

## 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



grand nombre de chancres. Ils avaient obtenu très-souvent des résultats positifs, sans doute par l'inoculation de chancres non infectants, et s'étaient empressés de promulguer cette loi : le pus du chancre est toujours inoculable sur le malade lui-même. On expliquait les rares exceptions en disant que l'ulcère était à la période de réparation. D'un autre côté, on inocula sur le malade même le pus des accidents secondaires, on varia ces inoculations de mille manières, et l'on obtint des résultats négatifs. Une nouvelle loi fut promulguée : le pus provenant d'accidents secondaires n'est pas inoculable. Puis, assimilant l'inoculation à la contagion naturelle, on soutint que le *pus des accidents secondaires n'est pas contagieux*. Cette conclusion paraissait rigoureuse, et elle le serait réellement, si les partisans de cette non-contagion avaient ajouté au texte de leur loi quelques mots : *ces accidents ne sont pas contagieux... sur le malade même*.

On établissait donc une identité absolue au point de vue de la réceptivité virulente entre un sujet syphilitique et un sujet vierge de syphilis. L'admission de cette identité erronée paraît surtout surprenante chez des syphilographes qui professaient que la diathèse ne se double pas. Comparant en effet la vérole à la variole, ils pensaient qu'un sujet en puissance de la diathèse syphilitique ne peut reprendre la vérole tant que la première diathèse persiste. Si donc un syphilitique ne peut reprendre une nouvelle syphilis, il ne se trouve pas dans le même état qu'un sujet vierge de cette maladie, et alors cette distinction admise, pourquoi conclure que le pus des accidents secondaires n'est pas transmissible à un sujet vierge, par cette seule raison que ce pus n'est pas inoculable à un sujet syphilitique qu'on tient d'un autre côté pour réfractaire à la syphilis ?

Cette doctrine de la non-contagiosité des accidents secondaires fut soutenue par peu de médecins; elle emprunta surtout son éclat à l'importance scientifique des syphilographes qui la défendaient, et il fallut, pour faire revenir ces derniers à l'opinion ancienne, que la distinction des deux chancres fût établie, et que des expériences nombreuses fussent pratiquées sur des sujets vierges. Cependant les adversaires de l'inoculation, Lagneau, Bielt, Baumès, Velpeau, Cazenave, de Castelneau, Gibert, Vidal, basant leur opinion sur des faits presque classiques qui se présentaient dans leur pratique, professaient toujours, en face de la doctrine opposée, la contagion des accidents secondaires. Mais ce sont des expériences pratiquées d'abord à l'étranger et répétées en France, qui vinrent confirmer leur opinion en ruinant tout à fait la doctrine des non-contagionnistes. En 1835, William Wallace, de Dublin (*Annales des maladies de la peau*, t. IV, p. 34), commença à faire connaître six expériences confirmatives de cette contagion. En 1849 et 1850, Vidal (1) et Waller, de Prague (1), publièrent de nouveaux faits. Depuis ont paru les expériences de Rinecker; celles de l'anonyme du Palatinat, qui furent de la part de Lasègue le sujet d'une

(1) Vidal, *Traité des maladies vénériennes*, 1853, p. 356.

(2) Waller, *Annales des maladies de la peau*, vol. III, p. 174, traduction Axenfeld.

intéressante revue critique dans les *Archives de médecine* (5<sup>e</sup> série, 1858, t. II, vol. I, p. 597); une expérience de Guyenot (*Gazette hebdomadaire*, 25 avril 1859); les expériences de Gibert, et le rapport qu'il fit à l'Académie le 24 mai 1859. Nous compléterons ces indications bibliographiques en citant, comme sources de renseignements sur cette question, les *Bulletins de l'Académie de médecine* pour les discussions de 1852 et 1859 sur la contagion des accidents secondaires; le travail déjà connu de Rollet (de Lyon), publié dans les *Archives* en 1859 (février, mars et avril); enfin un mémoire de Viennois sur la *transmission de la syphilis par la vaccination* (*Archives*, 1860, n<sup>os</sup> de juin, juillet et septembre).

