

CHAPITRE XIV

LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES DES POUMONS ET DES APPAREILS DE SÉCRÉTION

Tandis qu'une partie des affections syphilitiques de la muqueuse respiratoire appartient à la période secondaire, les **affections du parenchyme pulmonaire**, la **syphilis du poumon**, doit être, dans l'état actuel de la science, considérée comme une manifestation *tardive*, qui débute au plus tôt quelques années après l'infection, parfois beaucoup plus tard. — Au point de vue *anatomique* on en distingue deux formes principales, sans compter une troisième variété qui appartient en propre à la syphilis héréditaire. Dans la première de ces formes, l'infiltration spécifique suit le trajet des ramifications des bronches; il se forme des *foyers pérbronchiques multiples* qui, plus tard, se transforment en indurations consistantes, à ramifications nombreuses; ces indurations, outre qu'elles détruisent le tissu pulmonaire, provoquent encore une diminution du champ respiratoire par suite de la rétraction cicatricielle qu'elles subissent. Si ces foyers siègent immédiatement sous la plèvre, ils forment à la surface du poumon des dépressions qu'on peut apercevoir avant toute préparation. Dans la seconde forme, la néoplasie syphilitique a l'aspect d'une *tumeur* circonscrite; elle se présente sous la forme de *gommes* ordinairement multiples, enchâssées dans le parenchyme pulmonaire; ces gommes ont un volume variable; tantôt ce sont de très petits nodules, d'autres fois elles atteignent le volume d'une noix. L'évolution qu'elles subissent est la même que celle de toutes les tumeurs gommeuses: il se fait au centre du nodule de la dégénérescence graisseuse, de la caséification ou du ramollissement; ou bien la gomme se résorbe; mais toujours il persiste comme résidu pathologique une induration du tissu conjonctif, à l'intérieur de laquelle on retrouve parfois un restant de la masse caséuse. Ces indurations acquièrent souvent une coloration noire, grise ou tachetée par suite de leur imprégnation par des particules charbonneuses. Il ne s'agit évidemment, entre ces deux formes, que d'une différence

de localisation et d'extension de deux processus anatomiques, du reste absolument semblables et on devine que souvent ces deux variétés doivent exister l'une à côté de l'autre.

S'il est déjà très difficile de faire, à l'autopsie, le *diagnostic anatomique* de cette affection et surtout de la distinguer des lésions tuberculeuses souvent si semblables (ce diagnostic sera toutefois, dans les formes types, facilité par les résultats positifs ou négatifs, de la recherche du bacille tuberculeux), il est encore beaucoup plus ardu de déterminer, sur le vivant, la nature syphilitique d'une affection pulmonaire; les **symptômes** de la syphilis pulmonaire sont les mêmes, dans les grandes lignes, que ceux de tout autre maladie chronique du poumon. On trouve fréquemment des zones de matité; mais on n'a pu confirmer l'idée, jadis admise, que le siège de cette matité aux lobes moyen et inférieur du poumon était jusqu'à un certain point, spécial de la syphilis, contrairement à ce qu'on voit dans la tuberculose; on a, en effet, rencontré dans les sommets des foyers morbides d'origine syphilitique. — Quant aux *symptômes subjectifs*, on a attribué une valeur diagnostique particulière à l'insignifiance relative de la dyspnée et de la toux, ainsi qu'au défaut de fièvre hectique. Cette idée repose sur une erreur; car la syphilis pulmonaire, comme la tuberculose, donne lieu à des symptômes subjectifs très accentués et à une fièvre persistante, à caractère intermittent ou rémittent.

