

rations syphilitiques sur l'iléon. Ces ulcérations viendraient en partie de l'infiltration et du ramollissement des plaques de Peyer; elles laissent des cicatrices fibreuses, mais on ne connaît presque pas leur symptomatologie.

5° Rectum et anus. — Les affections gommeuses et les ulcérations du rectum et de l'anus se rencontrent surtout chez la femme, où elles sont très fréquentes. Mais dans cette région *toutes les ulcérations ne proviennent pas de gommés*. Nous avons mentionné, en parlant des éruptions papuleuses du pourtour de l'anus, qu'elles pouvaient produire des rhagades. Ces rhagades, sans cesse irritées et infectées par le passage des matières, sont bientôt le siège d'inflammation et de suppuration. Ces suppurations peuvent s'étendre jusqu'au tissu périanal, y produire des inflammations, des abcès et des fistules qui s'ouvrent dans le rectum et dans le périnée.

Les processus franchement gommeux peuvent naître aussi bien dans la muqueuse que dans le tissu périanal.

Les gommés de la muqueuse, situées un peu au-dessus du sphincter interne, commencent par de petits nodules dispersés, du volume d'un pois, qui ont un aspect foncé et contiennent une masse gélatineuse de couleur foncée. Peu à peu il se fait au sommet de chaque nodule une petite ouverture d'où l'on peut exprimer cette masse gélatineuse comme un bouchon. Cet orifice s'ulcère très rapidement, la muqueuse qui recouvre le nodule est détruite, et sur le fond on peut voir le tissu conjonctif sous-muqueux à nu; plusieurs petits nodules ulcérés peuvent se réunir pour former une vaste ulcération, sur le fond de laquelle on aperçoit la couche musculaire dénudée.

Mais pendant ce temps se forment plus haut, dans le gros intestin, de nouveaux nodules qui subissent les mêmes transformations. Il se produit bientôt une prolifération abondante d'un tissu de granulation très vasculaire, qui prend naissance sur le fond et surtout sur les bords de cette ulcération. Ces végétations ont tantôt la forme de polypes; tantôt elles constituent des excroissances diffuses, elles s'accroissent, se ramollissent et augmentent de la sorte la surface de l'ulcération.

La couche musculaire des sphincters peut s'enflammer et s'infiltrer, et former ainsi un canal étroit et dur, qui laisse à peine passer les matières fécales ou le doigt. Lorsque la guérison survient, ces ulcérations se cicatrisent en laissant un tissu cicatriciel dur, calleux, qui peut occasionner de forts rétrécissements. La partie rétrécie siège

toujours immédiatement au-dessus de l'anus, car c'est là le point de départ du processus et là il est toujours très intense.

Dans le tissu périrectal apparaissent des gommés isolées ou en groupe. Elles atteignent un assez gros volume, font saillie sous la muqueuse du gros intestin, se ramollissent et se rompent en perforant en plusieurs points cette muqueuse qu'elles décollent sur une vaste étendue.

Le plus souvent elles occupent le tissu cellulaire lâche, situé entre la muqueuse rectale et la muqueuse vaginale. On observe alors, en même temps que des perforations dans le vagin et dans le rectum, la présence de fistules recto-vaginales et recto-vestibulaires. Les fistules sont le point de départ de vastes ulcérations qui se nécrosent rapidement. Autour de la fistule, le tissu s'enflamme, s'infiltré, se ramollit; de nouvelles fistules s'établissent, croisant les anciennes, et viennent aboutir au périnée, à la partie supérieure de la cuisse, à la région fessière. Il existe alors de vastes ulcérations qui occupent le vestibule, le périnée, la muqueuse rectale; les tissus qui persistent sont indurés, infiltrés, rouge brun, traversés dans toutes les directions par des fistules; les bords des ulcérations sont constitués par des végétations polypeuses, villoses, saignant facilement. La muqueuse rectale est ulcérée. Le calibre du rectum est diminué de beaucoup; les matières fécales enfin, surtout lorsqu'elles sont liquides, ne sont plus expulsées par l'anus seulement; elles peuvent être évacuées par le vagin ou par tel ou tel orifice fistuleux. L'état des pauvres malades est navrant, car si l'on réussit à faire cicatriser les ulcérations, les affections les plus diverses peuvent encore naître par suite de la constriction des cicatrices.

