

rebelle aux moyens ordinaires de guérison (1). Lagneau signale, parmi les accidents de la syphilis, les phlegmasies chroniques des muscles des membres, lesquelles déterminent des flexions permanentes désignées sous le nom de contractures (2). Ph. Boyer écrit : « Il paraît que la syphilis consécutive a aussi de l'influence sur le système musculaire, car j'ai vu deux fois des contractures produites par elle ou au moins accompagnant ses symptômes et ne pouvant être rapportées à d'autres causes. Elles appartenaient au muscle biceps brachial; l'avant-bras était un peu porté dans la pronation, et la flexion ne pouvait être étendue. L'un des malades avait une syphilide ulcéreuse au front; l'autre avait des exostoses aux tibias, plusieurs hydarthroses, des périostoses au métatarse et au métacarpe, et la teinte terreuse de la peau (3). » Ricord, en 1842, a publié plusieurs observations qui ont eu pour résultat de fixer l'attention sur les altérations syphilitiques de ces mêmes organes; son *Iconographie* renferme une figure qui représente des gommés musculaires (4). Plus récemment, Notta et surtout le professeur Bouisson (de Montpellier) ont étudié avec soin ce même sujet. Ce dernier donne une description minutieuse des tumeurs syphilitiques des muscles.

Étude anatomique. — Les lésions que développe la syphilis au sein des muscles sont anatomiquement caractérisées ou par une infiltration néoplasique ou par la présence de nodosités plus ou moins volumineuses et nombreuses; de là deux modes pathologiques semblables à ceux que nous avons déjà rencontrés : lésion inflammatoire, diffuse, ou *myosite diffuse*; lésion circonscrite, ou *myosite gommeuse*.

La myosite diffuse se cicatrise tout d'abord, selon Ricord, par l'hypertrophie et la tuméfaction du muscle. Peu à peu, une matière plastique particulière se dépose dans le tissu musculaire, l'annihile; puis surviennent le raccourcissement, l'atrophie du muscle, et enfin la dégénérescence fibreuse, cartilagineuse et osseuse. Donc, tuméfaction, et exsudation de lymphé plastique, ou mieux apparition de noyaux et de cellules petites, arrondies, et en définitive de fibres nouvelles de tissu conjonctif dans les espaces interfibrillaires des muscles; plus tard, retrait de ces éléments, comme il arrive dans tous les tissus de cicatrice, et raccourcissement du muscle, ou bien dépôt d'éléments calcaires dans l'épaisseur du néoplasme et calcification du muscle, c'est en quoi consiste ce processus syphilitique. Virchow donne de cette lésion une description à peu près identique quant au fond; elle se rapporte plus particulièrement à sa phase avancée. « Les contractures musculaires ont pour cause, dit cet observateur, des dégénérescences calleuses du tissu musculaire, altérations analogues à celles que produit l'inflammation rhumatismale simple ou traumatique; au milieu du tissu interstitiel des faisceaux musculaires se développe un tissu conjonctif qui se sclérose et détruit, après l'avoir atrophiée, la fibrille musculaire primitive (5). » Ainsi,

(1) Petit-Radel, *Cours des malad. syphilitiques*, t. II, p. 78, 1812.

(2) Lagneau, *Traité pratique des malad. syphilitiques*, 6^e édit., t. I, p. 145.

(3) Ph. Boyer, *Traité pratique de la syphilis*, 1838, p. 167.

(4) Ricord, *Iconographie*, pl. XXVIII bis, fig. 1.

(5) Virchow, *La syphilis constitutionnelle*, p. 105, Paris, 1860.

altération primitive de la trame, lésion secondaire de l'élément musculaire, telle est la modification anatomique du muscle affecté par la syphilis.

L'aponévrose d'enveloppe prend quelquefois part à cette altération. Dans un cas de dégénérescence plastique du jambier postérieur observé par Ricord, l'aponévrose d'enveloppe des muscles de la région postérieure de la jambe était difficilement séparable, et, en l'enlevant, on découvrit un tissu lardacé, jaunâtre, dû à l'altération du muscle et de la fibre musculaire.

