

ment par la pyohémie, et si la généralisation de la tuberculose n'était pas exceptionnelle? Qu'on ne dise pas que les opérés n'étaient pas suivis assez longtemps; pour les résections qui exigent une durée de séjour toujours considérable, cet argument serait sans force. J'ai, pour ma part, réséqué huit fois le genou pour tumeurs blanches à différentes périodes, j'ai pu suivre six des malades, l'opération remontait au moins à trois ans et aucun d'eux n'a présenté et ne présente encore d'accidents viscéraux. Même, chez l'un d'eux, des signes suspects au sommet des poumons ont disparu après la guérison, sous l'influence de l'amélioration de l'état général. Mais ce n'est pas seulement après des opérations sanglantes que des tuberculoses viscérales ont été observées; j'ai vu entre autres faits une méningite tuberculeuse suivre de près un redressement de coxalgie. Quel est cependant le chirurgien qui par crainte de semblables mécomptes, renoncerait à redresser ses tumeurs blanches? A la vérité, chez certains tuberculeux en état d'infection latente le moindre ébranlement traumatique ou opératoire peut déterminer une poussée du côté des viscères, mais cette infection ne saurait être reconnue à l'avance, et il serait exagéré, pour ne point en éveiller les manifestations, de lui laisser la latitude de se produire au cas où elle n'existerait pas. Le chirurgien peut donc et doit intervenir; mais, en intervenant, il ne doit pas perdre de vue que les tuberculoses chirurgicales ont de grandes affinités avec les néoplasies malignes et que, comme ces dernières, elles doivent être extirpées largement. Amputer l'organe affecté quand il est suffisamment accessible, comme le sein ou le testicule, énucléer les ganglions caséux; extirper par une dissection attentive les ganglions suppurés et les abcès froids, en détruisant par le raclage les portions de la paroi qui n'auraient pas été enlevées; vider les foyers osseux en dépassant de beaucoup les limites du mal; dans les résections articulaires, poursuivre avec la gouge les lésions de l'os et avec la curette les fongosités, etc., enfin recourir largement à l'iodoforme, ce spécifique de l'élément tuberculeux (Mosetig); tels sont les principes qui doivent gouverner le traitement des tuberculoses externes.

C. *Virus dont l'action ne se borne pas à l'individu et se transmet directement à sa descendance.*

10° SYPHILIS.

La syphilis est une maladie virulente, contagieuse, inoculable, se manifestant par un *chancre induré*, puis par des adénopathies, des éruptions de la peau et des muqueuses, plus tard par des inflammations chroniques du tissu cellulo-vasculaire et des os, et enfin par des productions spéciales en forme de petites tumeurs et nodules qui ont reçu le nom de *sphilomes*.

Dans la syphilis héréditaire le chancre fait défaut.

Cette affection occupe maintenant dans le cadre nosologique une place bien définie, grâce aux nombreux travaux dont elle a été l'objet; mais elle a été pendant longtemps le sujet de vives controverses portant aussi bien sur sa nature que sur les conditions principales de son étiologie. C'est surtout vers la fin du quinzième siècle qu'elle commença à passionner le public médical. A cette époque elle fit des ravages très considérables et l'on écrivit nombre de livres pour rechercher d'où venait le fléau. Le mal prit de très grandes proportions et partout à la fois; chaque peuple accusait son voisin de lui avoir communiqué l'affection.

Les Italiens appelèrent la syphilis le mal français et les Français lui donnèrent le nom de mal napolitain. Dans certains pays, des épidémies très graves décimèrent la population; les cas furent si soudains, si graves et si nombreux, qu'on crut à l'irruption sur l'Europe d'une affection épidémique nouvelle.

La doctrine de l'importation américaine prit ainsi une certaine consistance; pendant longtemps elle fut acceptée par les historiens et les médecins; mais il est très facile de montrer aujourd'hui que cette doctrine ne repose sur aucun fondement sérieux et sa réfutation a été faite bien des fois à l'aide des textes les plus authentiques.

Les bibliographes ont de même bien établi que les épidémies syphilitiques de la fin du quinzième siècle étaient dues à la recrudescence d'une affection ancienne et non au développement d'une maladie nouvelle. En effet, la syphilis existait à Rome et chez tous les peuples de l'antiquité. Si les auteurs médicaux en ont parlé en langage diffus, c'est qu'à cette époque on confondait tous les accidents vénériens, d'ailleurs eux-mêmes peu distincts de certaines lésions scrofuleuses.

