

supérieure); à un certain point de l'extension, il perçoit une résistance, qui rend même impossibles les mouvements passifs du bras; la résistance est produite par la tension du muscle, comme on peut très bien s'en rendre compte par la saillie que font les tendons au niveau du pli du coude. Malgré cela, le muscle ne présente absolument aucun signe de contraction; bien au contraire, il est mou, flasque, indolore à la pression; les seules parties sensibles à la pression sont la portion voisine de l'insertion tendineuse et le tendon lui-même. L'évolution de cette affection est toujours favorable: le raccourcissement musculaire disparaît rapidement, surtout sous l'influence de l'iodure de potassium et le muscle reprend son fonctionnement normal.

Dans la forme que nous venons de décrire, on ne peut démontrer aucune altération matérielle du muscle; au point de vue symptomatique, ces cas donnent l'impression de simples troubles fonctionnels; mais, dans la véritable *myosite syphilitique*, il en est tout autrement. Dans cette affection le muscle malade est le siège d'une tuméfaction diffuse, douloureuse; la peau est légèrement hyperémée et le fonctionnement fortement entravé. Ces myopathies s'observent parfois comme manifestations précoces; mais, plus souvent, elles appartiennent aux périodes avancées de la syphilis; tantôt elles ont une marche tout-à-fait favorable; d'autres fois, au contraire, elles provoquent la prolifération du tissu cellulaire interstitiel avec atrophie concomitante de la fibre musculaire; c'est une véritable *induration cicatricielle* du muscle, dont la rétraction entraîne une contracture définitive, souvent très accentuée. Cette myosite peut atteindre tous les muscles; toutefois ce sont les muscles longs des extrémités qu'elle semble frapper de préférence.

La troisième variété qui nous reste à décrire, est constituée par les *gommes des muscles*; elles appartiennent à la période tertiaire; elles prennent naissance dans le tissu interstitiel et atteignent parfois un volume considérable en détruisant la substance musculaire. Quand le muscle est relâché on parvient toujours à les sentir sous la peau; ce sont des tumeurs circonscrites, très mobiles au début, sans adhérence aux téguments et qui entravent plus ou moins le fonctionnement musculaire. Dans les cas heureux, la résorption se produit, en laissant évidemment comme résidu, une induration; celle-ci n'apporte d'ordinaire aucun obstacle à la contraction du muscle.

Dans d'autres cas, la tumeur gommeuse se ramollit et son contenu se crée une issue à l'extérieur. Ces gommes se rencontrent le plus souvent aux membres, ordinairement au voisinage des insertions osseuses; puis viennent le sternomastoïdien et la musculature de la langue. Les affections spécifiques du muscle cardiaque seront décrites dans le chapitre suivant. — Le *diagnostic* de gommes musculaires non ulcérées avec d'autres tumeurs, *fibrômes*, *sarcômes*, peut, quand il n'existe aucun autre signe d'infection syphilitique, présenter de très grandes difficultés et il devient parfois nécessaire, pour assurer le diagnostic, d'instituer un traitement antisiphilitique d'essai.

CHAPITRE XI

LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

En dehors des altérations des très petits vaisseaux qui se trouvent au centre ou au voisinage immédiat des lésions syphilitiques et que nous avons déjà signalées dans les précédents chapitres, nous ne connaissons rien des altérations vasculaires pendant les premières périodes de la syphilis. Nous ne tenons pas compte de la faiblesse du pouls, des palpitations, de l'arythmie qu'on observe au début de l'infection et sur lesquelles Engels-Reimers a attiré récemment l'attention; les véritables manifestations spécifiques de ce système s'observent dans la syphilis ancienne, dans la syphilis tertiaire.

Parmi les **affections du cœur**, signalons d'abord l'*épaississement scléreux du péricarde et de l'endocarde*; il se présente sous forme de plaques blanches ou jaunâtres qui souvent se trouvent combinées à des lésions plus profondes dont nous allons donner la description. Chez les malades porteurs de manifestations spécifiques, on a trouvé les *valvules* couvertes d'*excroissances papillaires*.

