

altération de la rétine (rétinite ou œdème sous-rétinien), ou plus souvent une lésion de la choroïde (choroïdite congestive ou exsudative); quelquefois un exsudat plastique situé entre la choroïde et la rétine; quelquefois encore des exsudats dans la capsule du cristallin.

Le pronostic de ces diverses variétés de troubles visuels est bien différent, suivant le siège anatomique de la lésion; nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur ces divers points.

Paralysie de l'ouïe. — La paralysie syphilitique de l'ouïe est ordinairement produite par une lésion de l'oreille ou par une affection pharyngée. Une exostose située à la base du crâne ou dans l'intérieur du rocher peut aussi comprimer le nerf auditif. Des plaques muqueuses, développées dans le conduit auditif externe, sont quelquefois cause de surdité; mais on conçoit que la surdité qui a cette origine n'offre pas la gravité des paralysies de l'ouïe, dues à une lésion de l'oreille interne, comme cela s'observait dans les faits cités par Ilard (1) et Larrey (2). Lagneau et Ladreit de Lacharrière ont insisté sur les surdités dues à une altération pharyngée, à une occlusion de la trompe, cause qui n'est pas admise par Ménière.

Quant aux paralysies de l'ouïe sans lésions appréciables, elles sont possibles, mais rien ne les a encore démontrées. Comme Yvaren, nous en avons cherché des exemples authentiques, mais nous n'avons pas été plus heureux que lui. Un fait de ce genre cependant a été cité par Lanceurieux; mais l'observation est trop peu concluante pour être acceptée.

Paralysies de l'odorat. — Elles sont en général dues à une lésion des os du nez, et se montrent toujours avec les accidents tertiaires de la syphilis.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions anatomiques qui se rattachent aux manifestations nerveuses de la diathèse syphilitique sont de deux ordres: les unes siègent dans les organes voisins et n'agissent sur l'appareil nerveux qu'indirectement, par compression par exemple; les autres intéressent directement le cerveau ou les nerfs.

Le premier ordre de lésions nous arrêtera peu, car nous nous en sommes déjà occupé dans les paragraphes précédents: ce sont les diverses variétés de périostoses, de périostites, d'ostéites, d'exostoses. Les ostéites avec carie et nécrose ne sont pas rares sur le crâne; il suffira de signaler d'une manière générale leur fréquence, sans citer les observations où leurs effets, à physionomie très-variable, ont été indiqués. Tout le monde connaît les désordres formidables auxquels elles donnent lieu: les faits de Lieutaud (3), du voilier de Delpech (4), en sont des exemples bien connus. Pétrequin a cité également un cas de nécrose du frontal avec issue de cet os. Les tumeurs gommeuses agissent de la même façon; l'engorgement ganglionnaire est aussi quelquefois une cause de compression.

(1) *Traité des maladies des yeux*, 1821, t. I, p. 283.

(2) *Mémoires de chirurgie militaire*, t. II, p. 444.

(3) *Inst. anat. médic.*, 1767, t. II, lib. 3, p. 182.

(4) *Chirurgie clinique de Montpellier*, t. I, p. 421.

Nous arrivons aux altérations propres du système nerveux dont la fréquence et le nombre ont été beaucoup exagérés. On a parlé d'hémorragies, de congestions, d'anémies cérébrales de nature syphilitique; mais déjà nous avons dit que ces faits ne reposaient sur aucune observation anatomo-pathologique concluante. On a cité des faits de méningite qui ont plus de valeur (1). La méningite est quelquefois consécutive à l'ostéite, et l'inflammation, après être restée un certain temps fixée au tissu osseux, s'empare des méninges et même du cerveau. La méningite peut être aussi primitive; Leudet en a publié deux observations intéressantes (13 et 19) dans son mémoire. On a observé encore des ramollissements de nature syphilitique: Esmarch et Jessen (2), Rostan, en ont fait connaître des exemples. Les ramollissements avaient pour siège les lobes antérieurs du cerveau, le corps strié, la voûte à trois piliers. On a aussi parlé, mais d'une façon vague, d'un ramollissement général. Quelle est la cause de ces ramollissements? Sont-ils le résultat d'une inflammation spécifique, ou bien sont-ils dus à des arrêts de circulation, produits eux-mêmes par des exsudats plastiques? L'observation n'a pas encore permis de résoudre ces questions intéressantes.

Faurès a décrit (3), sous le nom de *végétations syphilitiques des centres nerveux*, un groupe de granulations, variant du volume d'une tête d'épingle assez forte à celui d'un grain de millet et siégeant sur la membrane du quatrième ventricule. Ce groupe avait la grosseur d'une framboise. Nous ne saurions accorder à ce fait la signification que lui donne l'auteur et que lui ont assignée tous ceux qui l'ont cité; nous ne trouvons dans ce corps granuleux rien de spécifique.