Il est par conséquent certain que la syphilis remonte à une date très reculée et que, comme pour la plupart des affections virulentes, sa diffusion est soumise à des recrudescences brusques, à des atténuations passagères; on s'explique ainsi qu'à certaines époques son étude ait été négligée, tandis qu'à certaines autres elle a attiré l'attention de tous.

Sa variabilité extrême n'est pas seulement d'ordre chronologique; bien qu'elle soit soumise dans ses manifestations à certaines règles formelles, elle est essentiellement inconstante et protéiforme dans ses lésions anatomiques et dans ses symptômes. Elle tient sous sa dépendance tous les organes et tous les tissus. Elle y détermine des lésions complexes que nous allons tout d'abord passer en revue afin de bien préciser les limites du sujet et d'en apprécier d'un seul coup d'œil toute l'étendue.

Il n'est pas d'affection plus virulente, car il suffit du contact, de la simple imprégnation, pour la communiquer.

Le virus est donc très actif. Y a-t-il dans ce virus des parasites figurés, des bactéries, des microbes pathogènes? Les études faites à ce sujet par

Klebs, Birch-Hirschfeld et Martineau n'ont pas donné de résultats positifs. Tout récemment au congrès des médecins allemands, Lustgarten a décrit des bacilles sous forme de bâtonnets droits ou courbes d'une couleur bleu foncé qu'il a trouvé dans les néoformations syphilitiques et qui seraient, d'après lui, l'agent infectant; les bacilles ne sont pas libres d'après Lustgarten, mais contenus dans des cellules migratrices. Ces faits viennent d'être contrôlés par Cornil.

Quoi qu'il en soit du virus et des éléments qui le constituent, il ne produit ses premiers effets qu'après une période d'incubation variable de quelques semaines à trois mois et c'est invariablement par le chancre infectant que les accidents débent.

Le *chancre infectant* arrivé à sa période d'état est constitué par une saillie et un épaissement du derme. Le centre est déprimé en forme de godet, et le microscope révèle à sa surface des cellules épithéliales appartenant à la couche muqueuse de Malpighi; cette surface est lisse. Exceptionnellement, et seulement sous l'influence de violences extérieures, on y trouve des fissures et des saillies irrégulières. Le tissu cellulaire voisin est rempli, bourré de cellules lymphatiques épanchées entre les fibres. Dans la tunique interne des artérioles et des veinules, on trouve une néoformation de petites cellules, une véritable endartérite ou endophlébite subaiguë. La paroi de ces vaisseaux est très épaissie, parfois leur lumière est complètement oblitérée; il peut en résulter une dégénérescence caséuse d'une partie du chancre.

L'épaississement des vaisseaux, l'infiltration des parties molles rendent compte de l'induration caractéristique du chancre infectant.

Le tissu dont se compose le chancre induré ressemble beaucoup à celui qui constitue les gommès syphilitiques; il diffère au plus haut degré de celui du chancre mou, non infectant. A la surface de ce dernier, on observe une désorganisation rapide des cellules; les couches superficielles et profondes de l'épiderme, les couches papillaires et dermiques disparaissent. La sécrétion purulente est abondante.

Au chancre induré succède rapidement l'adénite, ou pour mieux dire, cette lésion est contemporaine du chancre.

L'intensité de l'inflammation ganglionnaire est très variable selon la constitution du sujet; parfois chez les scrofuleux les ganglions sont très volumineux et très durs; mais il n'y a jamais suppuration. Au microscope on trouve les cloisons fibreuses épaissies, les follicules volumineux et distendus par une accumulation de cellules lymphatiques.

Après le chancre et l'adénite surviennent les ulcérations cutanées ou muqueuses, les syphilides. Elles affectent des formes très variées, érythémateuses, papuleuses, vésiculeuses, pustuleuses. Sans doute au point de vue anatomique ces lésions sont distinctes; elles présentent cependant un grand nombre de caractères communs qui permettent de les rapprocher et d'en donner une description synthétique commune.

Lorsqu'on examine au microscope une plaque muqueuse des organes génitaux, on y constate une augmentation, une tuméfaction de toutes les parties superficielles de la peau. Cette saillie exagérée des papilles est due à l'épanchement entre les fibres du tissu conjonctif d'une grande quantité de cellules migratrices rondes. Ces cellules migratrices et le liquide séreux qui les accompagne déterminent une sorte d'œdème et un suintement insensible qui humidifie la surface de la plaque muqueuse. Plus tard, lorsque l'inflammation arrive à un degré plus élevé, on constate qu'en certains endroits l'épithélium a disparu, les cellules migratrices l'ont entraîné dans leur chute. Il se forme de véritables petits abcès qui siègent à la surface même du revêtement épithélial. La plaque muqueuse s'ulcère et s'érode. Pendant que ces phénomènes se produisent à la superficie de la lésion, dans la profondeur l'inflammation s'étend, le tissu cellulaire lâche du prépuce ou des grandes lèvres peut s'indurer dans une assez grande étendue.

