

gements rapides. Le gonflement aigu, très douloureux, la fièvre intense rappellent assez le rhumatisme articulaire. Celui-ci s'en distingue par la rémission de la fièvre; de plus l'acide salicylique, qui est un spécifique contre le rhumatisme articulaire, reste sans résultat dans la forme syphilitique. Au contraire, l'iodure de potassium constitue un spécifique puissant. Lorsqu'on ne traite pas cette affection de bonne heure ou qu'on la soigne mal, elle a peu de tendance à disparaître; les symptômes prennent une marche moins aiguë; la fièvre et la douleur diminuent; on observe dans les articulations des altérations qui surviennent dans la synovite hypertrophique chronique.

Nous n'avons aucune notion des altérations anatomiques de cette lésion. Nous avons le droit d'admettre qu'il s'agit d'une irritation. Mais comme l'irritation ne se manifeste par aucun symptôme spécial, nous pouvons supposer que les altérations sont analogues à celles du rhumatisme articulaire aigu, qui sont caractérisées par de la rougeur, du gonflement, tantôt diffus, tantôt localisés de la synoviale, par le ramollissement de la surface, qui se couvre de granulations veloutées, par le dépôt de membranes fibrino-purulentes minces; la synovie devient abondante, trouble; on y voit nager des débris épithéliaux et des flocons de pus.

b. La synovite monoarticulaire aiguë. — Caractérisée par le gonflement d'une grande articulation, elle reste localisée à cette articulation pendant toute la durée de la maladie. Elle s'accompagne d'une fièvre d'intensité moyenne et de phénomènes inflammatoires. L'emploi de l'acide salicylique reste sans effet; au contraire l'iodure de potassium a toujours une action favorable. Lorsque le traitement spécifique n'est pas institué, cette synovite aiguë peut passer à l'état chronique comme dans la variété précédente.

Les altérations anatomiques ressemblent à celles de la première variété; elles sont plus sérieuses, car cette variété résiste plus longtemps au traitement spécifique, et l'on sent parfois de la crépitation dans l'article, ce qui indique des altérations plus profondes du cartilage, de l'usure et même des ulcérations.

c. La synovite hypertrophique chronique : hydarthrose. — Cette variété termine quelquefois les précédentes, mais elle peut être primitive. Elle évolue sans fièvre ni douleur. Elle est caractérisée par un gonflement lent et progressif de l'articulation et disparaît sous l'influence d'un traitement antisyphilitique. Les lésions anatomiques,

consistent en inflammations chroniques et hyperplasiques de la capsule, avec végétations et villosités. L'érosion et la destruction du cartilage, la rétraction de la capsule, la déformation des extrémités articulaires par suite de la disparition totale du cartilage, l'ankylose, constituent la terminaison de cette lésion.

Il existe des synovites *deutéropathiques* qui ressemblent beaucoup aux précédentes; elles proviennent des tissus voisins et surtout des os atteints de lésions syphilitiques. Ainsi une périostite aiguë des extrémités des os peut être accompagnée de synovite aiguë. De même la périostite gommeuse, simple et chronique, l'ostéomyélite, donnent naissance à une synovite chronique hyperplasique.

2. Arthrite gommeuse.

Nous ne connaissons pas d'arthrites gommeuses, c'est-à-dire de lésions caractérisées par des gommes nées au niveau de la synoviale ou de la capsule, et remplissant l'articulation.

Dans les cas connus jusqu'à ce jour, il s'agissait de gommes qui s'étaient développées dans les ligaments, dans le tissu conjonctif et le tissu adipeux qui entourent la capsule articulaire; ce n'est que plus tard que la gomme, attaquant la capsule articulaire, avait gagné l'article. Ces processus sont tous chroniques; l'évolution et la symptomatologie différent, suivant que les gommes ou la synovite séreuse prédominent. Dans un des cas, on a sous les yeux une arthrite chronique rugueuse, avec nodules dans la capsule, et même dans les ligaments. Dans l'autre cas, l'articulation est tuméfiée, le gonflement est indolore, résistant et inégal, et la cavité articulaire ne contient que peu de liquide. La pénétration des masses gommeuses dans une articulation ne semble y amener aucune modification importante. Quand la gomme se fait jour à la fois au dehors et au dedans, l'articulation est ouverte et il se produit une *pyarthrose*.