La myosite gommeuse ne diffère de la précédente que par la disposition du néoplasme. Au lieu d'infiltrer une plus ou moins grande partie de la masse musculaire, celui-ci se présente sous forme de nodosités plus ou moins nettement circonscrites ayant pour siège la substance conjonctive, ou la trame fibreuse du muscle, ainsi que l'a admis Bouisson, d'après la simple analogie. « L'analogie porterait à croire, nous dit ce chirurgien, que l'élément cellulo-scléreux qui unit les fibres charnues ou qui leur forme une gaine, est le premier envahi. Mais lorsque la lésion est avancée et qu'elle a revêtu l'un de ses modes de terminaison, soit par suppuration, soit par induration, tous les éléments anatomiques paraissent affectés, et, suivant le degré plus ou moins avancé du travail morbide, les fibres musculaires semblent plongées dans une matière de nouvelle formation, ou bien elles sont ramollies et détruites, ou bien encore elles sont transformées en tissu induré, subcartilagineux et même osseux. »

Les tumeurs gommeuses des muscles présentent les caractères histologiques des gommés du tissu conjonctif sous-cutané : cellules rondes, petites, à un seul noyau (1), dispersées au sein d'une masse fibrillaire ou fibreuse. Elles sont, comme celles-ci, parfois enkystées et toujours constituées par les mêmes éléments, quoique souvent différentes par leur volume et leur coloration. Grisâtres d'abord, plus tard jaunâtres, elles acquièrent peu à peu la grosseur d'une noisette, d'une noix ou même un volume plus considérable. Primitivement molles, visqueuses, elles conservent quelquefois cette consistance première; d'autres fois, fermes, semblables à l'œdème dur, elles marchent vers une organisation de plus en plus complète; sinon, elles subissent une transformation graisseuse, se ramollissent peu à peu, deviennent fluctuantes, au point qu'on a pu supposer qu'elles entraînent en suppuration, et qu'on a confondu avec le pus leurs éléments désagrégés. Cette erreur a été partagée par des hommes éminents, entre autres par le professeur Bouisson, de Montpellier; mais il est bien évident que cet auteur a pris pour de la suppuration ou bien une lésion musculaire consécutive à l'altération d'un os voisin, ou bien le résidu de la transformation graisseuse des éléments constitutifs des tumeurs gommeuses. C'est donc à tort qu'on a parlé de gommés suppurées : la suppuration n'est pas le fait de la syphilis. Suivant nous, l'évolution des tumeurs gommeuses des muscles s'accomplit en deux temps ou deux périodes, l'une de formation (1^{er} degré de Bouisson), l'autre de régression ou de métamorphose (2^e et 3^e degrés du même auteur). Dans la première période, il y a apparition d'un tissu analogue au tissu embryoplastique ou embryonnaire; dans la seconde, il y a destruction moléculaire des éléments de ce tissu dont les conditions de

(1) Ch. Robin, *Bull. de la Société anatomique*, 1855, p. 26.

vitalité ne sont que temporaires. Quelquefois cependant on constate le développement complet du néoplasme et son passage à l'état fibreux, ou bien encore son incrustation par des sels calcaires, d'où l'état osseux ou ossiforme.