Les faits qui prouvent la contagion de la syphilis secondaire sont des cas cliniques et des expériences; nous les examinerons successivement en commençant par ce qui est le plus probant, les expériences. Nous essayerons ensuite de résoudre les questions que soulève cette contagion : car quels sont les accidents produits par la contagion du pus de la syphilis secondaire? comment ce pus s'inocule-t-il? et quels sont les accidents transmissibles?

Nous ne pourrions pas citer ici toutes les expériences qui nous ont paru concluantes; elles sont trop nombreuses. Nous nous bornerons à en rapporter deux; les autres n'offrent pas de différences sérieuses avec celles que nous publions.

Dans l'une des expériences faites par Guyenot, on a inoculé du liquide sécrété par des plaques muqueuses; l'autre inoculation a été pratiquée avec du sang de syphilitique.

OBSERVATION I<sup>re</sup>. — Dr... (Antoine), âgé de dix-huit ans, né à Saint-Marcel (Isère), entre à l'Antiquaille, le 6 janvier 1859, pour des plaques muqueuses à l'anus.

Interrogé avec soin par Rollet, il dit avoir eu à la verge, huit mois auparavant, un chancre qui guérit au bout de huit semaines. Un mois après la cicatrisation, il éprouva des douleurs à l'anus avec suintement dans cette région. En outre, ce malade se rappelle avoir eu sur la peau, deux mois avant son entrée, une éruption aujourd'hui complètement effacée; en même temps, il ressentait des douleurs à la gorge, mais cette région ne présente plus actuellement qu'une rougeur diffuse et sans caractère spécifique.

L'examen scrupuleux, fait le jour de son entrée, laisse découvrir sur la face dorsale du pénis, à la réunion de la muqueuse préputiale et de la peau, une forte induration de 1 centimètre de diamètre, recouverte d'un tissu cicatriciel, parfaitement solide.

Du côté de l'orifice anal, on trouve plusieurs plaques muqueuses blanchâtres, réunies. Une double adénite multiple existe encore dans les aines. On trouve également quelques croûtes dans les cheveux. Du reste, avant son entrée, le malade n'avait suivi aucun traitement. Son état général est très-bon. C'est ce sujet qui va fournir la matière à inoculation.

Le sujet inoculé est un garçon, J... (B.-B.), âgé de dix ans, d'une bonne constitution, ne présentant aucun symptôme de scrofule, atteint seulement d'une teigne faveuse sans engorgement des ganglions cervicaux.

Le 7 janvier 1859, on lui fait au bras droit quatre piqûres avec la pointe d'une lancette, chargée à deux reprises sur les plaques muqueuses anales décrites dans l'observation précédente.

L'inoculation est faite assez rapidement, puisque le liquide ne se dessèche pas sur la lancette.



Les piqûres sont ensuite recouvertes d'un morceau de diachylon. Le lendemain, on voyait encore une petite rougeur presque imperceptible à l'endroit des piqûres; le surlendemain, toute trace avait disparu; à partir de ce moment, l'enfant, observé tous les jours, ne présente absolument rien jusqu'au 4 février.

Le 4 février, apparaît une papule très-petite, sans élévation à la peau, d'une couleur rougeâtre.

Le 5, trois pustules, grosses chacune comme une tête d'épingle, s'élèvent à l'endroit des trois piqûres; autour d'elles il n'y a point d'inflammation.

Le 7, les pustules se rompent et forment trois ulcères, dont l'inférieur et l'externe ne sont guère que deux points entourés d'une aréole rouge; l'interne, un peu plus grande, offre un diamètre de 21 millimètres.

Le 8, les deux pustules internes semblent s'être agrandies.

Le 10, l'externe s'est agrandie d'une manière évidente; elle devient la plus grande à partir de ce moment; une aréole inflammatoire de 1 à 2 millimètres entoure alors les ulcérations.