Le cerveau est encore le siège d'autres altérations. L'organe tout entier peut être infiltré d'une substance plastique, constituée en grande partie par de la matière amorphe. Cette exsudation spéciale, sur laquelle Robin et Virchow ont insisté, au lieu d'être disséminée dans tout l'organe, peut se montrer seulement dans certains points où elle affecte des formes déterminées. Elle se présente sous forme de plaques, et peut alors être observée dans divers points du cerveau ou des méninges, surtout dans les parties les plus vasculaires. Luys (4) a vu la protubérance envahie par ces dépôts: à la coupe, cet organe se présentait sous un aspect tacheté de points bleu jaunâtre; la vascularisation y était très-vive; la substance bleu jaunâtre, encore fluide, était infiltrée au milieu des fibres blanches des faisceaux, dissociées et rompues. Chez ce même sujet, Luys observa une petite tumeur au-devant du chiasma: cette tumeur, rouge à l'intérieur, était au centre d'une coloration jaune-mastic. Sous le microscope, on voyait, au milieu d'un blastème amorphe très-abondant: 1° des noyaux et des cellulés fibro-plastiques en voie de développement et à tous les âges; 2° de fibres

(1) Read, *Dublin quarterly Journal*, 1852.

(2) *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1857.

(3) *Gazette médicale de Toulouse*, 1854, p. 265.

(4) Ladreit de Lacharrière, *loc. cit.*, p. 35.

de tissu fibro-plastique, fusiformes, entre-croisées, dernier terme du développement des éléments précédents; 3° une grande quantité de capillaires. La portion centrale présentait la série des mêmes éléments, mais ils étaient beaucoup plus avancés en âge.

Les exsudats peuvent donc se manifester quelquefois dans le cerveau sous forme de tumeurs d'un aspect jaunâtre, qui ont été longtemps prises pour du cancer. Ces productions paraissent se rattacher aux gommés, dont elles offrent la même structure. L'examen microscopique montre qu'il y a un groupement spécial des éléments normaux dans ces exsudats syphilitiques; mais il n'y a pas là plus qu'ailleurs des éléments syphilitiques.

Telles sont les diverses altérations qui se rapportent à la syphilis nerveuse. Mais il arrive aussi souvent que l'on ne trouve aucune lésion; on dit alors qu'il y a eu névrose, mot qui cache toute notre ignorance sur ce point.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des manifestations nerveuses syphilitiques présente de sérieuses difficultés. Ces manifestations n'ont pas en effet de caractères particuliers qui prouvent leur spécificité. La coexistence de douleurs vives, localisées, avec exacerbation pendant la nuit, est un signe d'une grande valeur: ces douleurs précèdent quelquefois les paralysies syphilitiques. Mais le plus ordinairement le médecin ne sera guidé que par les antécédents du malade et les commémoratifs. Certaines paralysies sont presque toujours spécifiques; nous citerons comme exemples la paralysie du moteur oculaire commun avec la chute de la paupière supérieure. L'existence d'une hémiplégie chez un sujet jeune devra faire penser à la syphilis. Il faudra, dans ce cas, chercher avec soin les traces de cette maladie, interroger les ganglions, la peau, la gorge, l'iris, etc.

Quant au diagnostic de la lésion propre, on devra, pour l'établir, tenir compte de l'apparition plus ou moins secondaire des symptômes, de leur intermittence. Une hémiplégie sans lésion apparaît brusquement; si elle est symptomatique d'une lésion cérébrale, son début sera ordinairement lent et progressif. Ce diagnostic soulève enfin beaucoup de questions que nous ne pouvons aborder ici; c'est par l'examen attentif du malade bien plus que par des règles théoriques que l'on arrivera à porter un diagnostic vrai. On devra toutefois éviter un écueil, et parce qu'un malade a eu ou pu avoir la syphilis, il ne faut pas rendre cette affection responsable de tous les phénomènes morbides qui peuvent se développer chez lui.

Le pronostic, en général grave, varie suivant les diverses manifestations; nous ne pourrions rien dire sur ce point en général.

Dans le traitement, on devra tenir compte de l'âge de la manifestation, pour donner, ou le mercure, ou l'iodure de potassium. On aide le traitement spécifique tantôt par des révulsifs, tantôt par des laxatifs, quelquefois par des toniques, suivant les diverses indications. Mais quand la lésion syphilitique a entraîné des destructions de fibres nerveuses, il ne faut pas compter sur le retour des fonctions abolies.