Siège. — Aucun muscle n'est à l'abri des lésions syphilitiques, mais tous ne s'altèrent pas avec une égale fréquence. Les observations de Ph. Boyer, Ricord et Notta nous apprennent que la myosite diffuse est fréquente dans les muscles des membres supérieurs et surtout dans les fléchisseurs de l'avant-bras. Bouisson a vu cette affection attaquer un des muscles oculo-moteurs. Il prétend, à tort suivant nous, que la plupart des rétractions anales observées chez les syphilitiques sont dues à la même cause. Quant aux tumeurs gommeuses, elles paraissent affecter de préférence le grand fessier, les muscles trapèze, sterno-mastoïdiens, triceps crural. Certains organes, d'une structure essentiellement musculaire, tels que les lèvres, la langue, le voile du palais, le diaphragme (Murchison), le larynx, le cœur même, participent quelquefois aussi à cette altération, comme nous le verrons plus loin. Les lésions syphilitiques des muscles sont assez communes pour qu'il m'ait été possible d'en observer six cas depuis un an. Les membres inférieurs étaient, dans ces cas, le siège de l'altération, et celle-ci occupait non pas le corps mais l'une des extrémités musculaires, en général le point d'insertion des fibres contractiles sur les toiles aponévrotiques ou les cordages tendineux. Le triceps crural était trois fois affecté à son extrémité inférieure, une fois à son extrémité supérieure ; le jumeau externe présentait, dans un cas, une saillie de consistance ferme quasi osseuse, parallèle à son grand axe et située près de son point d'insertion. L'altération, dans le dernier cas, avait pour siège la partie supérieure du jambier antérieur droit et l'aponévrose qui recouvre les muscles de la région antérieure de la jambe.

Étude symptomatique. — Les deux formes de myosite syphilitique ont des symptômes communs et des symptômes propres. Un symptôme commun est la douleur : dans la myosite gommeuse elle se fait sentir au moment ou à la suite des contractions ; dans la myosite interstitielle, située à peu près exclusivement au niveau des attaches tendineuses, elle est provoquée par les tiraillements sur le muscle lésé. La rétraction musculaire est le symptôme le plus constant de l'altération diffuse ; si le biceps est malade, les mouvements par suite sont limités, l'avant-bras est dans un état de flexion permanente ; ce muscle, dur, tendu, diminué de longueur, fait saillie pendant l'extension sous la peau intacte et non colorée. La myosite gommeuse est rarement accompagnée de ce phénomène ; et, si les muscles sont superficiellement situés, le palper permet de constater la présence de tumeurs fermes et résistantes dès l'abord, plus molles ensuite, qui parfois acquièrent une dureté osseuse. La forme de ces tumeurs est ordinairement globuleuse, leur volume varie depuis celui d'une petite noix jusqu'à celui d'une orange. Elles ne s'accompagnent d'aucun changement de coloration à la peau. Selon Bouisson, les variations de température et l'état hygrométrique de l'air éveillent leur sensibilité, qui s'accroît encore pendant la nuit. Un caractère commun à ces tumeurs et à la

plupart des tumeurs musculaires consiste dans la mobilité ou la fixité, suivant que le muscle est au repos ou contracté. C'est dans le cas de mobilité que l'exploration de la tumeur est la plus facile. Des troubles particuliers, variables avec chacun des muscles affectés, correspondent à ces altérations qu'accompagne fréquemment l'état anémique du malade.

La marche des myosites syphilitiques est lente, insidieuse, et souvent le malade ne s'aperçoit de l'existence de cette affection que longtemps après son début. Habituellement, il prend pour du rhumatisme les douleurs qui parfois existent pendant la première période de cette altération. Plus tard, quand la gomme est ramollie, malades et médecins croient volontiers à un abcès. L'induration musculaire, longue à disparaître, diminue peu à peu de la circonférence vers le centre.

La guérison est la règle ; mais il faut savoir que l'infiltration diffuse est susceptible d'amener l'atrophie ou la destruction d'un certain nombre de faisceaux musculaires, et qu'elle peut arriver à produire une rétraction permanente.

Diagnostic. — Le diagnostic des lésions syphilitiques des muscles n'est pas difficile lorsqu'on sait tenir compte de leur marche, des commémoratifs et des altérations concomitantes. Les exostoses, les tumeurs gommeuses du périoste, les ulcères du pharynx ou du voile du palais, sont les manifestations qui les accompagnent le plus ordinairement ; parfois elles coexistent avec des affections viscérales qui reconnaissent la même origine. Les cancers, les abcès, qu'il est possible de confondre avec la syphilis musculaire, se distingueront à l'aide des caractères que nous avons énoncés plus haut, relativement au diagnostic des gommages du tissu cellulaire sous-cutané.