Les *maladies du muscle cardiaque* lui-même sont beaucoup

plus importantes. Elles se présentent tantôt sous forme d'une *hyperplasie diffuse du tissu interstitiel* avec destruction de la fibre musculaire, tantôt sous forme de *gommes typiques*, enchâssées dans le tissu. Dans la première forme, le tissu musculaire est remplacé sur une étendue variable, par un tissu dur, fibreux; si cette sclérose envahit les muscles papillaires, comme on l'a plusieurs fois observé, ceux-ci subissent une rétraction très énergique. Nous avons affaire dans ces cas à une myocardite syphilitique, analogue à la myosite. D'ordinaire les gommes du cœur sont multiples; le volume qu'elles atteignent est des plus variables; tantôt elles n'ont que de faibles dimensions, tantôt elles forment des tumeurs considérables; aussi, quand on sectionne le cœur se montrent-elles sous forme de petits nodules blanc-jaunâtres, rappelant le tubercule, tandis que d'autres fois, leur volume permet avant toute incision, de les voir faire saillie à la surface interne ou externe de l'organe. — Ces deux formes d'altérations, la sclérose et la gomme, se combinent fréquemment, mais on peut toutefois les rencontrer isolées. Parfois cette sclérose n'est que le résidu d'une gomme, elle en constitue le dernier stade; il est cependant probable que certaines scléroses sont primitives, comme on l'observe dans d'autres organes. Au cœur, comme ailleurs la gomme peut aussi subir la fonte et s'ouvrir une voie soit vers l'intérieur, soit vers l'extérieur du muscle cardiaque.

Les **symptômes** de la syphilis du cœur, dont jusqu'ici nous ne possédons que peu d'observations, sont, en somme, assez mal définis. Les malades se plaignent de *palpitations* et au début, d'un peu d'*oppression*; l'*oedème* est moins fréquent, parfois on observe d'autres signes de trouble circulatoire, un peu de *cyanose*, etc. Au cœur même, on ne constate rien d'anormal; d'autres fois les bruits cardiaques sont altérés et la matité est augmentée. Ordinairement, et sans que rien n'ait pu faire prévoir la chose, il se produit une aggravation brusque qui s'accroît rapidement; la dyspnée et la cyanose atteignent en peu de temps leur maximum et au bout de quelques jours ou même de quelques heures, la mort survient par asphyxie. On a assez souvent aussi observé des morts presque foudroyantes: les malades qui auparavant n'avaient jamais présenté de symptômes inquiétants, ont été trouvés morts soit dans leur lit, soit sur les cabinets d'aisance.

Le **diagnostic** de syphilis cardiaque ne peut être admis (même si les commémoratifs sont certains ou s'il existe d'autres signes de syphilis), que lorsque les troubles circulatoires que nous venons de décrire ne peuvent être attribués à aucune autre cause (altérations valvulaires, maladies du poumon ou du rein); même alors, il est clair qu'on ne peut jamais poser qu'un diagnostic de probabilité. Dans la plupart des observations, le diagnostic exact n'a été fait qu'à l'amphithéâtre. Aussi aura-t-on rarement l'occasion de se prononcer sur le **pronostic**; comme on l'a vu, celui-ci est tout-à-fait défavorable. Il est bien possible cependant, si on arrivait par hasard à faire très tôt le diagnostic, qu'on puisse, sous l'influence du traitement mercuriel, arriver à la guérison.

Tandis que les lésions spécifiques des veines n'ont été signalées qu'à titre d'exception, les **manifestations syphilitiques des artères** sont des plus fréquentes. Dans certains cas rares, on a trouvé (LANG et d'autres auteurs) dans la paroi même des gros vaisseaux, de véritables gommes, dont le point de départ se trouvait dans l'adventice; il en résultait une tumeur fusiforme, pulsatile, qui, dans un cas a fini par oblitérer complètement le vaisseau (M. v. ZEISSL). Les gommes qui ont pris naissance au voisinage des artères peuvent envahir celles-ci et provoquer les mêmes symptômes. — La lésion la plus fréquente et la mieux connue est une forme spéciale d'artérite, l'*endartérite syphilitique oblitérante*; c'est une altération consistant essentiellement en une prolifération de la couche interne de l'artère et finissant par amener le rétrécissement ou l'oblitération complète du vaisseau; cette affection frappe les artères de moyen et de petit calibre et semble avoir une prédilection toute spéciale pour les artères cérébrales. L'examen macroscopique permet déjà de voir que les vaisseaux sont altérés; ils sont rigides, durs, et tandis qu'à l'état normal les artères du cerveau s'affaissent après la mort, les artères malades conservent, même quand elles sont vides, leur forme cylindrique, grâce à la rigidité de leurs parois. L'examen microscopique montre que l'altération consiste essentiellement dans un épaissement énorme de la tunique interne, dans la prolifération d'un tissu riche en cellules, entre l'endothélium et la membrane élastique; ce dépôt peut rétrécir le vaisseau au point d'en oblitérer complètement la lumière. En outre, on constate encore, dans les tuniques moyenne et externe,

des modifications qui consistent surtout dans l'infiltration de ces tuniques par des cellules de petites dimensions.

