelle couche de tissu infiltré se dépose entre l'os et le périoste; les couches s'ajoutent aux couches, sans être accompagnées de phénomènes douloureux subjectifs. Ces couches se transforment en substance osseuse.

C'est ainsi que se forment ces épaississements considérables que nous observons surtout au tibia.

b. Os. — Comme partout, la néoformation inflammatoire a pour point de départ, dans l'os, le tissu conjonctif et ses vaisseaux. C'est dans le tissu conjonctif et les vaisseaux des canaux de Havers que l'on peut observer la naissance de l'infiltration sous forme de cellules embryonnaires typiques. Les canaux de Havers paraissent dilatés, remplis de petites cellules infiltrées qui sont disposées le long des travées conjonctives et des vaisseaux.

En même temps le tissu osseux semble s'accroître également. La terminaison de l'affection dépend, encore ici, de l'épaisseur de l'infiltration, de la rapidité de sa formation et de l'acuité de l'inflammation. Lorsque le processus est très aigu, la partie osseuse atteinte se ramollit, l'infiltration suppure, et bientôt le médecin est en présence d'un abcès osseux, d'une suppuration osseuse qui se fait jour au dehors. Mais l'*ostéoporose* et l'*ostéosclérose* sont les terminaisons les plus fréquentes. Lorsque l'infiltration se dépose lentement et en petite quantité, elle ne perd pas sa vitalité, elle s'organise. Qu'une nouvelle couche vienne à être déposée, puis une autre, on verra bientôt les canaux de Havers, qui sont le point de départ de l'infiltration, se dilater. La substance osseuse devient de plus en plus rare. Bientôt on s'aperçoit que les os sont devenus excessivement légers et, qu'à côté d'une enveloppe très mince, ils se composent de substance spongieuse, poreuse, à grosses lacunes. Mais d'un autre côté l'infiltration déposée dans les canaux de Havers peut se charger de sels de chaux et produire des néoformations osseuses qui peuvent amener l'occlusion partielle ou totale des canaux de Havers et des espaces médullaires dans l'os atteint ou dans une partie de l'os. Dans ce cas l'os semble être excessivement lourd et dur, la moelle osseuse est augmentée, épaissie. Les canaux sont très petits et même quelquefois invisibles, enfin, à la coupe, l'os ressemble beaucoup à de l'ivoire.

A ces lésions anatomo-pathologiques correspond une symptomatologie clinique fort incomplète. Partout où, à côté d'une lésion périostique, existe une lésion osseuse, on rencontre de la tuméfaction de la surface de l'os, des douleurs très intenses comme dans l'ostéite suppurée.

Les altérations plutôt chroniques de l'ostéoporose et de l'ostéosclérose se font sans lésions des surfaces et ne donnent lieu à aucun symptôme objectif. Cependant, les phénomènes subjectifs eux-mêmes, si l'on considère la gravité du processus, ne sont pas bien importants,

et se réduisent à des douleurs s'exaspérant la nuit, sourdes, térébrantes, déchirantes, profondes, qu'on prend malheureusement trop souvent pour des douleurs rhumatismales. Nous avons eu l'occasion de constater à l'autopsie d'une malade un beau cas d'ostéoporose de la clavicule, et cependant cette malade avait traversé les périodes secondaire et tertiaire de la vérole, sous nos yeux, sans jamais avoir accusé de douleurs dans la clavicule.

2. Processus gommeux.

a. Périoste. — Les gommages du périoste sont constituées comme partout par une infiltration ronde, circonscrite, composée de cellules embryonnaires très serrées. Le point de départ est également ici la couche inférieure embryonnaire du périoste; la tumeur, ordinairement ronde est aplatie d'un côté par la couche fibreuse du périoste, de l'autre côté par l'os; elle apparaît comme une tumeur arrondie, mais aplatie, très douloureuse, siégeant sur une base arrondie, très élastique, que l'on ne peut différencier de la périostite par irritation décrite plus haut.