14° Des lésions syphilitiques du foie.

HISTORIQUE. — Guidés par des idées théoriques et des doctrines humorales, quelques auteurs du XVI^e siècle avaient donné une grande influence au foie dans l'évolution de la maladie syphilitique. Mais cette importance de l'organe hépatique était oubliée lorsque, dans ces derniers temps, des recherches ont été dirigées de nouveau de ce côté. Ricord avait bien observé dans le foie certaines altérations qu'il comparait à des gommés, et Rayer attribuait à certaines lésions de cet organe une origine spécifique; mais ces faits peu concluants n'avaient guère attiré l'attention, lorsque Dittrich, en 1849, fit paraître dans le journal de Prague un important travail sur l'affection syphilitique du foie; plus tard, en 1852 et 1853, Gubler lut à la Société de biologie deux mémoires, pleins de remarques intéressantes, sur cette question, qui a fourni depuis lors matière à des études historiques, à des thèses inaugurales et à quelques observations cliniques. Nous conseillons de consulter sur ce sujet les travaux suivants :

DITTRICH, *Der syphilitische Krankheitsprocess in der Leber* [De la maladie syphilitique du foie] (*Prager Vierteljahrsschrift*, 1 vol., 1849). — GUBLER, *Mémoire sur une nouvelle affection du foie liée à la syphilis héréditaire chez les enfants du premier âge* (*Mémoires de la Société de biologie*, 1852, t. IV). — IDEM, *Mémoire sur l'ictère qui accompagne quelquefois les éruptions syphilitiques précoces* (*Mémoires de la Société de biologie*, 1853, t. V). — QUELET, *Essai sur la syphilis du foie* (thèse de Strasbourg, 1856). — LECONTOUR, *Des affections syphilitiques du foie* (thèse de Paris, 1858). — VIRCHOW, *De la syphilis constitutionnelle*, 1860. — LEUDET, *Recherches cliniques pour servir à l'histoire des lésions viscérales de la syphilis* (*Moniteur des sciences médicales*, 1860, p. 1131).

Plusieurs observations ont encore été publiées isolément dans différents recueils, et nous y renvoyons. Ce sont deux observations de Luton (*Moniteur des hôpitaux*, 1856, n° 106; *ibid.*, 1857, n°s 66 et 68); une observation de Foville (*Gazette hebdomadaire*, 1858, n° 24); une lettre de Diday (*Gazette médicale*, 1852, p. 313), enfin deux observations de Willis (*The Lancet*, janvier 1857; *ibid.*, 12 juin 1858).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Chez les enfants affectés de syphilis congénitale, Gubler a observé que le foie était plus volumineux qu'à l'état normal, turgide, globuleux, élastique. La coloration était modifiée, quelquefois dans toute son étendue, plus ordinairement dans certains points seulement: cette modification consistait en une coloration jaune particulière que l'auteur compare à la coloration de certaines pierres à fusil. Dans d'autres cas le foie était parsemé de petites taches du volume de grains de semoule. Outre l'élasticité que nous avons indiquée, le foie présente une grande résistance au doigt, sa coupe a un aspect homogène et net; des lames minces de son tissu sont demi-transparentes, et l'on y observe encore des stries grises vasculaires et des grains opaques irrégulièrement disséminés.

Ces altérations sont plus prononcées dans certains points que sur d'autres, et souvent une partie notable du foie conserve ses caractères normaux. Gubler nous a montré un cas où ces altérations n'étaient pas générales, et, pour étudier l'état des vaisseaux au niveau des points altérés, nous avons injecté ensemble la branche primordiale droite de la veine porte hépatique, en y faisant pénétrer, par une pression soutenue, de l'essence de térébenthine colorée par du bleu de Prusse. En quelques instants la matière remplit non-seulement toutes les ramifications de la veine porte, mais aussi le réseau capillaire, si riche, de la portion saine, qui devint entièrement bleue sans extravasation. Cette matière revint facilement par les veines sus-hépatiques. L'injection n'agit pas de même à l'égard des parties jaunes, indurées : ces parties ne se laissèrent pas pénétrer, ou du moins en si petite quantité, qu'on n'y découvrirait que de rares arborisations bleues, très-grêles, qui n'arrivèrent pas même jusqu'à la périphérie de l'organe. Une seconde injection, composée de suif coloré par du cinabre et rendu plus fluide à l'aide d'une certaine proportion d'essence de térébenthine, fut poussée par les veines sus-hépatiques et eut le même résultat. Dans cette altération, les réseaux capillaires sont donc oblitérés, et le calibre des vaisseaux d'un ordre plus élevé est lui-même beaucoup rétréci. Gubler note encore que le péritoine qui recouvre les portions altérées est tapissé par places de pellicules albumino-fibreuses très-minces et faciles à enlever, au-dessous desquelles la surface est dépolie.