Les arthrites hyperplasiques chroniques, ainsi que les arthrites gommeuses, ont comme caractère commun d'être toujours accompagnées d'une néoformation de tissu conjonctif. La capsule et les ligaments s'épaississent, il se forme de nouvelles travées conjonctives qui vont d'un bout de l'articulation à l'autre.

Plus le processus est ancien, plus le tissu conjonctif de nouvelle formation est tendu, plus il se ratatine et produit ainsi des brides plus ou moins grandes qui ont pour résultat l'*ankylose fibreuse*.

La formation d'ostéophytes aux épiphyses, la déformation et la difformité des extrémités articulaires dans des cas de périostite, peuvent amener une *ankylose osseuse* plus ou moins complète. Les ulcérations des surfaces articulaires se terminent par des cicatrices tendues et donnent lieu à une *ankylose membraneuse*.

E. — TENDONS ET GAINES TENDINEUSES

Nous distinguerons également ici la variété gommeuse de la variété irritative.

1° La **variété irritative** présente comme manifestations aiguës :

a. La *Synovite tendineuse*. — Il se fait un gonflement très douloureux accompagné de fièvre ; ce gonflement est produit par une hypersécrétion trop abondante dans les gaines tendineuses. Elles présentent des tuméfactions douloureuses assez tendues, recouvertes d'une peau rouge, et qui suivent la direction des tendons. Les mouvements sont gênés, deviennent même impossibles et occasionnent parfois un frottement dû aux dépôts fibrineux superposés dans les gaines des tendons qui glissent les uns sur les autres.

Dans d'autres cas, la maladie est chronique ; il s'agit alors d'une :

b. *Hydropisie des gaines tendineuses*. — Elle est caractérisée par un gonflement, absolument indolore, nettement fluctuant, qui suit la direction des tendons ; il est fusiforme ou renflé, recouvert par la peau normale, et crépite nettement sous le doigt. Cette hydropisie se termine par la guérison ou passe à l'état chronique.

La variété chronique a peu de tendances à s'arrêter spontanément ; elle produit plutôt, par suite de l'évolution du processus, un épaissement des gaines tendineuses, une augmentation du liquide contenu qui est gélatineux, épais et visqueux. On rencontre plus souvent ces deux variétés chez la femme que chez l'homme ; elles se localisent surtout aux extenseurs des doigts et des orteils, aux tendons du biceps, du long péronier et n'attaquent que rarement les gaines tendineuses situées autour du genou.

2° **Ténosite gommeuse**. — Elle est formée par des nodules arrondis ou fusiformes, se développant lentement, sans douleur, dans les gaines tendineuses. Ces gommages disparaissent après le traitement antisyphilitique ; sans cela elles restent stationnaires, se calcifient, passent à

l'état crétacé, sans amener aucune altération dans la continuité de la gaine tendineuse. Dans d'autres cas, l'infiltration se propage rapidement à la périphérie, dépasse la gaine tendineuse et les tissus environnants, peut attaquer le tégument externe, le ramollir et se faire jour au dehors. Ces gommages occupent surtout les tendons qui ont une certaine longueur et qui sont tendus : les tendons d'Achille, du biceps, du radial.

F. — BOURSES SÉREUSES

a. **Hygroma irritatif aigu**. — Cette lésion est excessivement rare ; j'ai pu l'observer dans la bourse séreuse située au-dessus du genou. Il se forme une tumeur douloureuse, très tendue, ne communiquant pas avec l'articulation, comprise entre les muscles, fluctuante, qui disparaît rapidement après l'emploi de l'iodure de potassium.

b. **Gomme des bourses séreuses**. — On l'observe surtout dans la bourse séreuse prérotulienne et principalement chez les femmes. Elle est caractérisée par une infiltration inégale qui part de la bourse prérotulienne pour se propager aux tissus voisins ; elle se ramollit, se rompt et constitue une ulcération gommeuse siégeant sur la rotule.