Le 16, les ganglions de l'aisselle, imperceptibles jusqu'alors, semblent se prendre; on sent, à la partie postérieure du creux axillaire, presque sur le tendon coraco-brachial, deux ganglions engorgés, dont le volume peut être comparé à celui d'un gros haricot.

Le 18, les deux ulcérations internes semblent tendre vers la réparation, ou sont tout au moins indolentes comparativement à l'externe.

Le 20, l'induration de cette dernière a augmenté beaucoup.

Le 23, les ganglions augmentent, en même temps que les trois ulcérations semblent vouloir se réunir.

Le 24 mars, les ulcérations, recouvertes de croûtes sèches, ont paru cesser de faire des progrès. Les ganglions de l'aisselle sont plus volumineux. Quelques papules discrètes apparaissent sur le col et sur la poitrine.

Le 30, une abondante éruption d'érythème papuleux occupe le tronc et les membres. Cette éruption s'est faite sans prodromes et sans complications. Le malade n'a subi aucun traitement.

Le 2 mai, traitement par le protoïodure de mercure; fin juin, guérison complète.

OBSERVATION II. *Deuxième inoculation de Waller* (1850).—F..., jeune garçon de quinze ans, avait été rachitique dans son enfance, et portait depuis sept ans un *lupus exfoliatus* à la joue droite et au-dessous du menton. Cet enfant n'a jamais eu de syphilis, et, comme tel, il était propre à l'inoculation, qui fut entreprise le 27 juillet 1850, à la cuisse gauche. Pour cette expérience, je pris le sang d'une femme chez laquelle la syphilis secondaire s'étaient développée sous mes yeux.

L'inoculation fut faite le 27 juillet 1850, de la manière suivante. La peau de la malade fut scarifiée avec un scalpel neuf, et, à l'aide d'une ventouse, on lui soutira de 3 à 4 drachmes de sang. Malgré la rapidité avec laquelle se fit cette dernière opération, le sang était déjà en grande partie coagulé, avant qu'on l'eût transporté de la chambre de la malade dans celle où devait se faire l'inoculation. Les plaies des scarifications, faites sur l'enfant comme dans l'expérience précédente, furent exactement nettoyées et débarrassées des caillots sanguins par le lavage avec un tampon trempé dans l'eau chaude; puis le sang à inoculer fut introduit dans ces plaies, en partie à l'aide d'une baguette de bois, en partie au moyen de charpie imbibée de ce liquide, puis appliquée et fixée sur la partie scarifiée. Il ne survint ni inflammation ni suppuration; au bout de trois jours les plaies étaient complètement fermées. Le malade allait toujours bien.

Le 31 août, trente-quatre jours après l'inoculation, je remarquai à la cuisse gauche, là où l'inoculation avait été faite, deux *tubercules distincts*, ayant la largeur d'un pois, d'une teinte rougeâtre pâle, secs à leur surface, sans démangeaison ni douleur. Les jours suivants, ils s'agrandirent, se réunirent par leur base, se couvrirent d'écailles, et une aréole d'un rouge obscur les entoura tous deux.

La base des tubercules, c'est-à-dire la peau sous-jacente et la trame cellulaire sous-cutanée, devint ferme, résistante (indurée), et, à la surface des tubercules, une ulcération se forma, qui donna lieu à la production d'une croûte mince et brune. C'est de cette façon que se développa, vers le 15 septembre, un ulcère dont la base avait les dimensions d'un œuf de pigeon; une aréole rouge, cuivrée, en entourait les bords, et il était recouvert par la croûte en question. Cette croûte étant enlevée, le fond de l'ulcération devint visible; il était foncé, en infundibulum, lardacé et saignait facilement sur les bords. Depuis quelques jours, il s'était aussi formé à l'épaule droite un tubercule isolé, gros comme un pois, rougeâtre et recouvert de rares écailles, sans que le malade pût préciser le jour de la première apparition de cet accident. La santé générale se maintient.