6. Pancréas. — On ne connaît qu'un cas de gomme syphilitique du pancréas; on n'a jamais retrouvé dans cet organe d'autres lésions de syphilis acquise.

7. Foie. — Les lésions syphilitiques du foie sont très variées; on peut les ranger en deux groupes :

a. *Hépatite interstitielle, diffuse.* — Le foie paraît augmenté de volume dans toutes ses dimensions, il semble plus lourd et sa coloration devient rouge gris. Sa surface est lisse, sans adhérences; le tissu hépatique est exsangue, brillant et homogène. L'examen microscopique prouve que le tissu conjonctif interlobulaire est partout augmenté et qu'il contient de nombreuses cellules rondes et fusiformes

portant un noyau. On trouve de petits groupes de cellules rondes dans les acini; elles partent des parois des capillaires. Les cellules hépatiques sont normales ou bien aplaties, altérées, en voie de dégénérescence graisseuse.

Si le tissu infiltré se transforme en tissu conjonctif et que celui-ci se rétracte, la cirrhose du foie avec granulations de la surface se trouve constituée. Cette terminaison n'a été observée que rarement jusqu'ici, car la mort survient ordinairement assez tôt. De plus les cellules qui forment l'infiltration syphilitique ne sont pas très viables, aussi une grande partie de ces cellules ne se transforme pas en tissu conjonctif, mais subit la dégénérescence graisseuse.

b. *Hépatite gommeuse circonscrite.* — On rencontre dans la substance hépatique normale, ou dans le tissu qui a subi la dégénérescence graisseuse ou amyloïde, une ou plusieurs gomme de la grosseur d'un grain de millet, d'un pois ou d'un œuf de poule. Elles siègent de préférence sur le ligament suspenseur, le tissu conjonctif de la capsule de Glisson, près des branches de la veine porte. On trouve rarement des gomme récentes.

Sur une coupe, ces nodules sont colorés en blanc ou en rouge gris; leur consistance est dure. Au microscope, on distingue, au milieu du tissu conjonctif fasciculé, de nombreuses cellules arrondies et fusiformes, des vaisseaux capillaires et des canalicules biliaires ramifiés avec leur épithélium cylindrique.

Dans les nodules gommeux anciens d'un plus gros volume, on constate nettement, sur une coupe, deux couches. La partie centrale est arrondie, envoie rarement quelques prolongements étoilés, a un aspect caséux ou purulent et se compose de filaments feutrés et serrés, de détritiques et de graisse. Autour de cette partie centrale, se trouve une capsule conjonctive qui se compose de faisceaux conjonctifs, de jeunes cellules et de vaisseaux. Par suite de la rétraction cicatricielle de la partie périphérique et de la résorption de la partie centrale, la tumeur diminue de volume. Lorsqu'elle occupe le voisinage de la surface du foie, cet organe devient lobulé. On observe des étranglements assez profonds, irréguliers, qui envoient des brides secondaires de tous côtés. Le parenchyme, qui a souvent subi la dégénérescence amyloïde, forme entre ces brides des proéminences demi-sphériques. Suivant la position et le nombre de ces tumeurs, la surface du foie peut présenter des difformités très intéressantes.

c. *Formes mixtes.* — Les hépatites interstitielle et gommeuse

peuvent se confondre. On observe alors de larges faisceaux de tissu conjonctif de nouvelle formation, limités à la capsule de Glisson, renfermant dans leurs mailles des tumeurs gommeuses qui se présentent entre les fibres comme des nodules interposés. Le foie devient multilobulé à la suite de lésions de ce genre.

d. *Périhépatite.* — Une inflammation chronique du péritoine qui recouvre le foie, c'est-à-dire une périhépatite, accompagne souvent l'hépatite gommeuse; on la rencontre plus rarement dans l'hépatite diffuse.

Cette périhépatite consiste dans la présence de petites cellules infiltrées et dans leur transformation en tissu conjonctif. Il se forme des brides et des adhérences qui s'étendent sur la surface du foie et qui envoient des brides secondaires dans le parenchyme. Ces brides peuvent de plus relier le foie aux organes du voisinage.