Les lésions de la syphilis hépatique peuvent chez l'adulte occuper, comme chez l'enfant, soit l'enveloppe séreuse, soit l'organe lui-même; et dans cet organe la lésion peut attaquer, et le stroma cellulo-fibreux, et le parenchyme.

Virchow a considéré cette altération de l'enveloppe séreuse comme le résultat d'une périhépatite : cette périhépatite se présente, selon lui, sous la forme d'une éruption miliaire ressemblant à de petites verrues très-fines, quelquefois plus volumineuses. On observe ordinairement dans ces points l'épaississement dur, cailleux, de la capsule fibreuse, et presque toujours des adhérences avec les organes voisins, surtout avec le diaphragme. Leudet a constaté aussi ces altérations de l'enveloppe du foie ; mais, pour lui, bien que fréquentes, elles ne sont pas constantes dans le cas de syphilis hépatique : il leur rapporte certains symptômes particuliers. Dittrich avait aussi parlé de ces lésions. Quant à l'hépatite, elle peut être, comme le dit Virchow, simple, interstitielle, ou bien gommeuse. Dans tous les cas, le volume de la glande est diminué, la surface est inégale; mais, selon la remarque de Leudet, cette inégalité n'est pas due, comme dans la cirrhose ordinaire, au développement de petites granulations multiples; au contraire, la surface du foie est sillonnée dans une plus ou moins grande étendue, de préférence au voisinage du ligament suspenseur, de nombreuses anfractuosités, qui correspondent aux bandes de tissu cellulaire dense qui suivent le trajet des vaisseaux. A la coupe, ces

bandes très-résistantes offrent une nuance d'un blanc éclatant. Elles provoquent l'atrophie du parenchyme; le plus souvent les vaisseaux et les canaux hépatiques sont modifiés : dans les premiers, on trouve des thrombus qui finissent par s'organiser; les seconds sont oblitérés par des concrétions biliaires.

Telle est l'hépatite simple de Virchow. Quant aux tubercules jaunes gommeux de l'autre variété d'hépatite, Budd (1) le premier les a décrits sous le nom de *tumeurs noueuses (knotty) enkystées*; Oppolzer et Bochdalek, à Prague, les ont pris pour des cancers guéris; mais c'est Dittrich qui, se servant des mêmes préparations, a conclu à la nature syphilitique de ces tumeurs. Virchow en donne, d'après Budd, la description microscopique suivante : la partie centrale est formée par une substance dense, parsemée de granules graisseux; on peut y distinguer quelques noyaux plus ou moins évidents, avec quelques cellules complètes des globules granuleux et des filaments fibreux. Leudet n'a observé que deux fois cette hépatite gommeuse, tandis que l'hépatite interstitielle s'est présentée cinq fois à son observation.

SYMPTOMATOLOGIE.—Quelquefois les lésions hépatiques ne donnent lieu à aucun symptôme, et l'on trouve, à l'autopsie, une altération que rien n'avait pu faire prévoir. Cette syphilis hépatique, à l'état latent, a été signalée par Lebert et par Leudet; mais, dans d'autres cas, on observe certains signes de la lésion. La percussion et la palpation ont permis de constater au début une augmentation de volume du foie; les malades se sont plaints souvent d'une sensation de pesanteur dans l'hypochondre droit, avec quelques troubles dyspeptiques; l'ictère a été observé, et l'on a aussi signalé de l'ascite. Virchow a surtout noté l'ascite et l'ictère; et Schrant (2) pense même que les malades succombent ordinairement à l'hydropisie. Des hémorragies se sont montrées également à la période ultime, et Leudet a constaté des ulcérations de la muqueuse toutes les fois qu'il a vu des hémorragies intestinales. Les petits malades observés par Gubler ont, comme nous le verrons plus loin, présenté des symptômes de péritonite sans ictère.

Les lésions et les symptômes que nous venons de décrire sous le nom de *syphilis hépatique* appartiennent en général à la période dite tertiaire de cette maladie. Cependant l'ictère s'est montré dans quelques cas comme un accident précoce, accompagnant et précédant quelquefois la roséole. Ricord a même attribué à l'ictère une certaine influence sur la manifestation exanthématique; car, selon lui, la jaunisse aurait pu retarder l'apparition de la roséole ou au moins la masquer. Gubler, dans son second mémoire, a fait connaître le résultat des recherches qu'il a entreprises sur cette question. Son travail repose sur sept faits, et de leur examen il conclut que l'ictère peut se montrer comme accident précoce, en révélant une première tentative de la diathèse sur le foie; il pense

(1) *On diseases of the Liver*, 3^e édit., 1857, p. 416.