Le 26 septembre et les deux jours suivants, F... se plaint d'inappétence et d'insomnie. Le 1<sup>er</sup> octobre, soixante-cinq jours après l'inoculation et trente-deux jours après l'apparition des premiers tubercules, il survint un exanthème à la peau du bas-ventre, du dos, de la poitrine et des cuisses, exanthème que nous reconnûmes être une roséole syphilitique des mieux caractérisées. C'étaient des taches exactement semblables à celles décrites dans une première expérience; seulement, dans certains points, elles étaient un peu plus élevées.

L'ulcération de la cuisse avait acquis la largeur d'un thaler, tout en conservant son aspect infundibuliforme, son fond lardacé et son aspect cuivré. Dans les jours subséquents, l'éruption des taches devint tellement abondante, que le corps entier, sans en excepter le visage, en fut semé et paraissait comme tigré. Il n'y a d'ailleurs ni démangeaison, ni douleur, ni symptômes de catarrhe ou de fièvre...

Ces deux faits, par la simplicité, la régularité et la ressemblance des phénomènes, ne peuvent laisser aucun doute dans l'esprit sur la possibilité de la contagion des accidents secondaires. La plupart des faits de ce genre qui ont été cités furent suivis de résultats positifs; il n'y a que peu d'exemples d'inoculations négatives. On ne devrait pas en conclure cependant que toujours les accidents secondaires sont facilement transmissibles. Les médecins qui se sont livrés à ces expériences, voulant seulement prouver la contagion possible et non pas la fréquence de la contagion, n'ont fait connaître que les cas où ils ont réussi.

Toutes ces inoculations n'ont pas été pratiquées dans les mêmes circonstances, et il y a des différences à noter au point de vue du sujet inoculé, de la matière qui a servi à l'inoculation, et du procédé que l'on a employé.

1<sup>o</sup> Presque tous les sujets étaient vierges de syphilis; quelques-uns seulement étaient en puissance de diathèse. Cette première remarque a une importance capitale, car les inoculations sur un sujet vierge ont seules de la valeur. Des expériences pratiquées sur des sujets syphilitiques ont presque toujours un résultat négatif; mais, en admettant même cette contagion possible, réelle, comment la prouver? On ne saura jamais à quoi attribuer les accidents survenus, s'ils sont dus à la première infection, ou bien s'ils doivent avoir pour cause l'inoculation. Cette difficulté d'apprécier la nature des symptômes observés se retrouve dans la première expérience de Wallace et dans la seconde de Bouley.

2<sup>o</sup> La matière inoculée a été un produit de sécrétion des plaques muqueuses, le pus de pustules d'ecthyma, et dans quelques cas de la sérosité mêlée à du sang. On ne saurait adresser à l'inoculation du pus



des pustules d'ecthyma disséminées sur le corps les objections qui ont été faites à l'inoculation des produits de sécrétion des tubercules plats : il n'y a pas là à invoquer de transformation *in situ* de chancres à la période de réparation. Les inoculations de sang syphilitique sont encore aujourd'hui contestées par quelques auteurs : cependant l'expérience de Waller que nous venons de citer, et celles faites par Gibert, semblent prouver cette possibilité d'inoculation. Nous apporterons encore à l'appui de cette opinion les faits relatés dans le mémoire de Viennois sur l'inoculation de la syphilis par la vaccination. Ce ne serait pas, selon ce médecin, le virus vaccin, mais le sang qui servirait dans ce cas de véhicule au virus syphilitique; et si la lancette n'est jamais chargée de sang dans la vaccination, le danger d'inoculation syphilitique serait nul. Quoi qu'il en soit, la possibilité de la contagion du pus syphilitique secondaire ne peut aujourd'hui soulever aucun doute; mais il nous faudrait encore de nouveaux faits pour admettre d'une façon certaine la propriété virulente du sang d'un syphilitique; il est à désirer toutefois que de si tristes expériences sur l'homme sain ne se renouvellent pas.