G. — MUSCLES

Les lésions syphilitiques des muscles peuvent se présenter sous deux formes : la forme simplement inflammatoire, irritative et la forme gommeuse.

1. Myosite irritative.

a. **Myosite irritative aiguë**. — Il survient d'abord, comme dans le rhumatisme musculaire, de fortes douleurs dans les muscles, douleurs qui augmentent au toucher et pendant les mouvements, sans que, cependant, à l'examen, les muscles puissent présenter à ce moment quelque chose d'anormal. Les douleurs deviennent tellement intenses qu'il se produit finalement une contracture passagère du muscle.

b. **Myosite chronique**. — L'infiltration a pour point de départ le périnysium ; de là elle gagne les faisceaux musculaires. La substance musculaire disparaît, se transforme en tissu conjonctif et bientôt les muscles atteints subissent la dégénérescence fibreuse et se rétractent.

2. Myosite gommeuse.

Sans que le malade s'en aperçoive, il se développe souvent une infiltration gommeuse qui a pour point de départ le périnysium; elle se propage lentement et sans douleur; pendant un certain temps, cette affection peut ne présenter aucun symptôme; en examinant on trouve un peu plus tard un nodule légèrement induré, siégeant dans le milieu du tissu musculaire. Cependant, il n'est pas rare, surtout si la gomme se produit rapidement, de constater dès le début de violentes douleurs. Ces douleurs augmentent au toucher, rendent impossible tout mouvement du muscle malade; ce muscle peut même être dans un tel état de contraction qu'il devient excessivement difficile d'examiner et de délimiter la tumeur. Lorsqu'on institue de bonne heure le traitement, la gomme se résorbe, et tout rentre dans l'ordre. Abandonnée à elle-même, la gomme peut encore augmenter un certain temps, puis s'arrêter dans son développement, subir la dégénérescence fibreuse ou caséuse; pendant ce temps, le reste du muscle s'atrophie ou subit la dégénérescence graisseuse. Si la gomme a une forte tendance à augmenter et si elle est assez rapprochée de la surface cutanée, elle peut traverser le tissu musculaire, attaquer les aponévroses et la peau. Puis elle se ramollit et s'ouvre au niveau du tégument externe, comme s'il s'agissait d'une gomme sous-cutanée. Lorsque l'ulcération guérit, la peau se trouve attirée vers le muscle en forme d'entonnoir; le muscle peut cependant conserver ses fonctions. Ces gommages siègent surtout dans les grands faisceaux musculaires du sterno-cléido-mastoïdien, du fessier, du biceps, du fémoral, du mollet. Elles sont assez souvent fort nombreuses, constituent la première manifestation tertiaire, et peuvent même apparaître six mois après le début de l'infection.

H. — ORGANES DE LA DIGESTION

1° **Bouche et arrière-bouche.** — Les manifestations syphilitiques secondaires, telles que les érythèmes et les papules, se localisent de préférence dans la cavité buccale; elles peuvent siéger sur les lèvres, les commissures labiales, la muqueuse alvéolaire, la muqueuse des joues, sur le palais et les amygdales. Il n'en est plus de même des

gommages qui ne se localisent que rarement dans les points précités. Ricord avait désigné le voile du palais comme une limite au-devant de laquelle se développaient uniquement des accidents secondaires, tandis que les lésions tertiaires devaient naître exclusivement en arrière. En effet, les gommages n'existent que très rarement sur les lèvres, et lorsqu'on en rencontre, elles sont ordinairement la continuation d'une lésion analogue venant du nez. Il est également fort rare de rencontrer des ulcérations primitives, de nature gommeuse, sur la muqueuse des joues.