(2) *Canstatt's Jahresh.*, 1851, vol. II, p. 34.

qu'il se fait du côté de ce viscère un travail du même genre que celui d'où résulte l'éruption cutanée.

Nous n'avons pas besoin d'indiquer la difficulté du *diagnostic* de la syphilis hépatique. Cette difficulté s'explique déjà par la rareté de cette manifestation diathésique; elle tient encore à la non-spécialité des symptômes. La symptomatologie manque en effet quelquefois, puisque la syphilis hépatique peut être une des formes de la syphilis latente. Le *prognostic* est assez grave, mais l'ictère qui accompagne les accidents précoces est moins sérieux que celui qu'on observe pendant la période tertiaire. Le *traitement* rentre dans le traitement général de la syphilis. Nous ferons observer toutefois que Leudet paraît donner ici la préférence aux mercureux, même dans les accidents tardifs; il a cependant employé avec succès l'iodure de potassium, mais son expérience le porte à le recommander moins que le mercure.

15° Des lésions syphilitiques de l'appareil circulatoire.

Nous ne connaissons que cinq observations qui se rapportent à ce sujet. La première appartient à Ricord, qui l'a reproduite dans sa *Clinique iconographique* (pl. 29). Il s'agissait d'un malade syphilitique à l'autopsie duquel on trouva un épaissement de l'endocarde; au-dessous, la paroi cardiaque était infiltrée dans toute son épaisseur; le péricarde était lui-même épais. Dans plusieurs points des parois ventriculaires se trouvaient des masses tuberculeuses formées par une substance jaunâtre, dure, criant sous le scalpel, totalement dépourvue de vaisseaux: cette substance était ramollie dans quelques points. Les fibres musculaires, repoussées par la tumeur, étaient altérées. La base des poumons renfermait aussi des productions analogues.

Lebert a publié dans son *Traité d'anatomie pathologique* (texte, vol. I, p. 570; atlas, pl. LXVIII, fig. 5) un cas de tumeurs volumineuses élastiques, trouvées, à la base des valvules de l'artère pulmonaire, dans le ventricule droit, chez une femme atteinte de syphilide tuberculeuse.

Virchow (*loc. cit.*, p. 108, obs. 7) a rapporté l'observation d'un syphilitique dont l'autopsie révéla une péricardite et une endocardite qu'il regarde comme spécifiques; il y avait en même temps myocardite simple et myocardite gommeuse interstitielle.

Enfin, Melchior Robert nous apprend que Gubler a considéré une fois comme syphilitiques des lésions de l'endocarde, du péricarde et de la substance musculaire du cœur; qu'une autre fois il a observé le développement de phénomènes cardiaques et d'une dilatation aortique, en même temps que des symptômes tertiaires: le traitement fit disparaître les accidents; mais le malade succomba aux phénomènes cardiaques. L'influence présumée du traitement n'est-elle pas là une simple coïncidence?

Tels sont les seuls faits qui peuvent se rapporter à la syphilis de l'appareil circulatoire; nous ne dirons rien des dépôts observés autour de

valvules, aux orifices cardiaques, dans les artères; une grossière analogie les avait fait assimiler aux végétations, à une époque où ces productions étaient considérées comme toujours syphilitiques. Nous ne réfuterons pas une hypothèse qui, aujourd'hui, ne repose même plus sur une apparence.

16° Des lésions syphilitiques de l'appareil urinaire.

Personne n'a parlé des lésions des uretères, des calices et du bassin, sous l'influence de la syphilis. On a peu écrit également sur les lésions rénales de cette maladie. Rayer a vu certaines albuminuries qu'il a considérées comme spécifiques; les lésions liées à cet état paraissaient dues à ce qu'on décrit aujourd'hui sous le nom de *dégénérescence amyloïde*. Cette opinion n'est pas acceptée par Virchow, qui admet alors une inflammation simple partielle, interstitielle ou gommeuse.

La forme la plus commune, selon lui, est la néphrite interstitielle, tantôt locale, tantôt développée en plusieurs points des reins. Cette altération produit l'induration et la rétraction du tissu conjonctif, la dégénérescence graisseuse et l'atrophie de l'épithélium des canalicules urinifères, enfin des dépressions cicatricielles profondes de la surface des reins. Plus rarement Virchow a observé la dégénérescence diffuse du stroma rénal: dans ce cas, les reins sont tuméfiés; leur surface est lisse, décolorée et un peu relâchée; elle est d'un blanc grisâtre, et présente des stries fines ou de nombreux points jaunâtres.