Indépendamment de l'atrophie musculaire et de la contracture permanente, nous savons que les ulcères profonds et sanieux qui succèdent aux tumeurs gommeuses se cicatrisent difficilement ; si nous ajoutons que ces ulcères peuvent amener la perforation du voile du palais et de la gêne dans les mouvements de la parole, on comprendra que les affections syphilitiques musculaires ne sont pas toujours sans gravité.

§ 5. — Ténosite syphilitique.

Malgré une organisation peu vasculaire, les aponévroses et les tendons n'échappent pas aux manifestations de la syphilis constitutionnelle. L'inflammation syphilitique est, en effet, essentiellement propre aux tissus fibreux, quel que soit leur degré de vascularité. Les lésions observées dans ces dépendances du système musculaire ne diffèrent pas d'une façon notable de celles que nous venons de voir au sein des muscles. Elles consistent, ou dans un épaississement partiel, ou dans la présence de petites tumeurs ou noyaux durs (nodus, gommages) dans l'épaisseur des toiles membraneuses et des cordons tendineux.

Connues d'Astruc (1) et d'un grand nombre de ses prédécesseurs, les lésions syphilitiques des membranes fibreuses et des tendons ne peuvent être mises en doute, bien que les observations sur lesquelles repose leur description soient

(1) Astruc, *Traité des maladies vénériennes*, t. IV, p. 44 et 75.

en général fort laconiques et souvent incomplètes. Nous avons déjà signalé l'altération des toiles aponévrotiques des muscles de la jambe, ajoutons que semblable altération envahit parfois les autres aponévroses. Celles-ci peuvent être aussi le siège de tumeurs gommeuses, mais plus rarement que les tendons.

L'infiltration syphilitique des tendons, tantôt ferme et solide, semble produite par une hypertrophie circonscrite du tissu (Bouisson); tantôt plus molle et moins consistante, elle paraît tenir à un épanchement de matière comme gélatineuse. Le tendon par lui-même est peu modifié; mais si l'ossification s'empare du néoplasme, elle peut gagner toute la longueur du cordon fibreux; sinon, rester limitée à la partie malade, et former ainsi une sorte d'os sésamoïde accidentel.

Ces tumeurs syphilitiques se développent à la surface ou au centre des tendons. Le premier siège est le plus fréquent. Nunn a vu dans un cas les tendons des muscles qui s'insèrent à la partie supérieure et interne du tibia présenter une masse gommeuse qui ulcéra la peau, et fut éliminée. Les tendons du coude-pied étaient également altérés et la guérison eut lieu sans aucune rétraction. Quand ils occupent le centre même de la corde tendineuse, les produits gommeux écartent les fibres, et la tumeur prend une forme ovoïde ou fusiforme. Bouisson a observé et dessiné une pareille tumeur qui siégeait dans l'un des tendons des fléchisseurs des doigts; la fluctuation était sensible à travers l'enveloppe fibreuse, et la tumeur avait à peu près la forme et le volume d'une amande. Cet auteur pense que l'affection désignée par Lisfranc sous le nom de *nodosités blanches* des tendons n'est tout simplement qu'un cas particulier de nodus syphilitique. L'observation de Lisfranc (1) sur ce sujet a trait, comme on sait, à un danseur de l'Opéra, qui portait une tumeur volumineuse, développée dans le tendon d'Achille, et qui guérit par l'emploi de l'iodure de potassium.

Les tendons les plus épais et les plus résistants sont le siège le plus habituel des lésions syphilitiques. En première ligne se placent le tendon d'Achille et celui du biceps ou du triceps crural. Nélaton a rencontré deux tumeurs gommeuses développées dans ce dernier tendon, où elles simulaient un corps étranger du genou. Une autre fois, la tumeur, qui occupait le muscle droit antérieur de la cuisse, était devenue le point de départ d'une hydarthrose qu'il était facile de prendre pour une tumeur blanche (2).