Par contre, les signes suivants ont de l'importance pour le **diagnostic**. D'abord, quand une affection pulmonaire chronique apparaît chez un individu sans tare héréditaire, n'ayant pas l'habitus phtisique, paraissant plutôt robuste et solidement bâti, il faut avoir certains soupçons; néanmoins, ce soupçon n'obtiendra une confirmation, encore toute relative, que si les commémoratifs sont tout-à-fait concluants ou mieux encore, si l'on découvre chez son malade, d'autres signes de syphilis. Les probabilités deviennent plus grandes encore, si l'on constate, *dans d'autres parties de l'arbre respiratoire*, l'existence de lésions syphilitiques telles que de la sténose due à un rétrécissement du larynx, de la trachée ou à des ulcérations laryngées (SNITZLER). Cependant, en règle générale, le diagnostic ne sera assuré que par les résultats favorables d'un *traitement antisypilitique*. — Enfin, il ne faut pas perdre de vue que la tuberculose et la syphilis peuvent coexister.

Le **pronostic** de la syphilis pulmonaire est assez favorable, si, bien entendu, elle est soumise à un traitement convenable. Tandis que la maladie abandonnée à elle-même, conduit ordinairement à la mort, il est souvent possible d'obtenir, même dans des cas désespérés, une amélioration évidente et même la guérison, grâce au traitement spécifique. Quoi qu'il en soit, il est évident que cette affection est toujours sérieuse, d'autant plus qu'après la guérison, il persiste une tendance à la récurrence.

On distingue deux formes de lésions syphilitiques du **foie**. La première consiste en une *prolifération diffuse du tissu interstitiel*; il en résulte d'abord une augmentation de volume

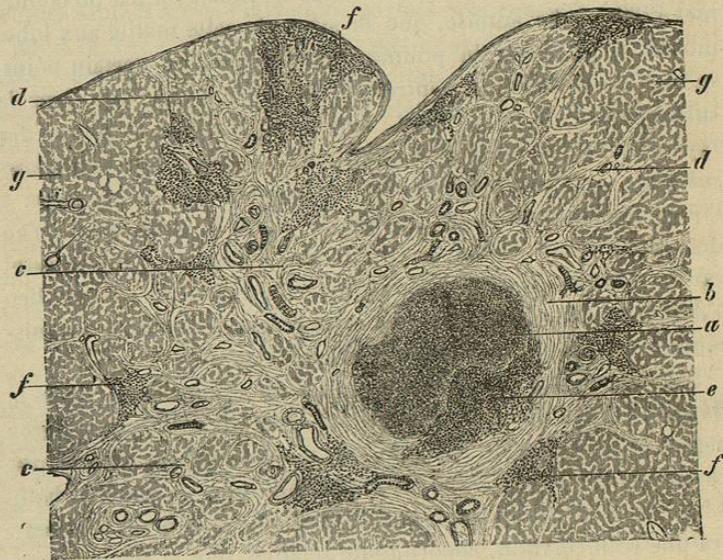


Figure 14.

Gomme du foie. — a Nodules caséux. b Tissu conjonctif homogène. c Tissu conjonctif avec restes de tissu hépatique. d Travées de tissu conjonctif rayonnant dans le tissu hépatique. e Foyer de cellules embryonnaires au bord du nodule caséux. f Foyer cellulaire à l'intérieur d'un faisceau. g Tissu hépatique. — Durci à l'alcool, coloré au carmin aluné, monté au baume. — Grossissement, 12.

de l'organe; plus tard, ce tissu de nouvelle formation se rétracte, entraînant l'atrophie du parenchyme hépatique et la diminution de volume du foie (*cirrhose atrophique*). La surface du foie devient granuleuse, ou bien si la rétraction s'est faite plus énergiquement dans certaines travées conjonctives, elle prend un aspect lobulé.

Dans ce dernier cas, l'organe peut, malgré l'énergique rétraction qu'ont subie certaines de ses parties, présenter dans son ensemble une notable augmentation de volume. Ces lésions ressemblent tout-à-fait à l'hyperplasie conjonctive et à la cirrhose résultant d'autres causes. Dans la deuxième forme, au contraire, les lésions syphilitiques ont des caractères tellement nets qu'on peut, au premier examen, en déterminer la nature; ce sont des *infiltrations circonscrites*, des *gommes* de dimensions variables, allant jusqu'au volume d'une noix, parfois plus volumineuses encore. Elles se trouvent d'ordinaire enchâssées au centre d'un tissu conjonctif induré et correspondent à une dépression cicatricielle de la surface; on les trouve cependant aussi au centre de l'organe sans qu'on puisse découvrir la moindre dépression extérieure. Ces gommes, d'ordinaire multiples, finissent par se caséifier, par subir la dégénérescence graisseuse ou par se résorber en laissant à leur place une profonde dépression cicatricielle. Très souvent il se forme des adhérences de la capsule, surtout avec le diaphragme (*périhépatite syphilitique*).