Virchow dit avoir observé quelquefois, chez des sujets syphilitiques et chez des enfants affectés de syphilis congénitale, l'augmentation de volume et la dégénérescence graisseuse complète des *capsules surrénales*.

Les renseignements que nous venons de donner sur la syphilis des voies urinaires suffisent à montrer que ce sujet est encore fort obscur.

17° Des lésions syphilitiques de l'appareil respiratoire.

Le virus syphilitique peut porter son action sur le larynx, la trachée, les bronches, le poumon.

Les *laryngites spécifiques* sont les mieux connues. Elles présentent anatomiquement plusieurs variétés: à un premier degré, la muqueuse est rouge et tuméfiée; à une période plus avancée, elle s'ulcère, et les ulcérations qu'elle présente offrent des différences d'étendue et de profondeur que le laryngoscope permet de bien préciser. Ce nouveau moyen d'exploration, dont Liston a eu l'idée, et que Türk et Czermak ont tant perfectionné, est appelé à rendre de grands services pour le diagnostic de ces affections. L'emploi de ce précieux mode d'investigation permettra de suivre dans le larynx, comme on le fait dans la gorge, l'évolution des diverses éruptions laryngées, et d'en mieux connaître les ulcérations spécifiques. Au-dessous de ces ulcérations, surtout si elles sont profondes, les cartilages s'altèrent bientôt: ils subissent d'abord divers changements

de nutrition, parfois des ossifications; plus tard ils sont frappés de carie ou de nécrose, et ne sont alors que des corps étrangers dont l'issue peut donner lieu à des accidents sérieux.

Les *symptômes* des laryngites spécifiques, des phthisies laryngées syphilitiques, n'offrent rien d'absolument caractéristique, et ce n'est que par l'existence des antécédents ou par la concomitance d'autres accidents, qu'on parvient à reconnaître leur spécificité. C'est, au début, de l'enrouement, de la raucité de la voix, plus tard de l'aphonie; quand l'épiglotte s'altère, s'œdématie et se couvre d'ulcérations, on observe en outre des troubles de déglutition très-prononcés. La dyspnée est plus ou moins intense, elle peut être assez marquée pour qu'on soit obligé de pratiquer la trachéotomie.

Le groupe des affections laryngées spécifiques est donc assez bien établi; il n'en est plus de même des lésions syphilitiques siégeant dans les autres points des voies respiratoires. Dans la trachée, les bronches et les poumons, ces lésions sont infiniment plus rares, elles ont même été contestées. Cependant on trouvera dans la thèse de Charnal (1) des faits qui ne permettent pas de douter, ni des *ulcérations syphilitiques de la trachée*, ni des *rétrécissements consécutifs*. Nous renvoyons le lecteur à cet excellent travail, mais nous rappellerons ici que la présence de ces ulcérations détermine, au bout d'un certain temps, des phénomènes généraux identiques avec ceux de la phthisie pulmonaire. La guérison de ces ulcérations amène des rétrécissements très-graves de la trachée, et les signes de ces rétrécissements sont une dyspnée continue, une inspiration pénible et bruyante, l'absence de murmure vésiculaire dans le poumon avec conservation de la sonorité, l'abaissement du larynx, et dans quelques cas une dépression perceptible avec le doigt au niveau de ces rétrécissements.

Virchow et Dittrich ont vu deux fois dans les *bronches* des cicatrices dures, radiées; le tissu pulmonaire environnant présentait une induration centrale, étendue, comme ardoisée. Mais est-on autorisé à admettre une *phthisie syphilitique*? Yvaren nous paraît avoir exagéré là comme ailleurs l'influence du virus. Que, par épuisement, la maladie syphilitique fasse éclater la diathèse tuberculeuse; que la syphilis, en développant des gommes dans le poumon, donne quelquefois lieu à des symptômes qui simulent la tuberculisation pulmonaire, nous ne le nions pas; mais rien ne nous démontre que la syphilis puisse produire la phthisie, comme l'a dit Portal. Morgagni considérait la syphilis, dans ce cas, comme une cause prédisposante, et, depuis, Laennec et Andral ont successivement nié cette cause que Bayle avait aussi mise en doute. Gamberini (2) pense avec raison que les accidents attribués aux lésions pulmonaires dépen-

(1) *Quelques considérations sur les rétrécissements cicatriciels de la trachée consécutifs aux altérations de ce conduit*, thèse de Paris, 1859, n° 78.