Qu'elles affectent les aponévroses ou les tendons, les lésions syphilitiques ne sont pas douloureuses au repos. Cependant, lorsqu'elles occupent les tendons, elles sont quelquefois, pendant la contraction des muscles, le siège de douleurs qui entravent plus ou moins les mouvements. Le plus ordinairement sous-cutanées, les lésions syphilitiques tendineuses se montrent sous forme de saillies abruptes, dures, souvent petites et circonscrites; plus tard, elles se ramollissent, la peau devient rouge, s'enflamme, s'ulcère, se perforé et livre passage au produit gommeux mortifié. Celui-ci n'est pas du pus, je l'ai dit plus

(1) Lisfranc, *Gazette des hôpitaux*, 1842.

(2) Saint-Arromann, Thèse de Paris, 1858. — L'observation XXII est un exemple assez semblable; le tendon rotulien, infiltré par le produit gommeux, est en partie détruit; l'articulation du genou contient un liquide séreux abondant.

haut, et B. Bell (1) a noté les différences qui le séparent du liquide purulent: « Cette matière ténue, presque sans couleur, ou un peu teinte de sang, n'a peut-être jamais aucun des caractères du pus. » Les ulcères qui en résultent, ajoute le même auteur, sont sordides et communément plus difficiles à guérir qu'aucun des autres qu'on observe dans cette maladie. En général la continuité des tendons est respectée, et la guérison a lieu sans rétraction.

A une certaine époque de leur évolution, lorsqu'elles commencent à se ramollir, les nodosités syphilitiques des tendons peuvent être d'un diagnostic facile; mais il n'en est pas de même dans la première phase de leur développement. Alors elles peuvent être confondues avec d'autres tumeurs, et particulièrement avec les nodosités résultant d'une accumulation de sérosité dans les bourses muqueuses naturelles ou accidentelles, et auxquelles on a donné le nom de *ganglions*. Ces dernières lésions sont réductibles, et leur évolution est bien différente de celle des tumeurs gommeuses. Certains névromes peuvent encore induire en erreur; mais leur siège et la douleur qui les accompagne aident à les différencier (2).

Le pronostic de ces affections est généralement peu sérieux, à cause du peu d'importance fonctionnelle des organes lésés.

§ 6. — Dactylite syphilitique (panaris syphilitique).

BIBLIOGRAPHIE. — VAN OORDT, Thèse de Paris, 1859, p. 41 et 45. — CHASSAIGNAC, *De la dactylite syphilitique*, Clinique européenne, p. 239, 23 juillet 1859. — NÉLATON, *Du panaris syphilitique* (*Gaz. des hôpitaux*, fév. 1860). — BERGH, *Sur les lésions syphilitiques des ongles et le panaris syphilitique* (*Hospital Tidende*, n° 13, 1860, trad. du danois dans Behrend's Syphilidolog. III, 3, 1861). — Le MÊME, *Ueber gummöse Erkrankung der finger und Zehen bei Syphilis*. Archiv f. Dermatolog. und Syphil., II, 2, p. 223, 1870. — A. LUCKE, *Syphilitische Dactylitis*, Berlin. klin. Wochenschrift, t. IV, 50, 51. — ARCHAMBAULT, *Union méd.*, n° 140, 1869. — O. RISEL, *Zur Casuistik der syphilitischen finger und Gelenk affectionen*, Berlin. klin. Wochenschr., VII, 1870. — O. HEYFELDER, *Cas de lésion syphilitique des doigts et des orteils*, Petersb. med. Zeitschr., n. f. I, p. 38, 1870, et Schm. Jahrb., t. CLIII, p. 48, 1872. — R. W. TAYLOR, *On Dactylitis syphilitica*, The American Journ. of Syphilography and Dermatology, New-York, 1871, trad. dans Archiv. génér. de médecine, t. II, p. 112, Paris, 1871. — J. MORGAN, *On a peculiar affection of the hands and feet*, The medical Press and circular. 18 décembre 1872.