Ces lésions s'observent exclusivement pendant la période tertiaire; quant aux symptômes hépatiques de la période secondaire, nous n'en connaissons rien, à part les cas excessivement rares d'atrophie jaune aigue du foie qu'on a observés à la suite d'un ictère de la période secondaire; il faut expliquer cette atrophie par l'action des produits toxiques sécrétés par la virus de la syphilis, sur le parenchyme hépatique (ENGEL-REIMERS). — La prédilection des gommes pour la surface supérieure du foie et surtout pour le voisinage du ligament suspenseur, (endroits où se fait le plus souvent la rupture à la suite de traumatismes graves), rend vraisemblable l'idée, qu'ici encore, les *traumatismes* jouent un certain rôle dans la pathogénie de ces gommes (VIRCHOW). De plus il est très admissible que d'autres causes prédisposantes, l'*alcoolisme* surtout, peut-être l'*infection palustre*, favorisent aussi la localisation de syphilomes tertiaires dans cet organe.

Les **symptômes** de l'hépatite syphilitique diffuse sont identiques à ceux de la cirrhose vulgaire. Le malade souffre de troubles gastriques et intestinaux, se plaint de douleurs à la région hépatique; plus tard, ce qui domine, ce sont les conséquences de la stase dans la circulation porte: l'ascite et la tuméfaction de la rate. L'ictère n'est pas constant; il peut cependant être très intense lorsque la rétraction cicatricielle a dévié

certaines parties de l'organe et oblitéré des canaux biliaires de gros calibre. — Il est probable que, par un traitement convenable, on peut arrêter la marche du processus. Dans d'autres cas, au contraire, les symptômes s'accroissent, les malades maigrissent de plus en plus, l'ascite atteint ses limites extrêmes, la compression de la veine cave produit de l'œdème des extrémités inférieures et des bourses et les malades finissent par succomber. Lorsque les gommés sont circonscrites, elles peuvent évoluer sans aucun symptôme et c'est seulement à l'autopsie qu'on reconnaît la syphilis hépatique.

Le **diagnostic** n'est possible que si l'on tient compte des autres symptômes de syphilis ou des commémoratifs. Même dans le cas où on arrive à percevoir nettement les bosselures et les dépressions du foie, il est impossible, par ce fait seul, de faire le diagnostic entre la syphilis hépatique et la *cirrhose vulgaire*; il est tout aussi difficile de la différencier d'une *tumeur du foie*, surtout du *carcinôme*. Ici encore c'est à l'épreuve thérapeutique qu'on s'adressera; le traitement antisiphilitique sera institué au moindre doute et constituera le moyen le plus certain de diagnostic.

Les affections syphilitiques des autres glandes annexes du tube digestif sont très rares; cependant on a parfois observé des gommés ou des indurations dans la *parotide*, les *glandes sublinguales* et le *pancréas*; ces lésions s'accompagnaient toujours d'autres manifestations tertiaires.

Si au début de la syphilis, la **rate** présente souvent une tuméfaction appréciable, (comme dans d'autres infections générales), les lésions de cet organe sont très rares dans les phases avancées de la maladie. La lésion dont on reconnaît le mieux l'origine syphilitique est la *gomme*; au contraire la prolifération du tissu cellulaire interstitiel, les dépressions cicatricielles, l'épaississement de la capsule (*périsplénite*) s'accompagnant souvent d'adhérences péritonéales ne peuvent être imputées avec certitude à la syphilis que si l'on trouve, dans d'autres organes, des lésions manifestes de cette infection. — Les affections tertiaires de la rate ne donnent qu'exceptionnellement lieu à des symptômes et à des troubles appréciables pendant la vie.