Il est déjà plus fréquent d'observer des ulcérations sur les amygdales; mais souvenons-nous que toutes les ulcérations des amygdales ne sont pas de nature gommeuse. Il s'agit le plus souvent de papules hypertrophiques qui recouvrent entièrement les amygdales ainsi que les piliers. Ces papules se ramollissent et forment bientôt de vastes ulcérations ayant souvent l'aspect d'ulcérations phagédéniques ou diphtéroïdes, tout à fait superficielles, entourées de bords festonnés serpigneux, lardacés et à marche rapide; ces ulcérations n'ont aucune tendance à se nécroser dans la profondeur. Cependant on a observé de véritables gommages dont le point de départ était situé dans le parenchyme de l'amygdale. Une amygdale, quelquefois les deux, augmentent peu à peu considérablement de volume. Aucune douleur n'accompagne ce processus que le malade ignore le plus souvent. La surface des amygdales est tendue, lisse, brillante et colorée en rouge brun. La déglutition est rarement troublée; il survient très fréquemment un peu de surdité due à la compression de la trompe d'Eustache. Peu à peu le ramollissement commence. La surface de l'amygdale perd son aspect tendu; elle se déprime un peu. Bientôt, à la suite d'une irritation extérieure, pendant la déglutition d'un aliment solide, au moment d'un accès de toux ou de vomissement, il se fait une perforation par laquelle s'écoule une masse filante, purulente, et, l'on aperçoit dans l'amygdale un ou plusieurs abcès cratériformes, avec des bords surélevés et un fond lardacé, qui parfois se réunissent, s'étendent sur les piliers, envahissent les trompes d'Eustache. Quand elles guérissent, elles produisent des cicatrices vicieuses, qui, lorsqu'elles atteignent la trompe d'Eustache, peuvent compromettre définitivement l'ouïe.

Les gommages que l'on rencontre sur la *voûte palatine* ne viennent pas des parties molles, mais surtout du périoste. Sur la ligne médiane se développe le plus souvent une tumeur, de grosseur moyenne, fusiforme et très douloureuse. Cette tumeur est tendue et élastique au

début; peu à peu elle devient fluctuante et se rompt. Par l'orifice on arrive directement sur l'os. Après l'ouverture, les parties molles peuvent de nouveau adhérer à l'os; le processus se termine alors favorablement. Mais le plus souvent les parties voisines de la perforation se désagrègent et l'os est mis à nu. Quand ce processus est très intense, il se produit de la nécrose et une perforation de la voûte palatine, d'où communication entre le nez et la cavité buccale, et troubles profonds de la déglutition et de la phonation.

Mais il existe une autre lésion plus fréquente et d'autant plus désagréable qu'elle est plus insidieuse et moins apparente. C'est la perforation de la *voûte palatine* ou du *voile du palais* par des gommès qui prennent naissance à la face supérieure du palais qui regarde le nez et le pharynx.

Le début et le développement de ces gommès se font d'une manière absolument insidieuse. Ce qui préoccupe en premier lieu le malade c'est la présence d'une tache brune, un peu douloureuse, sur la voûte palatine et le voile du palais. Cette tache est nettement circonscrite, rouge brun, et paraît œdématisée. Elle grandit, et après quelques jours on aperçoit une petite perforation; lorsqu'on examine l'orifice, on constate qu'il forme le sommet d'une ulcération en entonnoir, déjà très étendue vers la face opposée.

Plusieurs ulcérations de ce genre peuvent se développer simultanément ou se suivre de très près. Le palais ressemble alors à un tamis et la luette peut être séparée en partie ou entièrement du reste du voile du palais. Ces ulcérations sont toutes de forme ronde, même lorsqu'elles sont confluentes; leurs contours sont encore arrondis, leur fond est recouvert d'un enduit lardacé, les bords font saillie et souvent un bourrelet de tissu infiltré rouge brun ou rouge bleu les entoure.