3° Les procédés employés ont été de deux ordres : dans certains cas, on a fait simplement des scarifications ou une piqûre avec une lancette, comme dans la vaccination; dans d'autres cas, on a enlevé d'abord par un vésicatoire l'épiderme du point qui devait être inoculé; ensuite on a appliqué et maintenu pendant plusieurs heures, et même pendant plusieurs jours, sur le derme ainsi dénudé, de la charpie imprégnée de matière virulente. Malgré ces conditions, différentes au point de vue de la matière inoculée, et du procédé employé pour l'inoculation, les résultats présentent une grande similitude : une incubation longue qui a varié de douze à quarante-deux jours (1) et des symptômes constitutionnels toujours précédés par un accident local. Ce dernier phénomène est constant dans toutes les observations, et les auteurs varient peu sur sa description. On peut voir toujours que cet accident a débuté par un point plus ou moins étendu, rouge, papuleux ou tuberculeux, recouvert d'une croûte qui, en disparaissant, donnait lieu à une ulcération plus ou moins taillée à l'évidoir : cet ulcère était presque toujours induré. Il s'accompagnait de l'engorge-

(1) Tableau d'incubation de l'accident produit par la contagion de la syphilis secondaire. D'un côté sont les noms des expérimentateurs, de l'autre le nombre de jours écoulés depuis l'inoculation dans les différentes expériences.

Wallace.....	12 jours.	Wallace.....	26 jours.
Anonyme du Palatinat (10).	15 à 42	Wallace.....	28
Bouley.....	17	Guyenot.....	28
Gibert.....	17	Rinecker.....	28
Gibert.....	18	Wallace.....	29
Bazin.....	21	Waller.....	30
Rinecker.....	23	Wallace.....	30
Wallace.....	25	Waller.....	34
Gibert.....	25	Vidal.....	35

ment indolent des ganglions lymphatiques voisins. Ces caractères constants d'ulcération, d'induration et d'adénopathie ont fait admettre dans ces derniers temps, par Rollet, que le produit de la contagion secondaire était un chancre. C'est une opinion que nous acceptons facilement : tout se passe comme dans le cas d'inoculation du chancre infectant, inoculation qui a été pratiquée une seule fois sur un sujet vierge de syphilis. Dans cette observation, qui est due à Rollet, l'incubation a été de dix-huit jours; il y a eu aussi développement d'une papule qui s'est ulcérée : cette ulcération a envahi d'abord le centre, puis la totalité de la papule. Ce chancre a ensuite été inoculé sans résultat au malade lui-même, ainsi qu'à d'autres sujets syphilitiques.

Le chancre infectant, produit par la contagion secondaire, est donc le même que celui qui est le résultat de l'inoculation d'un chancre infectant primitif, et si l'aspect a paru quelquefois différent dans les expériences pratiquées, cela tient à ce qu'il siégeait dans des régions où il est insolite de l'observer.

Nous n'avons rien dit des inoculations négatives de Cullerier, Rattier et Sarrhoss : voulant seulement prouver que la contagion de la syphilis constitutionnelle était possible, et non qu'elle était forcée, nous n'avons pas à enregistrer tous les succès des expérimentateurs.

Les faits cliniques que l'on a cités pour démontrer la contagion des accidents secondaires sont très-nombreux, mais tous ne sont pas probants. Les observations de ce genre, en effet, sont très-difficiles à recueillir; car les syphilitiques sont, comme on l'a répété souvent, très-disposés à tromper les médecins, quand ils ne se trompent pas eux-mêmes. En outre, il faut pouvoir réunir les malades à un moment donné et se trouver dans des conditions d'observation tout à fait spéciales. Ces raisons et bien d'autres encore sont cause de la dissidence qui a longtemps régné parmi les auteurs sur cette question. Cependant, depuis que l'attention des médecins a été dirigée de ce côté, de nouvelles observations ont été recueillies, et l'on possède aujourd'hui des faits qui ne sont plus passibles des objections adressées aux observations antérieurement publiées.