Aux **reins**, la syphilis se traduit aussi par des manifestations *précoces*, dont jusqu'ici on n'a pu déterminer la base anatomique. Chez un assez grand nombre de malades, on peut, au moment des premières poussées générales, déceler dans l'urine une certaine quantité d'albumine, d'ordinaire très peu abondante; de plus, la présence d'un sédiment composé d'épithélium rénal, de cylindres granuleux et même de globules rouges, plaide en faveur d'une *néphrite aiguë infectieuse*, comme on en observe dans d'autres maladies aiguës, telles que la fièvre typhoïde, la diphtérie, etc. (FURBRINGER). L'issue de ces cas est favorable; l'urine reprend rapidement sa composition normale surtout quand le malade suit un traitement mercuriel. Cependant on peut aussi observer, pendant la période secondaire des néphrites aiguës graves, parfois mortelles. — *L'hémoglobinurie paroxystique*, dont l'étiologie est jusqu'ici peu éclaircie, a peut-être aussi certains rapports avec la syphilis: dans quelques cas, on paraît avoir obtenu la guérison par une médication antisiphilitique. — Pendant la *période tertiaire*, le rein devient parfois le siège d'altérations beaucoup plus graves. Il est des plus probable que beaucoup de ces *néphrites interstitielles*, ordinairement en foyers, avec destruction du parenchyme rénal, dépressions cicatricielles de la surface, épaississement de la capsule du rein et adhérence de celle-ci à la couche corticale, reconnaissent la syphilis pour cause, bien qu'actuellement il nous soit encore impossible d'en fournir une démonstration rigoureuse. Dans d'autres cas, assez rares toutefois, où le rein contient des *gommés*, il ne peut exister aucun doute sur l'étiologie spécifique de la lésion.

Les **symptômes** de la néphrite interstitielle syphilitique sont identiques à ceux de la néphrite chronique ordinaire; dans la forme gommeuse, au contraire, il est parfois possible de diagnostiquer la lésion en se basant sur l'intermittence de l'albuminurie et surtout sur la disparition de l'albumine à la suite d'un traitement mercuriel. — Il est toujours bon, quand on constate chez un syphilitique l'existence d'une affection rénale de penser à la possibilité d'un rapport entre les deux maladies et, dans quelques cas, on pourra, par une thérapeutique appropriée, obtenir au moins une amélioration, peut-être même une guérison complète.

Les affections syphilitiques du testicule (*orchite*),

sarcocèle syphilitiques), sont, en raison de la situation superficielle des parties malades, plus faciles à étudier sur le vivant que les affections que nous avons rencontrées dans ce chapitre. Elles se présentent sous deux formes : la *prolifération du tissu conjonctif interstitiel avec rétraction consécutive* et la *gomme*. La première de ces lésions commence par produire une tuméfaction de l'organe grâce à l'épaississement des cloisons fibreuses ; cet épaississement se fait naturellement aux dépens des canalicules spermatiques qui se détruisent en nombre plus ou moins grand suivant l'étendue et l'intensité du processus. Plus tard, le tissu de nouvelle formation subit la sclérose ; il se rétracte, ce qui entraîne une diminution de volume du testicule ; celui-ci se trouve souvent rapetissé jusqu'aux dimensions d'une cerise (*atrophie testiculaire*). A la coupe, la glande tout entière paraît constituée par un tissu scléreux ; çà et là on trouve parfois du tissu glandulaire normal, en îlots isolés au sein de la masse fibreuse. — Les *gommés* sont ordinairement multiples, parfois assez nombreuses, et peuvent atteindre de grandes dimensions ; elles se traduisent par une tuméfaction considérable du testicule ; la tumeur est inégale, bosselée, et paraît extrêmement dure, presque cartilagineuse. Il va de soi que le développement d'une gomme a pour conséquence la destruction d'une partie du parenchyme sécréteur ; parfois même tout le tissu glandulaire a disparu, de telle sorte qu'après la résorption de la gomme, le testicule n'est plus représenté que par une petite masse fibreuse. — Souvent ces deux processus, l'hyperplasie conjonctive et les gommés se combinent ; quand il existe une gomme, on ne manque jamais de trouver des lésions interstitielles ; très souvent ces lésions s'accompagnent d'altérations des *enveloppes* ; celles-ci qui consistent parfois dans un exsudat de la tunique vaginale (*hydrocèle*), plus souvent dans un *épaississement* de cette tunique et dans l'*adhérence* de l'albuginée avec la séreuse vaginale. Il est beaucoup plus rare d'observer des affections syphilitiques primitives de l'*épididyme*. Signalons d'abord une épididymite survenant pendant la période secondaire, le plus souvent au début de celle-ci ; il se forme dans l'épididyme, surtout à la tête, de petites tumeurs dures, indolentes, qui disparaissent complètement par le traitement spécifique. Cette épididymite peut être unilatérale, mais dans environ la moitié des cas, elle atteint les deux côtés. A la période tertiaire, on a vu des gommés de l'épi-