Elles guérissent en laissant des cicatrices blanches, très tendues, qui donnent lieu à des rétractions tout à fait étranges.

Il existe des ulcérations semblables sur la paroi postérieure de l'arrière-bouche; elles ont pour point de départ des gommès sous-muqueuses et périostiques: au début, elles ne forment que de petites saillies de la grosseur d'une noisette, recouvertes par la muqueuse du pharynx, livide, tendue et brillante. Ces nodules n'occasionnent qu'une légère gêne dans la déglutition; dès qu'ils se sont ouverts, ils se transforment en une ulcération lardacée. Les gommès qui viennent du périoste peuvent amener une terminaison fatale, car, grâce à la carie des vertèbres cervicales, il peut se produire une hémorragie

des artères carotide interne et vertébrale. Lorsque les ulcérations s'étendent sur la paroi postérieure du voile du palais et sur le pharynx il se peut que, pendant la guérison, une cicatrice vienne fermer complètement la communication entre les fosses nasales et le pharynx; lorsque les ulcérations s'étendent sur les piliers et les amygdales et sur la paroi postérieure du pharynx, il se forme parfois des brides cicatricielles entre l'entrée du larynx et l'œsophage.

2° Langue. — La langue peut présenter deux variétés de lésions dont les symptômes rentrent dans le cadre de la période tertiaire.

a. *Glossite indurée.* — C'est une variété de myosite chronique qui intéresse la langue tout entière ou en partie; elle peut siéger profondément ou n'occuper que la superficie. La langue augmente de volume soit en totalité, soit partiellement; les phénomènes subjectifs qui accompagnent cet état sont peu importants et peuvent se résumer dans une sensation de pesanteur et de gêne dans les mouvements de la langue. La langue paraît beaucoup plus grosse, le malade ne peut plus rapprocher convenablement les dents; les bords de la langue viennent s'interposer entre elles et elles y laissent leurs empreintes.

Au toucher, on constate qu'une partie de la langue ou la langue tout entière est dure mais indolore¹. Le malade, qui dort la bouche ouverte, se plaint d'une hypersécrétion salivaire; lorsqu'il cause on croirait qu'il a un « bâillon dans la bouche ». Comme cette lésion évolue très lentement elle ne produit pas une gêne bien grande. Dans les glossites partielles, l'accroissement de volume de la langue n'est pas très considérable, mais la langue devient asymétrique, une moitié est plus grosse et plus lourde que l'autre, le malade a la langue dirigée obliquement. La partie qui est augmentée de volume est plus dure au toucher. Cet état peut persister un certain temps, quelques mois par exemple, puis la langue diminue peu à peu. La consistance devient de plus en plus dure, l'immobilité augmente, mais le volume diminue. La superficie de la langue est parcourue par des plis et des sillons longitudinaux et transversaux; les bords deviennent lobulés². Dans la glossite partielle, la partie autrefois augmentée de

(1) Cette variété a été décrite par M. Fournier sous le nom de cirrhose linguale. A. D. — P. S.

(2) Langue parquetée de M. Fournier.

A. D. — P. S.

volume se rétracte, la langue devient également asymétrique, mais dans le sens opposé, en même temps que la partie malade revient sur elle-même, la surface se plisse, se sillonne et les bords deviennent lobulés. Au début, il se produit un épaissement de l'épithélium qui s'exfolie de temps en temps; à cela viennent s'ajouter des brides indurées superficielles, et sur les bords des papules et du psoriasis.