Cette description doit s'appliquer avec des variantes accessoires à toutes les lésions cutanées ou muqueuses de la syphilis. Entre la papule muqueuse humide et la papule recouverte d'écaïlle cornée (psoriasis), on trouve tous les intermédiaires. Si les petits abcès formés par une agglomération de cellules migratrices dégénérées se forment en grand nombre et prennent des proportions considérables, on a des vésicules, des pustules plus ou moins nombreuses. Peut-être y a-t-il dans toutes ces lésions anatomiques un élément spécifique, un microbe qui permettrait de les distinguer des lésions de ce genre produites par d'autres causes; mais l'histologie n'a pu jusqu'ici établir cette distinction, quoique cependant la découverte de Lustgarten confirmée depuis peu de jours par Cornil semble mettre les études de syphiliographie dans une voie nouvelle.

A mesure que la syphilis vieillit, elle tend à envahir les parties profondes. C'est la loi de son évolution. Il se forme des ulcérations syphilitiques qui dépassent la peau et vont plus ou moins loin dans le tissu conjonctif sous-cutané. Il peut se former de véritables gommès de la peau; ces gommès s'ouvrent à l'extérieur par une ouverture irrégulière imitant en cela les gommès de la langue, du voile du palais, du pharynx, etc.

Tous les tissus peuvent être intéressés par la syphilis; les muscles sont loin d'être à l'abri de ces atteintes; les gommès musculaires, celles du muscle sterno-mastoïdien surtout, sont assez fréquentes. Les lésions des centres nerveux sont également communes, les viscères splanchniques souvent lésés, mais après la peau et les muqueuses ce sont le périoste et les os que la syphilis intéresse le plus souvent.

Les douleurs rhumatoïdes, ostéocopes, sont certainement dues à une inflammation plus ou moins aiguë de ces organes. Dès la période secondaire, le périoste s'épaissit; les os sont quelquefois de bonne heure le

siège d'une ostéite raréfiante ; disons cependant que ce sont là d'habitude des lésions appartenant à une période ancienne, tertiaire, de la syphilis, la période secondaire étant caractérisée par les lésions cutanées, et la primitive par le chancre infectant lui-même. Rien n'intéresse plus le chirurgien que ces lésions gommeuses des os ; elles sont à la fois fréquentes et invariables dans leur forme. Sans qu'il soit nécessaire d'insister longuement, on comprend que les bourgeons gommeux venus du périoste ou de la dure-mère, pénétrant dans les lames osseuses et dans le diploé, produisent sans peine une perforation. Dans un os long la néoplasie syphilitique a souvent pour premier résultat d'oblitérer les canaux de Havers et de déterminer la formation d'un sequestre.

Parfois la gomme amincit la diaphyse au point d'occasionner une fracture dite spontanée, sous l'influence du plus léger traumatisme.

Dans d'autres cas sur la face externe de l'os, quel qu'il soit, se forme une hyperostose composée de tissu spongieux ou de tissu éburné.

Dans les organes internes, foie, reins, testicule, cerveau, poumons, se développent également des gommages syphilitiques dont le processus d'évolution affecte la plus grande analogie avec celui des lésions de la peau.

Arrivées à l'état adulte ces néoplasies constituent des nodules de volume variable, isolés ou multiples. Ainsi développées, elles méritent le nom de tumeurs, et ont été décrites dans une autre partie de cet ouvrage (voir *Gommages*).

Nous n'insistons pas plus longtemps sur l'anatomie pathologique générale de cette affection. Aussi bien ce qui précède suffit-il pour montrer la grande place qu'elle occupe dans la pathologie, et donne-t-il une idée suffisante de ses formes complexes, ainsi que de ses nombreuses métamorphoses.

Après cet aperçu général de la syphilis, arrivons maintenant à son étude.

La syphilis n'est jamais spontanée ; elle dérive toujours d'une syphilis préexistante.

La maladie se transmet de deux manières, *par contagion* ou *par hérédité*. Peut-être aussi peut-elle se développer *par imprégnation*, dans le cas où une femme non syphilitique porte dans son utérus un enfant issu d'un père atteint de syphilis.