Sur le *vivant*, on ne constate pas d'autres symptômes que ceux qui sont produits par les modifications physiques du foie, ainsi que par la périhépatite: compression des vaisseaux sanguins et biliaires, etc. Le foie paraît augmenté de volume, et forme tantôt une tumeur dure, lisse, dont le rebord peut descendre jusqu'au-dessous de l'ombilic et qui produit du ballonnement abdominal; tantôt, au contraire, le foie devient irrégulier; sur sa surface on constate nettement des saillies et des étranglements qui semblent indurés au toucher. Le bord est mou et peut être divisé en plusieurs segments. Une sensation de pesanteur, de compression et de malaise, des douleurs qui disparaissent après avoir duré un certain temps dans la région hépatique, accompagnent ordinairement l'augmentation de volume du foie.

L'ascite est fréquente; l'ictère est rare; cependant la plupart des malades ont un teint terreux, jaunâtre; la rate est en règle générale tuméfiée. L'albuminurie accompagne souvent les symptômes de la syphilis hépatique; mais, pour diagnostiquer cette affection, il faut trouver d'autres manifestations de la syphilis ou des restes de lésions anciennes. L'affection évolue insidieusement et peut influer de deux façons sur l'état général: 1° par l'obstruction de la veine porte; plus elle est intéressée dans le processus, plus il y a de dangers par suite de l'ascite et des hémorragies stomacales et intestinales; 2° par la destruction du parenchyme hépatique qui devient incapable de remplir ses fonctions physiologiques.

I. — ORGANES RESPIRATOIRES

1° Nez. — La syphilis s'attaque aussi bien au tégument externe qu'à la muqueuse et aux parties osseuses du nez.

Les lésions gommeuses se développent surtout au niveau des ailes du nez, de la pointe, et du septum mobile. Ces gommes ont tous les caractères des gommes cutanées. Elles ont une grande tendance à détruire tous les tissus qui les environnent. Aussi les cicatrices qui suivent la guérison entraînent-elles des difformités fort redoutables. Les gommes qui se développent au bord des narines, se portent rapidement vers l'intérieur. Les ulcérations qui prennent naissance au septum mobile et au septum cartilagineux détruisent tout d'abord le septum mobile, viennent attaquer le septum cartilagineux, détruisent en s'avancant dans le périchondre le cartilage du septum cartilagineux et il arrive ainsi que la pointe du nez est considérablement abaissée. En regardant alors un malade en face, on n'observe aucune ulcération, mais on est frappé par la chute de la pointe du nez. Si on la soulève, on voit au-dessous d'elle et recouverte par elle, une ulcération gommeuse située au niveau du septum mobile.

Les gommes de la peau du nez siègent également de préférence dans le sac lacrymal. Il s'y développe une infiltration gommeuse qui se ramollit, se rompt à l'extérieur et produit des ulcérations gommeuses qui s'étendent tantôt sur la paupière inférieure, tantôt sur le dos du nez. Les os du nez sont de la sorte facilement dénudés, et il peut se faire une perforation allant de l'extérieur à l'intérieur comme j'ai pu l'observer plusieurs fois.

Dans l'intérieur du nez, les gommes de la muqueuse, la périostite irritative et gommeuse ainsi que les ulcérations provenant de la désagrégation de papules secondaires, amènent la destruction de la muqueuse et souvent la nécrose rapide des os; l'évolution du processus est chronique. Le début est un peu moins intense qu'un catarrhe nasal tenace, qu'un fort rhume de cerveau. Les malades se plaignent d'une sensation de gonflement de la muqueuse, ils prétendent avoir le nez bouché. Remarquons de suite que dans la rhinite catarrhale l'obstruction des narines varie; tantôt c'est la narine gauche, tantôt la droite qui semblent bouchées. Dans la rhinite syphilitique, l'obstruction siège toujours dans le même point, il n'y a pas de variations; la sécrétion est à ce moment légèrement purulente;