b. *Glossite gommeuse*.— Sans que le malade en ait conscience, il se développe lentement et progressivement un petit nodule dans le tissu sous-muqueux ou dans les muscles. On ne l'aperçoit ordinairement que lorsqu'il a dépassé le volume d'un pois et alors il se manifeste plutôt par la gêne qu'il produit, car il n'est accompagné d'aucune douleur. Ce nodule se résorbe aussitôt après l'institution du traitement syphilitique. Abandonné à lui-même, le nodule continue à s'accroître et arrive à la superficie d'autant plus tard qu'il était situé plus profondément. Il se présente alors sous forme d'une tumeur ronde, demi-sphérique, dont la surface est rouge brun et brillante. A ce moment le centre s'est déjà ramolli le plus souvent, précédant ainsi la rupture de la gomme. Lorsque la gomme se rompt, on observe une ulcération en forme de cratère, remplie d'un débris lardacé, entourée par des bords indurés et tuméfiés. Si la gomme occupait la superficie de la langue, l'ulcération qui a été précédée par le ramollissement et la rupture de la gomme peut présenter des caractères analogues à celles des autres parties du corps. Dans ce cas on observe une ulcération, siégeant sur un tissu fortement induré, en forme de cupule, recouverte d'un enduit lardacé, entourée par des bords déchiquetés, flottants; la nécrose des gommages de la langue est souvent très considérable; lorsqu'il existe plusieurs gommages, ce qui arrive fréquemment, la destruction est très rapide et très étendue.

Sous ce rapport, les gommages des parties profondes de la langue sont très dangereuses; tant qu'elles ne forment que des nodules, on n'y prête pas grande attention. Le malade ne s'en occupe qu'après leur perforation qui entraîne une grande perte de substance et modifie la voix en lui donnant un son guttural particulier.

La guérison produit des cicatrices très dures et tendues qui, à la suite de leur grande rétraction, rendent la langue difforme et lobulée.

Il est souvent difficile de faire le *diagnostic différentiel* entre les gommages ulcérées de la langue et deux autres processus ulcératifs, le carcinome et la tuberculose.

L'ulcération du *carcinome* est plus superficielle, très douloureuse; on constate à la périphérie de nombreux bouchons épithéliaux; elle s'accompagne rapidement d'engorgement ganglionnaire très étendu. Au contraire la gomme de la langue se ramollit au centre, l'ulcération est cratériforme, elle est indolore ou peu douloureuse, les ganglions ne sont pas intéressés dans ce processus; ils sont au contraire fusiformes comme chez tous les syphilitiques. La gomme de la langue s'accompagne très souvent d'autres manifestations syphilitiques de la muqueuse buccale: on y rencontre surtout le psoriasis des muqueuses de la bouche et de la langue.

L'*ulcération tuberculeuse* est plus aplatie; dans son voisinage on constate de tout petits nodules blancs siégeant dans la muqueuse; ces petits nodules peuvent se ramollir et former de petites érosions superficielles, à bords nettement déchiquetés, qui sont d'autant plus fréquentes et plus grandes qu'elles se rapprochent du bord de l'ulcération. Du reste on peut y rechercher les bacilles de la tuberculose; en même temps il existe souvent de la tuberculose pulmonaire.

3° *Œsophage. Estomac*.— Nos connaissances sur les lésions syphilitiques de ces organes sont très incomplètes. Il existe bien quelques cas où par suite du traitement antisiphilitique on a pu faire disparaître les difficultés de déglutition produites par des tumeurs de la paroi œsophagienne. On cite encore quelques cas d'ulcérations gommeuses et de constriction œsophagienne par suite de cicatrices de même nature, mais ces cas sont rares. Le diagnostic est difficile à poser et encore faut-il le baser sur la présence d'autres symptômes syphilitiques.

Il en est de même pour l'estomac. Virchow a décrit une gastrite chronique avec épaissement et coloration grise de la muqueuse. Fauvel, Klebs, Cornil, Capozzi décrivent des ulcérations syphilitiques de la muqueuse stomacale, mais la symptomatologie fait défaut pour les diagnostiquer. Lorsqu'un malade présente des ulcérations de l'estomac, on ne pourra affirmer leur caractère syphilitique que si le malade est syphilitique et si le traitement spécifique est suivi de succès.

4° *Intestins*.— Nous savons peu de chose sur les lésions syphilitiques de l'intestin. Les recherches anatomo-pathologiques de Meschede, Oser, Wagner ont démontré qu'on rencontrait des ulcé-