Le virus syphilitique est caractérisé par sa fixité. Il n'est pas transmissible à distance, et ne se propage que par contact direct. La nature du virus discutée et discutée jusqu'à ces derniers temps, paraît bien nettement aujourd'hui être de nature microbienne.

La chimie n'a rien révélé de caractéristique dans sa constitution spéciale.

Afin de bien définir l'action du virus, on a fait des expériences pour savoir si l'affection est transmissible de l'homme aux animaux. On a

expérimenté sur les cochons et les singes, et ces recherches paraissent avoir donné des résultats à peu près démonstratifs dans le sens de l'affirmative. On a longtemps discuté pour savoir si les accidents secondaires étaient virulents. Ricord a commis sur ce sujet une erreur bien connue. Il est aujourd'hui bien établi que les plaques muqueuses sont contagieuses. Les faits cliniques ainsi que les inoculations expérimentales faites sur l'homme le démontrent.

Le pus de la syphilis pustuleuse est aussi contagieux, mais sa virulence paraît dépendre essentiellement de son mélange avec d'autres produits exsudés des lésions syphilitiques. Le pus qui se produit chez un syphilitique à la suite d'une irritation de cause commune n'est pas virulent. En revanche le sang, pendant que se développent les accidents secondaires, peut certainement propager la syphilis. Mais à mesure que l'affection devient ancienne, la virulence du sang disparaît. Les humeurs normalement sécrétées, lait, larmes, ne sont à aucune époque capables de reproduire l'affection ; si la salive la transmet, c'est parce qu'elle est souvent imprégnée du virus syphilitique des plaques muqueuses buccales, et il paraît établi que le sperme d'un sujet syphilitique ne peut pas lui-même reproduire l'affection.

Il résulte de tout ce qui précède sur le virus et la virulence que, dans sa diffusion parmi l'espèce humaine, la syphilis naît toujours d'elle-même. C'est toujours le même virus qui produit l'affection, et sa mise en jeu est nécessaire pour produire la maladie. C'est à tort qu'on a voulu réunir en un groupe unique les divers accidents vénériens. La science est aujourd'hui définitivement fixée, et l'on peut considérer comme absolument démontrée cette proposition majeure : *la syphilis et le chancre simple sont deux maladies absolument distinctes, ne dérivant jamais l'une de l'autre.*

Contagion. — Après avoir défini le mode et la sphère d'action du virus, étudions maintenant dans quelles conditions la contagion s'exerce le plus facilement.

La dose du virus paraît sans importance, les quantités les plus minimes peuvent suffire, mais il faut de toute nécessité qu'il y ait effraction épidermique, c'est-à-dire que le virus trouve une porte d'entrée. Les plus petites déchirures de la peau, les fissures, les écorchures, sont particulièrement dangereuses. Le contact le plus rapide peut suffire à l'inoculation. Jullien cite l'exemple d'un médecin qui, après avoir touché la surface d'un chancre, s'aperçut qu'il avait au doigt une petite écorchure, et qui ne put, malgré toutes les ablutions d'usage, éviter la syphilis.

Une condition essentielle pour que la syphilis soit contractée, c'est la réceptivité. Quelques individus paraissent réfractaires, mais d'une façon générale la réceptivité ne fait complètement défaut que chez les sujets syphilitiques.

Quelques auteurs pensent que les parents qui ont acquis l'immunité peuvent la transmettre à leurs enfants. Fergusson dit que la transmission de la maladie de génération à génération a pour effet d'en diminuer la gravité. Tout ceci est hypothétique. Il n'y a en somme qu'une véritable immunité, celle qu'on acquiert en contractant l'affection.

Les expériences d'auto-inoculation du chancre infectant montrent que d'une manière générale la syphilis à son début détermine l'immunité contre une infection nouvelle. Cette immunité est acquise pour très longtemps, sinon pour toujours; peut-être, comme celle que confèrent la vaccine et la variole, décroît-elle avec les années, mais il faut à coup sûr une longue période intercalaire avant que l'affection ne puisse être contractée de nouveau.

La contagion peut s'exercer de deux façons principales, directement ou indirectement; elle peut être médiate ou immédiate.

La contagion est immédiate dans les contacts sexuels, de bouche à bouche, dans les attouchements chirurgicaux, etc. Elle est médiate lorsqu'elle résulte de l'usage commun d'objets usuels, de linges, de vêtements, d'objets servant à l'alimentation, d'instruments de musique, etc.