on observe de nombreuses épistaxis. Mais bientôt, grâce au ramollissement du tissu infiltré, la sécrétion augmente, devient nettement purulente, fétide; par suite du courant d'air une partie du liquide sécrété se dessèche, forme une croûte qui obstrue davantage les narines et peut les boucher complètement pendant la nuit. Un beau jour le malade, qui ne croyait qu'à un coryza ennuyeux, en se mouchant plus fortement pour détacher les croûtes encombrantes, remarque la présence d'une esquille osseuse. Ce n'est qu'à ce moment qu'il consulte le médecin. L'examen rhinoscopique montre alors une muqueuse gonflée et tuméfiée sur toute son étendue, et des ulcérations plus ou moins arrondies ou irrégulières, recouvertes d'un enduit lardacé, situées sur les points les plus divers de la muqueuse nasale. Lorsqu'on continue les recherches avec la sonde cannelée, on tombe sur l'os nécrosé et rugueux. De cette façon la plupart des os du nez peuvent être détruits, la lame criblée, les cornets, le vomer, etc. Dans certains cas la forme du nez reste intacte, malgré la destruction d'une grande quantité des os du nez. Je connais un cas où tous les os internes du nez manquaient, où les deux narines formaient une vaste ouverture et cependant la forme de l'organe persistait. Dans d'autres cas la quantité d'os nécrosé a été peu considérable et cependant le nez est difforme. Cela dépend uniquement de ce fait que la charpente osseuse qui donne sa forme au nez est nécrosée en partie ou bien intacte. Ainsi la perte de la lame criblée produit un enfoncement en forme de selle au point de jonction du nez osseux avec le nez cartilagineux; la perte de la lame criblée et du vomer détermine un affaissement complet du nez. Sur sa surface on ne constate plus que trois petites saillies qui correspondent à la pointe et aux deux ailes du nez et qui semblent se dégager de la fosse pyriforme. Les narines peuvent être complètement obstruées. Du reste le plus souvent l'affaissement du nez est dû à la rétraction des cicatrices intérieures, plutôt qu'à la simple destruction du squelette osseux; on peut s'en rendre facilement compte lorsqu'on cherche à rendre à un nez affaissé sa forme primitive. Ce serait facile si l'affaissement était uniquement passif, mais on échoue ordinairement à cause des cicatrices qui, partant de la face interne du nez, pénètrent dans l'intérieur même et le brident de tous côtés.

Les tumeurs gommeuses sont dangereuses lorsqu'elles intéressent la partie supérieure du nez, la lame criblée de l'ethmoïde. J'ai constaté un cas de mort produit par une méningite qui, accompagnée de symptômes foudroyants, s'était déclarée en six heures, à la suite de la

rupture d'une gomme de la lame criblée dans la cavité crânienne. Les gommes de la base des fosses nasales peuvent amener la nécrose de la voûte palatine dans une étendue plus ou moins grande. Les gommes peuvent encore envahir les maxillaires supérieurs, y produire des nécroses partielles ou totales, envahir également les alvéoles dentaires; ce n'est pas là un fait excessivement rare. J'ai même rencontré une fois une nécrose partielle de l'os malaire.

2° Larynx. — Le larynx est, pendant la période secondaire, le siège fréquent d'érythèmes et de papules; pendant la période tertiaire on y trouve également de nombreuses ulcérations. Comme pour le nez, les ulcérations du larynx peuvent avoir deux causes: les gommes et les syphilides papuleuses en voie de nécrose. Les ulcérations qui sont produites par les gommes se distinguent par leur profondeur, par une tendance plus prononcée à la destruction, tandis que les ulcérations secondaires sont plus aplaties; cependant, en raison de la grande sensibilité de ces parties, surtout des cordes vocales, il peut se produire des lésions durables, même à la suite d'une très minime perte de substance. Les gommes se localisent sur l'épiglotte, sur les cordes vocales supérieures et inférieures, s'accompagnent rarement d'un œdème considérable et produisent suivant leur siège de l'enrouement, qui peut aller jusqu'à l'aphonie, de la difficulté de respiration qui, par suite d'un œdème aigu, peut amener l'asphyxie. La cicatrisation de ces gommes s'accompagne le plus souvent de graves inconvénients auxquels on ne peut plus remédier. L'épiglotte peut s'immobiliser ainsi que les cordes vocales dont une partie peut se déformer et se resserrer. Mais les lésions produites par l'inflammation du péri-chondre, du cartilage du larynx, sont plus graves que celles que produisent les gommes. Que cette inflammation soit primitive ou qu'elle succède à un processus gommeux ou ulcératif, elle entraîne presque toujours la nécrose du cartilage; après la guérison il existe des difformités persistantes avec des rétractions cicatricielles du larynx; bien plus, ces lésions peuvent se compliquer d'asphyxie provoquée; j'ai même observé un cas où la mort par gangrène et infarctus pulmonaires était due à l'aspiration de débris cartilagineux nécrosés.