Mais l'évolution et la participation de l'os sont deux symptômes qui différencient bientôt ces deux affections. Ce n'est que dans les cas très aigus et à évolution rapide que les périostites par irritation tendent à se ramollir, à suppurer et à se faire jour au dehors. Lorsqu'il s'agit d'une périostite gommeuse non traitée, cette terminaison devient presque une règle. Quand on voit des périostites dont le début n'est nullement violent, caractérisées par des tumeurs douloureuses, demi-sphériques, siégeant sur une base plus ou moins arrondie, qui, dans leur marche ultérieure, se développent peu et lentement, par contre se ramollissent, deviennent fluctuantes au centre et enfin s'ouvrent à l'extérieur, on peut affirmer qu'il s'agit d'une périostite gommeuse.

Un autre symptôme, qui distingue la périostite irritative de la périostite gommeuse, consiste dans la participation de l'os dans ce dernier cas. Comme dans la périostite par irritation la couche embryonnaire du périoste constitue le seul point de départ de la périostite, il s'ensuit que l'os ne peut que très rarement être intéressé par le travail inflammatoire. Encore faut-il pour cela que le périoste ait été détruit, comme on l'observe dans la périostite suppurée; mais malgré cela l'os ne sera atteint qu'à la superficie.

Il en est autrement dans la périostite gommeuse. Elle ne consiste pas uniquement dans un processus périostique, mais elle est intimement associée à une *ostéite gommeuse superficielle*. Le même tissu d'infiltration qui se développe dans le périoste, avec tendance au ramollissement, se montre également dans les couches superficielles de l'os en partant des vaisseaux des canaux de Havers. Ces canaux de Havers se dilatent, les lamelles osseuses qui leur sont interposées se résorbent, se ramollissent. Lorsqu'il y a ramollissement complet il se forme par suite de cette transformation de la partie centrale de la gomme, mi-partie osseuse, mi-partie périostique, une excavation assez grande, attaquant l'os profondément. Cependant la gomme à moitié ramollie peut encore se résorber; malgré cela l'excavation persiste, le périoste vient s'y loger et la cicatrisation se produit. *Cette dépression cupuliforme de l'os, que l'on sent à travers le tégument externe, est un symptôme qui indique la nature gommeuse de la lésion.* Lorsque le ramollissement se produit, il s'écoule un liquide gommeux, melliforme, gluant, contenant du sable osseux. L'examen avec la sonde nous renseigne sur les vastes modifications des surfaces osseuses, et sur la nature gommeuse du processus.

Tandis qu'au centre la gomme, appartenant en partie au périoste en partie à l'os, se ramollit, les couches périphériques, dont la nutrition est excellente, subissent des changements hyperplasiques. Car nous avons vu, en étudiant les généralités sur les gommages, que les tissus périphériques, c'est-à-dire les couches les plus jeunes, qui possèdent le plus de vitalité, peuvent se transformer en tissu conjonctif.

Le même fait peut s'observer ici pour la partie du tissu infiltré qui, de date toute récente, se glisse en forme de bourrelet autour de la partie centrale, entre l'os et le périoste, mais également pour les dernières couches de tissu infiltré déposées dans les canaux de Havers et qui représentent la couche d'enveloppe de l'infiltration gommeuse de l'os. Elles peuvent aussi subir la transformation conjonctive.

Ce tissu conjonctif de nouvelle formation, qui occupe le voisinage de l'os et l'os lui-même, se charge de sels calcaires et se transforme en substance osseuse. C'est ainsi que nous pourrions constater sur le vivant, dans chaque cas de gomme périostique, mais mieux encore à l'autopsie, que *l'excavation qui s'est formée dans l'os était limitée de tous côtés par un bourrelet d'une largeur de plusieurs millimètres, constitué par un tissu osseux de nouvelle formation, situé entre la couche fibreuse du périoste et l'os ancien.* Ce bourrelet monte graduellement de la périphérie vers l'excavation; arrivé au bord de

l'excavation, il tombe à pic. Lorsqu'on fait des coupes dans les os ainsi atteints, on constate que l'excavation de l'os est entourée d'abord par une coque de substance osseuse atteinte d'ostéoporose, mais qu'ensuite elle est enveloppée par une couche de tissu osseux sclérosé qui communique directement avec le bourrelet. Ce tissu osseux sclérosé peut, dans les os plats du crâne, arriver jusqu'à la face opposée et y produire des *ostéophytes* durs, aplatis.