(2) *Gazetta med. italiana (Toscana)*, et *Gazette méd. de Paris*, 1858.

dent le plus souvent d'une altération du larynx. Examinons donc rapidement le bilan de la syphilis pulmonaire.

Ricord a trouvé, sur un malade mort d'accidents syphilitiques invétérés, des tubercules jaunes et caséux dans le tissu du poumon; Vidal a vu chez un sujet syphilitique une induration d'un gris bleuâtre autour des ramifications bronchiques du lobe inférieur, sans trace d'ulcération, et Lebert a fait représenter dans son *Traité d'anatomie pathologique* (Paris, 1857, planche XCII, fig. 3 et 4) un tubercule syphilitique dans le poumon d'un enfant atteint de syphilis congénitale. Déjà, avant cette époque, comme nous le verrons plus loin, Depaul avait décrit des foyers pneumoniques avec bronchite, épars au milieu du tissu pulmonaire, chez des enfants affectés de syphilis congénitale. Le microscope lui avait montré la présence du pus dans les foyers, et l'on trouvait sous les adhérences pleurales soit de vraies dilatations bronchiques, soit des infiltrations pneumoniques.

Virchow est très-réservé sur cette question; il n'a rien vu de très-concluante. Cependant il paraît disposé à admettre la syphilis pulmonaire, mais il se fonde surtout sur ce que beaucoup d'altérations attribuées à la tuberculisation n'appartiennent pas véritablement à cette maladie. Pour lui, beaucoup de cicatrices calleuses et ardoisées, beaucoup d'indurations caséuses ne résultent pas d'un tubercule guéri, et quelques-unes de ces lésions pourraient bien se rattacher à la syphilis; mais ce n'est là qu'une hypothèse. Cet auteur cite Hecker, qui a trouvé des lésions analogues à celles décrites par Depaul, et qui de plus a fait connaître une variété particulière d'épaississement chronique du poumon. Fuhrer (1) a décrit chez les adultes une pneumonie spéciale, survenant à côté d'ulcérations diverses, d'ulcérations pharyngiennes par exemple; elle serait caractérisée par l'apparition simultanée, quoique distincte, d'une infiltration diffuse du poumon et par une exsudation bronchique lobulaire. Lagneau fils a consacré à la syphilis pulmonaire sa thèse inaugurale (2), travail plein de renseignements, auxquels s'est récemment ajoutée une intéressante observation clinique de Leudet (3). Il s'agissait d'un malade qui offrait les prodromes d'une tuberculisation pulmonaire, et chez lequel Leudet soupçonna une affection syphilitique. Son diagnostic fut confirmé par Grisolle et Velpeau, et le malade, soumis aux mercuriaux et à l'iodure de potassium, guérit très-bien. Il serait facile de rassembler quelques faits analogues à ceux que nous venons de citer, mais il serait absolument impossible de construire avec ces faits une histoire un peu précise de la syphilis pulmonaire chez l'adulte.

Quant aux lésions, il n'y a de certaines que celles signalées par Depaul chez des enfants syphilitiques. Ce sont des indurations pulmonaires de volume variable, qui se creusent peu à peu à leur centre d'une cavité remplie de pus. Ces lésions existaient avec d'autres lésions syphilitiques.

(1) *Deutsche Klinik*, 1854, p. 272.

(2) *Des maladies pulm. causées ou influencées par la syphilis*, thèse de Paris, 1851, n° 138.

(3) *Moniteur des sciences médicales*, décembre 1860, p. 1188.

18° Des lésions syphilitiques du thymus, de la rate.

Les affections du *thymus* sont peu connues. P. Dubois a décrit une infiltration purulente de cette glande chez les enfants syphilitiques par hérédité; Depaul a trouvé au centre du thymus des cavités pleines d'une matière granuleuse; enfin Virchow a rapporté quelques faits analogues, en insistant toutefois sur la ressemblance du pus avec le suc exprimé du thymus.

Quelques auteurs ont parlé d'accès fébriles intermittents, pendant l'existence d'une syphilis : ces accès auraient guéri sous l'influence d'un traitement spécifique. Les faits de ce genre sont trop peu concluants pour être acceptés, et d'autre part nous n'avons sur l'histoire syphilitique de la *rate* que des données d'anatomie pathologique tout à fait insuffisantes. Virchow admet comme rare la dégénérescence amyloïde de la rate, ordinairement les tumeurs syphilitiques de cet organe seraient de nature hyperplasique.