3° Trachée. Bronches. — Il existe des ulcérations, des gommes, de la péri-chondrite du larynx et de la trachée; les anneaux cartilagineux peuvent être ulcérés et nécrosés; on peut rencontrer des cicatrices qui produisent, par suite de leur constriction, des déformations angu-

lares et de la sténose annulaire de la trachée. Les gommes et ulcérations peuvent se propager à l'œsophage, au médiastin, de la bronche droite pénétrer même dans l'artère pulmonaire; ces complications peuvent se terminer par la mort.

4° Poumons. — Quoique l'on admette sans conteste aujourd'hui, qu'il peut se produire des lésions syphilitiques dans les poumons, cependant la symptomatologie en est encore très incomplète.

Les simples affections irritatives des poumons, de la plèvre, des bronches, n'offrent, comme toutes les formes irritatives, rien de caractéristique. Elles évoluent avec les signes d'une pneumonie, d'une bronchite, d'une pleurésie aiguë ou subaiguë; c'est tout au plus si d'autres symptômes syphilitiques permettent, dans certains cas, d'en supposer l'origine spécifique.

Les formes gommeuses sont plus caractéristiques. Comme partout ailleurs, les gommes naissent du tissu conjonctif et se développent, dans les poumons, aux dépens du tissu conjonctif alvéolaire ou péri-bronchique. Leur volume, leur nombre, leur siège, leur marche sont variables. Elles peuvent être isolées, libres ou bien, comme nous l'avons déjà fait remarquer pour le foie, elles peuvent constituer une infiltration diffuse, occupant les petites cellules et les principales fibres conjonctives, et plus tard devenir du tissu fibreux et se rétracter.

Les gommes peuvent même se présenter sous une forme miliare. Dans ce cas elles sont très nombreuses, serrées les unes contre les autres, et forment alors des infiltrations et des hépatisations qui occupent de grandes étendues des poumons.

Dans d'autres cas le nombre des gommes est réduit. Il s'en trouve en petite quantité. Ce sont alors de gros nodules circonscrits.

Dans le premier cas, où les nodules sont très petits, il arrivera ce fait particulier que les gommes, au milieu du développement remarquable du tissu conjonctif cirrhotique, subiront la plupart du temps la dégénérescence caséuse, et il se fera une résorption partielle. L'infiltration tout entière aboutira à la formation de scléroses. D'où de la bronchectasie, la formation de cavernes bronchectasiques qui sont la suite naturelle d'une compression des bronches par le tissu sclérosé.

Quand les gommes sont grosses, isolées, elles parviennent à se faire jour dans le centre de ramollissement d'une bronche. Il s'ensuit alors une sorte de ptisie syphilitique: hémoptysies, expectoration

des parties gommeuses nécrosées et ramollies, formation de cavernes à développement progressif.

Les affections catarrhales de la muqueuse alvéolaire et bronchique se transmettent à la muqueuse laryngée, aux grosses bronches et à la trachée; ce sont des complications presque régulières de ces lésions. La symptomatologie en est encore peu connue. Le plus souvent l'affection débute par les signes d'une laryngite ou d'une trachéite chronique, sans fièvre. Après un certain temps on remarque de la matité circonscrite dans la partie médiane ou inférieure, rarement dans le lobe supérieur du poumon. Point de sueur nocturne; l'expectoration est franchement muqueuse, catarrhale. Les principales poussées de l'infiltration sont accompagnées d'une fièvre intermittente, atypique. Le plus souvent il y a disproportion entre l'étendue de l'infiltration et le malaise léger, l'expectoration et la dyspnée. Il survient enfin de l'hémoptysie, une violente expectoration de matières filamenteuses et nécrosées; les phénomènes physiques indiquent la formation de cavernes. Puis il s'établit une fièvre continue et persistante; cependant les forces et la nutrition se maintiennent bonnes durant un temps encore long.