Après avoir cité des expériences absolument convaincantes, sur la contagion des accidents secondaires, ce serait trop allonger ce paragraphe que de rapporter les faits cliniques qui n'apportent pas avec eux une certitude aussi grande. Nous nous bornerons donc à renvoyer le lecteur au mémoire déjà cité de Rollet (*Archives de médecine*, 1859, observ. XVII, XX), et à la thèse de Fournier (*Sur la contagion syphilitique*, p. 77), où il trouvera de remarquables faits de ce genre.

#### 2° Syphilis double.

Peut-on avoir plusieurs fois la vérole? existe-t-il des exemples de ce qu'on est convenu d'appeler des *syphilis doubles*?

Si l'on admet, comme cela paraît démontré aujourd'hui, que l'inocula-



tion du pus syphilitique sur un sujet infecté est généralement négative, la question que nous allons examiner offre un grand intérêt pathologique. L'existence incontestable d'un seul cas de syphilis double permet de croire à la possibilité de la guérison de cette maladie.

Quelques auteurs ont considéré comme une seconde vérole l'apparition d'un accident vénérien quelconque (chancre simple ou blennorrhagie), quand déjà il y avait eu une première manifestation syphilitique. Mais la question ainsi comprise ne mériterait pas examen, et quand on est venu affirmer, contre Ricord, l'existence des véroles doubles, c'est qu'on avait observé des faits autrement probants.

Pour admettre un fait dans la classe des véroles doubles, il faut que deux fois, à un intervalle donné, on puisse observer le chancre induré suivi ou non des accidents constitutionnels précoces. Cependant, quoique réduite à ces termes, l'existence de la syphilis géminée ne nous paraît pas contestable, et nous croyons en avoir publié un fait des plus probants. Ce fait, qui ne fut pas accueilli par Ricord avec la convenance que j'avais lieu d'attendre d'un esprit aussi distingué, est aujourd'hui entouré d'autres cas analogues, et, chose assez piquante, parmi ces cas on en trouve un sorti du service de Ricord même. Quand on examine l'ensemble de ces faits, on en voit de deux sortes : dans les uns, le premier accident a été un chancre induré; dans les autres, des symptômes cutanés de la syphilis constitutionnelle se sont aussi manifestés. Mais un chancre induré avec son adénopathie est bien déjà la syphilis constitutionnelle. Je vais résumer ici trois faits de ce genre : le premier a été recueilli par moi; le second, par Rodet, qui en a rassemblé quatre exemples très-concluants; enfin le troisième a été publié par Delestre et observé dans le service de Ricord.

I. — Deberge, trente-quatre ans, entré à l'hôpital du Midi (service de Vidal, remplacé par Follin), salle 10, n° 7, le 14 octobre 1853. Il est affecté d'un vaste chancre induré, siégeant sur la portion dorsale de la face cutanée du prépuce. Ce chancre, qui est en voie de réparation, a été contracté il y a deux mois; le malade présente, en outre, une adénopathie inguinale, l'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs, enfin une roséole.

Comme antécédents, il accuse, en 1840 et 1844, deux écoulements; en outre, il est entré à l'hôpital du Midi, en 1850 (service de Puche), pour un chancre. L'observation de Puche constate que ce chancre était induré et qu'il s'accompagnait l'adénopathie; il était situé sur la muqueuse préputiale, dans un point correspondant à celui qu'occupe le chancre actuel. Seulement celui-ci est cutané, tandis que l'autre occupait la muqueuse. En 1850, le malade fut immédiatement soumis à un traitement mercuriel, et l'on n'observa pas d'autres symptômes syphilitiques. (*Gazette hebdomadaire*, 1854, t. I, p. 213.)