On peut distinguer, selon lui, deux variétés de ces hyperplasies : l'une est flasque, molle; l'autre indurée. Cette dernière se distingue de l'altération amyloïde par la réaction avec l'iode; elle consiste d'ailleurs en une augmentation des éléments du tissu conjonctif, et on peut l'attribuer à la splénite interstitielle dont le développement est quelquefois si considérable, que les follicules deviennent plus petits et que la pulpe splénique diminue. L'altération molle, au contraire, résulte de l'augmentation du contenu cellulaire, et surtout de la pulpe; elle correspond probablement à un degré moins avancé d'irritation. Ces deux formes s'accompagnent d'une espèce d'anémie du parenchyme, d'une véritable décoloration de la pulpe : avec la forme indurée existent des épaissements, des tuméfactions semi-cartilagineuses, squirrhoïdes de la capsule.

Il est bien entendu que nous ne garantissons en rien le rapport de ces lésions, peut-être un peu contestables, avec les phénomènes de la syphilis constitutionnelle.

19° De la cachexie syphilitique.

La *cachexie* est moins un symptôme de la syphilis qu'une complication de cette maladie; elle s'observe surtout chez les malades placés dans de mauvaises conditions hygiéniques, dont la constitution est détériorée soit par une alimentation insuffisante, soit par un traitement mercuriel trop prolongé et mal administré. Le nombre des manifestations antérieures, le siège de certains accidents, le tempérament du malade, ont été aussi considérés dans les causes de la cachexie syphilitique. Quoi qu'il en soit, dans la cachexie, l'économie subit une influence délétère, et dans son ensemble une modification profonde. Sous cette influence, la peau se flétrit, se dessèche, devient terreuse; elle est d'un jaune pâle qui a quelque analogie avec la teinte dite *cancéreuse*. Les malades maigrissent de plus en

plus, sont affectés de rupias, qui s'étendent en ulcérant de proche en proche les tissus voisins : sous la croûte il y a un pus fétide, et le pourtour des ulcérations est violacé. En même temps une diarrhée colliquative, une fièvre quotidienne et des sueurs nocturnes épuisent ces malheureux qui quelquefois succombent aux progrès de la cachexie. C'est grâce à des soins hygiéniques bien entendus, à un régime analeptique, à des remèdes énergiquement toniques, que l'on est parvenu à rétablir les fonctions de l'organisme si profondément atteint.

§ IV. — Contagion des accidents secondaires. — Syphilis double.

1° Contagion secondaire.

Pendant longtemps on a mis au nombre des symptômes de la vérole les affections les plus diverses. La dénomination de *lues venerea* répondait à tous les états morbides des organes génitaux. En même temps qu'on élargissait ainsi le cadre de la syphilis, on devait tout naturellement multiplier les modes de contagion. Le pus, l'haleine, la sueur, la salive, ont eu tour à tour la propriété de tout contaminer. B. Victorius, en 1551, regardait l'air qui entoure le malade comme le véhicule du virus spécifique, et Van Swieten, en 1742, admit la contagion par la sueur. A mesure que l'observation devint plus précise, l'examen plus rigoureux, ont vit disparaître les récits fabuleux et les théories d'un autre âge sur le mode de contagion. Cependant ces nouvelles études ne devaient pas empêcher la propagation de quelques erreurs; on a vu, en effet, des esprits supérieurs professer sur quelques points des doctrines erronées pour avoir voulu généraliser trop tôt certains faits particuliers.

La doctrine de la non-contagiosité des accidents secondaires date de Saxonia (*Luis venerea perfectissimus tractatus*, 1797, chap. II) et de Hunter. L'illustre chirurgien anglais la posa surtout nettement par des expériences devenues célèbres. De nos jours, Ricord, reprenant la doctrine et les expériences de Hunter, multiplia les inoculations, arriva aux mêmes résultats, et professa pendant longtemps avec assurance que les accidents secondaires ne sont pas contagieux. Mais Hunter, tout en niant absolument cette contagion, citait une observation qui nous paraît aujourd'hui un type d'infection secondaire. Son erreur à cet égard tenait à plus d'une cause : il ne croyait pas à l'hérédité de la syphilis; en outre, il donnait au mercure une importance que l'on trouverait aujourd'hui exagérée, et il faisait de ce médicament un criterium presque absolu de spécificité. Dans cette idée, si la plaie d'inoculation qu'il avait pratiquée guérissait sans mercure, il doutait de la nature virulente de cette plaie.

Cependant ces opinions n'expliqueraient pas tout à fait l'erreur de Hunter et des néo-huntériens, si l'on ne savait que ces chirurgiens pratiquèrent toutes leurs inoculations sur des sujets syphilitiques.

Hunter et les partisans modernes de sa doctrine avaient inoculé un