Les différents tissus qui entrent dans la composition des doigts peuvent être simultanément ou isolément atteints par la syphilis, d'où les diverses espèces de panaris admises par les auteurs. Nous ne reviendrons pas sur l'onxyxis, dont il a été question plus haut, et ainsi, il nous suffira de rappeler que la peau des doigts est exposée aux manifestations syphilitiques de tout le système cutané, et par conséquent à des éruptions multiples. Le tissu cellulaire sous-cutané des doigts n'est pas, sous ce rapport, plus épargné que celui des autres régions. Des tumeurs gommeuses peuvent s'y déve-

(1) B. Bell, *De la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*, t. II, p. 187, Paris, 1802.

(2) Comparez Notta, *Rech. sur une affection particulière des gaines tendineuses de la main caractérisée par le développement d'une nodosité sur le tendon des fléchisseurs des doigts*. (*Arch. gén. de médec.*, t. XXIV, 4^e série, p. 142.)

lopper (dactylite gommeuse). On a trouvé le tendon de l'un des médius affecté de dépôt gommeux (obs. IV, thèse de Van Oordt), et il y a toute raison pour que la synoviale et la gaine fibreuse des tendons déjà exposées aux atteintes de la syphilis secondaire subissent l'influence syphilitique tertiaire. Quant au périoste et à l'os, ils ne sont pas exempts de cette influence, et la dactylite périostique peut, à la rigueur, se terminer par carie et surtout par nécrose.

Le plus souvent, toutefois, ces divers tissus sont simultanément affectés, et il devient difficile de savoir quel a été le point de départ du processus morbide, surtout quand ce processus débute dans les parties profondes et s'étend aux régions plantaires ou palmaires. Les faits de ce genre sont particulièrement connus aujourd'hui sous le nom de dactylite syphilitique. Celui qui suit a été rapporté par le professeur Nélaton. « Un homme âgé d'une cinquantaine d'années entre à l'hôpital de la Clinique pour se faire traiter d'une affection du doigt médium de la main droite. Il raconte que cette maladie s'est déjà produite deux fois; ce doigt est devenu gros et douloureux, puis ces accidents se sont dissipés graduellement, et finalement il a pu reprendre ses travaux; une rechute eut lieu, suivie d'une guérison apparente, comme la première fois; enfin, après la deuxième récurrence, voici l'état que présente cet homme. Le médium de la main droite est plus volumineux qu'il ne devrait l'être. Il a environ 1 centimètre de plus que son congénère du côté opposé. Cette augmentation de volume porte principalement sur la première phalange, un peu moins sur la seconde, elle est à peu près nulle sur la troisième. Les téguments, légèrement tendus, ont conservé leur aspect normal, ils offrent seulement une teinte violacée. Les mouvements sont peu gênés, la pression est faiblement douloureuse, mais il survient à divers instants de la journée et quelquefois pendant la nuit des douleurs spontanées. » Un fait analogue est en outre signalé par ce même chirurgien.

Deux malades observés par Lücke présentaient, l'un un gonflement diffus, uniforme, indolent, de toutes les phalanges des petits doigts et de quelques-uns des orteils, l'autre l'augmentation de volume des phalanges du premier orteil droit et du second orteil gauche; les parties molles des doigts étaient épaissies, la peau qui les recouvrait était tendue et résistante, les articulations étaient crépitantes, les mouvements gênés et non douloureux. Trois autres faits assez semblables ont été vus par Bergh, Mc. Cready et H. Taylor. Réunissant ces différents cas, ce dernier a donné une histoire détaillée de la dactylite syphilitique, qu'il divise en deux variétés. Dans la première variété l'altération occupe le tissu conjonctif sous-cutané et les tissus fibreux des articulations; dans la seconde, le processus morbide, prenant son point de départ dans le périoste et dans les os, envahit secondairement les jointures. Ces altérations affectent un ou plusieurs des doigts ou orteils; la peau, à leur niveau, est distendue, quelquefois adhérente aux parties sous-jacentes, ses plis sont effacés, sa couleur varie du rouge marbré au rouge sombre, et, lorsqu'elle devient tuméfiée et sensible, c'est toujours d'une façon passagère. On n'a pas jusqu'ici observé d'altération concomitante des ongles. Généralement mieux circonscrite que la dactylite sous-cutanée, la dactylite sous-périostique peut produire un gonflement analogue à celui que détermine le spina-bifida. Cette tuméfaction arrondie existait dans le cas de