dydyme ; mais le plus souvent elles étaient secondaires à une syphilis du testicule même.

L'orchite syphilitique s'observe pendant la période tertiaire, aussi bien au début qu'à la fin de cette période. Il est des plus probables que les *traumatismes* du testicule peuvent provoquer la localisation de la syphilis dans cet organe ; par contre, il n'est pas démontré que l'épididymite gonorrhéique joue un rôle comme cause occasionnelle de l'orchite syphilitique ; à plus forte raison ne peut-on incriminer la fatigue du testicule par suite d'excès vénériens.

L'orchite syphilitique a une **marche** éminemment chronique ; aussi la tuméfaction du testicule, vu la lenteur qu'elle met à s'effectuer, n'amène-t-elle aucun *symptôme subjectif* marqué. Même lorsqu'on le presse, l'organe n'accuse d'ordinaire aucune sensibilité ; d'après certains auteurs, on pourrait même reconnaître la syphilis testiculaire par le fait que l'organe malade est moins sensible à la pression que son congénère. On a cependant vu l'orchite syphilitique prendre une évolution plus rapide et dans ces cas les malades se plaignaient de douleurs plus ou moins vives. Contrairement à l'idée qu'on avait autrefois, les gommés du testicule peuvent parfaitement passer à suppuration ; quand la peau a été perforée, il se forme un ulcère, au fond duquel se trouve le testicule dénudé, recouvert parfois de granulations exubérantes (*fungus du testicule*). L'ulcère, en progressant, peut amener de cette façon la destruction complète de la glande.

On ne constate aucun *trouble fonctionnel* tant qu'un seul testicule est atteint. Si au contraire les deux côtés ont subi des altérations profondes (ce qui paraît plus fréquent dans la forme interstitielle diffuse), le sperme est privé de sa partie essentielle, le spermatozoïde ; il se produit de l'*azoospermie* et comme conséquence, de la *stérilité* ; mais, en même temps les désirs sexuels s'éteignent et le malade devient *impuissant* ; on a même observé les symptômes qu'on rencontre chez les eunuques tels que l'altération de la voix, l'effémination des formes et l'atrophie du pénis (JULLIEN). — Le **pronostic** est sérieux, l'orchite syphilitique pouvant entraîner des troubles fonctionnels du testicule ; ces inconvénients ont évidemment beaucoup moins d'importance quand l'affection survient à un âge avancé.