Dans les os plats, et notamment dans les os du crâne, on peut observer deux gommes périostiques qui occupent une situation opposée, sur la face interne et sur la face externe correspondante de la boîte crânienne; les excavations qui se produisent dans la substance osseuse finissent par communiquer; l'os est perforé, et l'ouverture de communication se trouve limitée par des bords finement déchiquetés et par une lamelle osseuse, poreuse, épaissie à la périphérie, qui donne également des deux côtés au toucher la sensation d'un corps rugueux.

b. Os. — En décrivant la périostite gommeuse, nous avons mentionné les gommes osseuses qui sont constituées par une infiltration gommeuse des canaux de Havers et qui se terminent par le ramollissement. Cette *ostéite gommeuse* peut aussi se développer primitivement dans l'os, sans aucun rapport avec une périostite gommeuse. Ce fait s'observe surtout au niveau du crâne. Des nodules infiltrés se forment dans l'os; après ramollissement et expulsion du détrit, il reste des trous et des cavités qui contiennent fréquemment des séquestres osseux. Ces gommes sont le plus souvent en assez grand nombre; elles sont alors de forme sphérique. C'est pour ce motif qu'une grande surface osseuse, entourée par ces gommes en voie de ramollissement, se trouve tout à coup privée de nourriture, se nécrose et est expulsée. C'est ainsi qu'on a vu des plaques osseuses, de l'étendue de la paume de la main, être éliminées au niveau du frontal et du pariétal, et la substance cérébrale dénudée sur une vaste étendue. Les portions d'os nécrosé semblent toujours limitées par des bords concaves, particularité qui tient à ce que chaque concavité correspond à une gomme.

On peut rencontrer des gommes typiques à toutes les périodes de développement et de résorption dans la moelle des os longs, mais comme on ne les rencontre que par hasard, dans une autopsie, il est évident que pendant la vie elles ne donnent lieu à aucun symptôme important.

La carie et la nécrose des os peuvent survenir secondairement, à la suite de lésions syphilitiques et de destruction des parties molles.

Une périostite suppurée, qui s'étend sur une vaste surface, peut avoir une telle influence sur la nutrition de l'os sous-jacent qu'il se nécrose à la suite dans presque toute son étendue. Le même fait arrive lorsqu'il existe une périostite gommeuse, surtout si l'os est petit et peu résistant. La périostite des phalanges peut amener la nécrose de phalanges entières. Cette périostite peut produire un processus identique à la lèpre mutilante; on la désigne communément sous le nom de *dactylite syphilitique*.

Mais la lésion primitive du périoste n'est pas seule à produire ces effets. Une ulcération des parties molles peut se transmettre au périoste, amener sa destruction et produire la nécrose des os. C'est ainsi que des ulcérations occasionnent la nécrose si fréquente des os du nez et du palais, la perforation de la voûte palatine, de la cloison, la destruction des muscles et des os de la partie extérieure du nez. Ces ulcérations, qui siègent sur la muqueuse, creusent profondément; comme ces parties sont peu résistantes, elles atteignent rapidement le périoste, le détruisent et amènent la nécrose de l'os.

D. — ARTICULATIONS

Nous avons déjà parlé des arthralgies syphilitiques, nous ne nous occuperons ici que des formes simplement inflammatoires et gommeuses.

1. Arthrites simplement inflammatoires, irritatives.

Elles évoluent comme les synovites séreuses aiguës et chroniques. Suivant que la synovite est primitive ou secondaire, nous distinguons les variétés protopathiques et deuthéropathiques.

Parmi les variétés protopathiques nous citerons :

a. La synovite polyarticulaire aiguë. — Cette affection ressemble beaucoup au rhumatisme polyarticulaire; elle est caractérisée par la tuméfaction aiguë, très douloureuse, de plusieurs articulations, surtout des grandes; elle s'accompagne de fièvre. Les articulations sont toutes prises en même temps ou à peu de distance, et l'intensité des symptômes présente, dans les différentes articulations, des chan-