II. — Un homme, âgé de quarante-huit ans, contracta, fin d'octobre 1849, un chancre induré du sillon balano-préputial. Trois mois après, il eut : tubercules plats à l'anus, au menton, sur les lèvres, à la gorge; syphilide papulo-squammeuse générale; engorgement des ganglions cervicaux postérieurs; croûtes de cuir chevelu; alopecie. Traitée de ces symptômes à l'Antiquaille, il en sortit après avoir pris du mercure pendant sept semaines.

Il y revint le 10 janvier 1854, pour une éruption exanthématique (roséole syphilitique) et quelques douleurs rhumatoïdes. Il raconta qu'il avait pris en septembre 1853 un chancre du sillon balano-préputial, venu douze jours après le coït. Quelques jours plus tard, il en remarqua un autre plus petit, qui disparut en peu de temps sans laisser de trace; l'autre, au contraire, s'agrandit; sa base devint large et offrit une dureté qui persista après sa cicatrisation obtenue en deux mois et demi. (Pas de traitement général.) Au bout de deux ou trois semaines, la roséole parut. Entré à l'Antiquaille, on trouva dans le sillon balano-préputial la trace évidente d'un chancre induré. Les ganglions des aines ne présentaient rien de bien anormal; un seul de chaque côté est un peu plus développé que dans l'état ordinaire. La roséole a déjà diminué; il y a un petit tubercule plat à la commissure labiale droite.

Jusqu'au 10 février, les douleurs errent du coude au sinciput, puis aux mollets. Des tubercules muqueux apparaissent à la langue et sur les lèvres. L'induration du sillon balano-préputial est dissipée entièrement. Alopecie très-légère, douteuse. Ce n'est qu'alors (23 février) qu'on commença un traitement mercuriel.

Les symptômes s'amendèrent assez rapidement; le malade sortit le 5 mai. (*Gazette médicale de Lyon*, 1857, p. 212.)

III. — Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans qui, en 1838, entra au Midi avec un chancre cicatrisé, dont l'induration subsistait encore : le malade avait en outre une roséole. Ce diagnostic, porté par Ricord, fut retrouvé sur le registre de l'hôpital, où il y avait : *chancres, syphilis; traitement par le proto-iodure*.

Au mois de juin 1859, rapport suspect. Trois semaines après, apparition d'un chancre sur le fourreau de la verge; puis, deux ou trois jours après, de deux autres chancres; l'un encore sur le fourreau, l'autre sur l'ancienne cicatrice, dans le sillon balano-préputial. Ces deux derniers étaient des types de *chancres indurés*. Adénopathie bi-inguinale indolente; adénopathie cervicale postérieure; on n'ordonne pas de traitement général. Deux mois après l'apparition des chancres, on observe une roséole, des croûtes dans les cheveux et des plaques muqueuses sur la lèvre. A ce moment, on administre le proto-iodure, qui fait disparaître tous les accidents. (*Gazette hebdom.*, 1860, p. 56.)

#### § V. — Diagnostic et pronostic de la syphilis.

Il faudrait passer en revue presque toutes les affections chirurgicales pour faire avec quelque profit le diagnostic général de la syphilis. J'ai déjà très-souvent indiqué, en parlant des syphilides et des autres lésions syphilitiques, les affections qui ont quelques rapports avec elles, et c'est en se pénétrant bien du caractère de ces lésions et des autres signes concomitants et antécédents, qu'on arrive au diagnostic de la nature du mal. Ce diagnostic, en général facile dans les premiers temps de la syphilis, devient de plus en plus difficile à mesure que les manifestations syphilitiques sont plus discrètes, car souvent une manifestation, très-minime en apparence, doit servir seule à porter un jugement. Quelles que soient les formes anatomiques des lésions, on se guide encore sur leur siège, sur la nature et l'époque des douleurs qu'elles font ressentir, etc.

C'est la lèpre tuberculeuse qui, dans son expression cutanée, a souvent la plus grande ressemblance avec certaines formes de syphilis tardive, ce