La syphilis des verriers qui résulte de ce que les ouvriers soufflent dans le même verre mérite une mention spéciale. La syphilis peut encore se transmettre par le tatouage. Les instruments de chirurgie ont malheureusement servi quelquefois à sa propagation, et le cathétérisme de la trompe d'Eustache a fait un assez grand nombre de victimes. Enfin, n'oublions pas une opération de pratique journalière, la vaccination, qui a plusieurs fois contribué à la diffusion de la syphilis.

Hérédité. — Un grand nombre d'enfants naissent syphilitiques, l'hérédité de l'affection est tantôt paternelle et tantôt maternelle. Il est établi par des faits bien observés que des pères syphilitiques même à la période des accidents secondaires, en pleine virulence, peuvent engendrer des enfants non syphilitiques; mais la syphilis paternelle n'en est pas moins très menaçante pour l'enfant: même après plusieurs années écoulées, on doit encore redouter la transmission héréditaire. Il existe à ce sujet un grand nombre de particularités individuelles échappant à toute formule précise.

Dans la grande majorité des cas de syphilis héréditaire, la mère est manifestement syphilitique, soit qu'elle le soit primitivement, soit qu'elle ait été contaminée par le père ou par l'enfant *in utero*. Quelques auteurs croient même à l'hérédité maternelle exclusive; mais c'est là une erreur manifeste: l'hérédité maternelle est seulement plus fréquente.

L'enfant sert quelquefois d'intermédiaire entre la syphilis du père et la syphilis de la mère, dont l'organisme subit une sorte d'infection graduelle par suite de l'adultération du sang du fœtus, c'est la syphilis par conception.

Il peut arriver que l'enfant présentant des signes de syphilis en nais-

sant, la mère ne paraisse pas atteinte; néanmoins elle est réfractaire à la contagion syphilitique, elle est imprégnée de l'affection. Elle en est indemne au point que son enfant ne peut la lui communiquer; de là l'obligation pour la mère de nourrir son enfant.

Nous étudierons d'abord les symptômes de la syphilis acquise par inoculation ou contagion, et dans un deuxième paragraphe ceux de la syphilis héréditaire.

Le premier accident appréciable, le premier symptôme est le chancre syphilitique.

Chancre syphilitique. — Son apparition est toujours précédée par une période d'incubation plus ou moins longue, variant, comme déjà nous l'avons dit, de dix jours à plusieurs mois. Le siège est invariablement le point où a pénétré le virus. Comme on l'a vu, le chancre peut être considéré comme une dermite scléreuse circonscrite avec altération des couches superficielles de l'épiderme. Il s'agit en somme d'une érosion des téguments reposant sur une base indurée.

Sa forme est régulière, arrondie; il est parfois très petit (chancre nain), rarement il est large de plusieurs centimètres. Au début, il se présente sous forme d'une papule sèche, mais l'érosion ne tarde pas à se produire. Cette érosion est limitée par un contour net; ses bords sont lisses et unis, non taillés à pic; elle peut se revêtir d'une croutelle, particulièrement dans les régions pileuses; parfois elle gagne en profondeur et produit une ulcération véritable.

Induration. — C'est là un signe caractéristique et qu'il faut toujours rechercher; l'induration est plus ou moins accusée, elle est parcheminée, chondroïde. L'état de cette induration détermine trois types principaux de chancre induré: plat, creux, et bombé (*ulcus elevatum*). L'induration manque quelquefois chez la femme, mais beaucoup moins souvent qu'on ne l'a écrit, et c'est encore chez elle un des signes les plus caractéristiques, les plus nets et les moins sujets à faire défaut.

A ces signes il importe d'ajouter l'absence de douleur, et l'impossibilité de reproduire l'ulcère par inoculation sur le sujet atteint.

Après une durée de plusieurs semaines, six ou sept environ, arrive la période de réparation; l'épiderme se reproduit, comme dans toutes les cicatrices, du centre à la périphérie. La trace du chancre n'est pas indélébile, à moins que, chose rare, le tissu dermo-papillaire n'ait été détruit par la suppuration accidentelle de l'ulcère infectant. La tache bronzée qu'on peut reconnaître encore quelques mois après à la place du chancre ne tarde pas à disparaître, et 49 fois sur 50 le chancre ne laisserait pas de traces (Fournier)? Au cours de la réparation, la pellicule cicatricielle peut disparaître sous l'influence d'une cause irritante quelconque, et le chancre reparait (*chancre redux*).

A côté de cette marche typique générale, il convient de citer un certain nombre d'anomalies et de complications.