Bergh, où tout portait à diagnostiquer une ostéo-myélite gommeuse. Effectivement, la paroi osseuse, amincie, donna issue en dernier lieu à un liquide clair et visqueux, et un stylet introduit dans la plaie conduisait dans une cavité sans rencontrer de portion d'os nécrosée et sans déterminer de douleur. Après la guérison, la phalange altérée se trouvait notablement raccourcie. Semblable résultat se rencontrait dans le cas de Mc Cready par suite de la résorption d'une grande partie de la phalange, résorption dont le mécanisme était sans doute analogue à celui que nous avons vu produire la disparition des os crâniens. Ces faits nous montrent que la dactylite syphilitique peut produire un raccourcissement plus ou moins considérable des doigts et des orteils; ajoutons que la difformité qui en résulte est relativement peu marquée.

L'absence de douleur, une évolution lente et une durée toujours longue en dehors de l'intervention d'un traitement spécifique, tel est l'ensemble des caractères généraux qui permettent de reconnaître la dactylite syphilitique et de la distinguer des affections susceptibles de la simuler, comme un accès de goutte, un panaris ordinaire, etc. Le rhumatisme chronique ne prêterait pas davantage à la confusion: limité aux articulations des doigts, il les atteint pour la plupart, respectant la peau et produisant une déformation dont la tendance est de déjecter les doigts vers le bord cubital de la main et de fixer les organes dans diverses positions de flexion et d'extension. L'enchondrome des doigts, tumeur dure, circonscrite, saillante le plus souvent à la face palmaire, pourrait être confondue avec la dactylite sous-périostique; mais son accroissement progressif, sa dureté, ses bosselures aideront à le reconnaître tôt ou tard. Les affections scrofuleuses des phalanges se distingueront par les trajets fistuleux auxquels elles donnent bientôt naissance et par la concomitance d'accidents strumeux en d'autres points du corps.

Le pronostic de la dactylite syphilitique n'est sérieux qu'autant que cette affection est méconnue. C'est alors que peuvent se produire des déformations capables de gêner la fonction des doigts; mais chose plus grave serait une opération pratiquée sans nécessité.

ARTICLE III. — APPAREIL GÉNITO-URINAIRE.

Nous avons fait connaître les localisations primitives et secondaires de la syphilis sur les organes génitaux. Il nous reste à étudier les altérations tertiaires de ces mêmes organes chez l'homme et chez la femme, et celles de l'appareil urinaire.

§ 1. — Orchite syphilitique.

BIBLIOGRAPHIE. — ASTRUC, *Traité des maladies vénériennes*, trad. franç. de LOUIS, 1777. — BENJ. BELL, *Traité de la gonorrhée virulente*, etc., trad. franç. de BOSQUILLON, Paris, 1802, t. II, 490. — DUPUYTREN, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. I, Paris, 1832. — AST. COOPER, *Diseases of the testis*. London, 1835, p. 135, et *Œuvres chirurgicales*, trad. française par RICHELLOT et CHASSAIGNAC, Paris, 1837. — HUNTER, *Œuvres complètes*, traduct. française, p. 580. Paris, 1841. — HAMILTON, *Essay on syphilitic Sarcocoele*. Dublin, 1840. — PH. BOYER, *Testicule syphilitique* (*Gaz. méd.*, 1840, p. 754). — VELPEAU, *Dictionnaire en 30 volumes*. — RICORD, *Clinique icono-*