Le début sans fièvre, la disproportion entre les symptômes subjectifs et les phénomènes objectifs, le maintien des forces et de l'état général, l'absence de bacilles de la tuberculose, la présence d'anciennes lésions syphilitiques, l'absence de tare tuberculeuse héréditaire, sont des points de repère pour le diagnostic qui se confirme par le traitement.

K. — ORGANES DE LA CIRCULATION

a. Cœur. — Les lésions du muscle cardiaque sont les mêmes que celles de tous les muscles striés. On peut donc rencontrer une myosite diffuse, chronique, irritative, aussi bien que des gommages.

1. *Myocardite chronique.* — C'est une infiltration de petites cellules qui a pour point de départ le tissu conjonctif; elle attaque le muscle cardiaque sous forme de longues traînées fusiformes. Lorsque le tissu infiltré subit la transformation fibreuse, à la suite de la destruction des fibrilles musculaires, il se forme du tissu cicatriciel blanc, brillant, et surtout induré. On trouve ces noyaux durs dans la cloison inter-ventriculaire ou dans le tissu même du cœur, mais en petit nombre. Ils ne traversent pas le plus souvent toute l'épaisseur

de la substance cardiaque, mais sont superficiels et peuvent s'avancer jusqu'au péricarde ou jusqu'à l'endocarde.

2. *Myosite gommeuse.* — Les gommages, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'un œuf de pigeon, peuvent occuper les différentes parties du muscle cardiaque. Si ces gommages sont anciennes, on pourra nettement y distinguer une couche centrale caséuse et une couche périphérique fibreuse. Autour de ces gommages le tissu musculaire subit la dégénérescence graisseuse ou moléculaire. Si la gomme se ramollit, elle peut s'ouvrir soit à l'intérieur, soit à l'extérieur.

3. *Endocardite et péricardite chroniques.* — Ces lésions ne sont presque jamais primitives; on les rencontre surtout aux points où la myocardite diffuse ou gommeuse est arrivée jusqu'à la surface du cœur directement sous l'endocarde ou sous le péricarde; il se développe alors autour du muscle cardiaque malade une endocardite ou une péricardite chronique qui se compose d'une infiltration de petites cellules et se termine par la transformation en tissu cicatriciel induré. Une endocardite de cette nature peut, lorsqu'elle vient à intéresser l'une ou l'autre valvule, produire des troubles dans le fonctionnement des valvules. Cohnheim, Teissier, Colrat en citent des cas.

Les symptômes cliniques qui correspondent à ces lésions anatomiques n'ont rien de caractéristique. Il est des cas où ces affections peuvent évoluer sans même se laisser soupçonner par un symptôme quelconque. Ce n'est qu'à l'autopsie, en sectionnant par hasard le cœur, qu'on a constaté ces lésions. D'autres fois les malades se plaignent d'une sensation d'oppression, de difficulté de respirer, de battements de cœur et de palpitations. L'examen direct nous montre que les bruits du cœur sont augmentés, sourds, accompagnés d'un bruit de souffle. Le cœur bat irrégulièrement, les contractions du muscle cardiaque sont diminuées; le pouls est petit, irrégulier; il y a des symptômes de stase.

b. Vaisseaux. — Nous n'insisterons pas sur la dégénérescence athéromateuse, ni sur la formation des anévrysmes, qui peuvent, dans certains cas, avoir des rapports intimes avec le processus syphilitique; cette question est encore à l'étude¹. Par contre, on a décrit

(1) Quand on étudie avec soin les antécédents des malades atteints d'anévrysmes de l'aorte, on constate que la syphilis est un des facteurs étiologiques les plus fréquents. Anévrysmes aortiques est presque toujours synonyme d'aortite.