Plus souvent peut-être que par prolifération simple de l'endothélium, le vaisseau s'oblitére par thrombose; celle-ci finit toujours par se produire, et s'explique par la diminution considérable de calibre qu'à subie le vaisseau, par le ralentissement du courant sanguin que cause l'étranglement du passage; peut-être aussi les altérations de l'endothélium jouent-elles un certain rôle. HEUBNER a, le premier, établi ces faits par des recherches précises; remarquons toutefois que d'autres causes encore peuvent donner naissance à des altérations artérielles identiques: c'est ainsi, par exemple, qu'on les rencontre, d'une manière presque constante, dans la tuberculose pulmonaire (E. FRIEDLANDER). Aussi les caractères anatomo-pathologiques de la lésion ne suffisent-ils pas pour lui assigner une origine syphilitique.

Il est facile de comprendre que ces altérations empruntent surtout leur gravité aux lésions secondaires qu'elles provoquent dans les organes auxquels les artères malades se distribuent: d'abord ce sont des troubles fonctionnels dus à l'insuffisance de l'apport nutritif puis, tout à la fin, quand le courant sanguin est complètement interrompu, la nécrose des territoires vasculaires correspondants. Il va de soi que dans chaque cas particulier, la gravité de l'affection au point de vue de la santé et de l'existence, dépend de l'organe qui est le siège de l'altération vasculaire ainsi que des dispositions anatomiques de la partie atteinte. Parmi ces dispositions, la plus importante est celle qui permet l'établissement d'une circulation collatérale suffisante. L'étude de l'endartérite la plus fréquente, celle des artères cérébrales, sera faite plus loin, lorsque nous parlerons des affections syphilitiques du système nerveux.

Nous devons admettre que la prolifération spécifique de l'endothélium peut, comme les autres néoformations syphilitiques, subir la régression; aussi le traitement peut-il amener une amélioration lorsqu'il est possible de l'appliquer à temps. Cependant il ne faut pas songer à rendre à l'artère sa structure tout-à-fait normale: comme après la résorption des autres infiltrations spécifiques, il persiste une cicatrice ou une induration qui donne naissance au rétrécissement définitif de la lumière du vaisseau. Toutefois, s'il existe des voies collatérales suffisantes, un rétrécissement très accentué ou même l'oblitération

complète d'un tronc artériel n'entraîne aucune conséquence fâcheuse.

Le **diagnostic** précis de l'endartérite syphilitique ne peut évidemment se faire qu'à l'autopsie; cependant, surtout dans certaines affections du système nerveux central, on arrive à reconnaître, avec grande probabilité, l'existence d'une affection spécifique des artères.

On n'a pu établir qu'avec beaucoup moins de certitude les rapports qui unissent la syphilis à deux autres altérations vasculaires très voisines, l'artériosclérose et l'anévrisme. Ces deux affections, qui, d'ordinaire, ne surviennent qu'à un âge avancé, s'observent chez les syphilitiques, déjà dans la jeunesse, dès l'âge de vingt ans; ce fait nous permet de conclure que, dans certains cas du moins, la syphilis joue un rôle important dans l'étiologie de ces affections; c'est surtout pour les anévrysmes des artères cérébrales qu'on a démontré l'extrême probabilité de ces rapports étiologiques. La formation de la dilatation anévrysmale n'est que la conséquence de l'altération vasculaire primitive: quand la tunique moyenne a été détruite par une infiltration syphilitique et remplacée par du tissu conjonctif, la résistance du tube artériel diminue considérablement à cet endroit et la pression du sang finit peu à peu par faire céder la paroi et produire une dilatation.

CHAPITRE XII

LES AFFECTIONS SYPHILITQUES DU SYSTÈME NERVEUX

I. — AFFECTIONS DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES

Les affections que présentent les troncs nerveux au cours de la syphilis sont ordinairement dues à la compression qu'exerce sur le nerf, une lésion spécifique d'un organe voisin. Ce sont d'abord les *périostites*, aussi bien celles des périodes précoces