Diagnostic. — Il est en général facile d'éliminer les *affections*

gonorrhéiques : outre que ces dernières atteignent presque exclusivement l'épididyme, elles ont toujours un début brusque et sont douloureuses, ce qui, sauf de rares exceptions, n'est jamais le cas pour l'orchite syphilitique. — Le diagnostic peut cependant devenir difficile quand on se trouve en présence des petites indurations si rebelles, consécutives à l'infection blennorrhagique ou lorsqu'on a affaire à une lésion syphilitique de l'épididyme, assez rare d'ailleurs. Nous devons alors, en dehors de l'épreuve thérapeutique, nous baser sur les commémoratifs qui nous renseigneront l'acuité du début si l'affection est d'origine gonorrhéique. — Contrairement à la syphilis, la *tuberculose* prend presque toujours naissance dans l'épididyme et n'envahit que plus tard le testicule. La tuberculose, il est vrai, a comme la syphilis, une allure traînante, mais, plus tard, pendant le cours de son évolution, elle provoque généralement de la douleur. Un signe important, c'est que dans la tuberculose, le canal déférent est presque toujours atteint, ce qui est exceptionnel dans la syphilis. Quand la peau a été perforée, on peut réussir à établir le diagnostic en démontrant la présence de bacilles de Koch dans le pus. Dans les cas douteux, avant de recourir à la castration il faut toujours commencer par prescrire de l'iodure de potassium en vue d'assurer le diagnostic. — Il est plus important de distinguer l'orchite syphilitique d'avec les *tumeurs malignes* du testicule, *sarcôme* et *carcinôme*. La forme et les caractères de la tumeur testiculaire ne nous fourniront que très peu de signes différentiels bien tranchés dans un sens ou dans l'autre; toutefois le *sarcôme* prend souvent un développement tel qu'on n'en observe jamais dans la syphilis. De plus, les tumeurs sont ordinairement douloureuses. L'examen des ganglions inguinaux fournit des renseignements plus précieux; dans les tumeurs malignes ils s'engorgent généralement très tôt; dans la syphilis testiculaire ils ne présentent presque aucune modification. — Quand il y a doute, il faut, avant de décider la castration, instituer une énergique médication antisiphilitique; toutefois le médecin, en raison de la grande malignité de ces tumeurs, ne devra pas trop temporiser avant de recourir à l'opération radicale.

Les **affections syphilitiques des ovaires** paraissent être excessivement rares; on y a rencontré, dans quelques cas, à la suite de la syphilis, des indurations fibreuses ou des gommés;

les **affections des seins**, chez la femme, ont été signalées un peu plus fréquemment. On y a surtout trouvé des syphilomes bien circonscrits, des gommés, qui pouvaient faire croire à l'existence d'un *carcinôme*, aussi bien avant qu'après la suppuration et l'ouverture à la peau. Ici aussi c'est l'examen des ganglions axillaires qui fournit le point de repère le plus important; dans la syphilis ils sont ordinairement normaux, tandis que dans un *carcinôme* qui dure depuis un certain temps, on les trouve toujours engorgés.

CHAPITRE XV

L'ÉVOLUTION DE LA SYPHILIS

La marche que suit la syphilis depuis l'infection jusqu'au moment où apparaissent les premiers symptômes de généralisation a été décrite au début de cette partie de l'ouvrage. Les symptômes de cette première période, chancre primitif, adénopathies, premiers exanthèmes et autres symptômes de la période éruptive se succèdent chez tous les malades d'une façon assez constante pour qu'on ait pu les appeler les symptômes « fatals » de la syphilis; mais plus tard il n'en est plus de même : chaque cas prend son aspect à lui; la nature protéiforme de la syphilis se manifeste avec la plus grande évidence. Aussi peut-on dire que, règle générale, rien dans les symptômes du début ni dans la constitution du malade ne nous fournit d'indications sur la marche que prendra la syphilis; si l'on excepte l'influence du traitement, il n'est d'ordinaire pas possible de déterminer la cause pour laquelle elle prend, chez tel malade, une allure bénigne, tandis que chez un autre elle revêt un caractère de haute gravité. Ce qui rend encore plus difficile l'étude d'ensemble de la syphilis, c'est la *lenteur d'évolution* de celle-ci : certaines manifestations n'apparaissent que bien longtemps, des années et des dizaines d'années après l'infection; aussi la plupart des