

du mollet droit, puis sur les veines sous-cutanées de l'avant-bras droit, puis sur plusieurs veines sous-cutanées de la cuisse droite. — Une femme, citée par Breda, présenta dans le même temps, sans parler de diverses manifestations secondaires, des phlébites multiples portant sur la saphène interne gauche, la basilique, la céphalique et la médiane du même côté. — Je viens d'observer un fait exactement semblable. — Il y a plus même. Ainsi, dans un cas qui a été relaté par le Dr Mendel, toutes les veines superficielles des membres (réserves faites pour celles des mains et des pieds) se trouvèrent prises à un moment donné et converties en autant de cordons rigides.

Enfin, comme étendue et importance de lésions, trois ordres de cas possibles : cas où la phlébite se restreint à un court segment d'une veine (quelques centimètres); — cas, plus usuels, où elle affecte un segment vasculaire plus considérable, tel que la portion jambière ou la portion crurale de la saphène interne; — cas, exceptionnels, où elle intéresse, comme sur un malade de Charvot et sur l'un des miens, toute la saphène interne depuis la malléole jusqu'à la région crurale supérieure.

Étiologie. — Généralement nulle, en ce sens que la phlébite se produit sans le moindre appel, sans la moindre provocation, par exemple sur des malades hospitalisés, gardant un repos au moins relatif, en tout cas non soumis à la moindre fatigue.

Quelquefois, cependant, on l'a vue succéder à du surmenage physique, des efforts, des fatigues, etc. — Dans un cas elle a coïncidé avec des manifestations de rhumatisme syphilitique.

Notablement plus commune chez l'homme que chez la femme.

Symptômes. — Rien de spécial. — Les symptômes sont ceux d'une phlébite de modalité subaiguë ou même, disons mieux, de modalité initialement subaiguë, mais tournant presque aussitôt à une modalité froide, aphlegmasique, où l'affection ne consiste plus qu'en une induration plastique des cordons veineux. — Quelquefois la maladie affecte cette modalité froide dès son début et la conserve pendant toute sa durée.

Sommairement, ce qu'on observe est ceci :

1° Début toujours brusque, inattendu; — s'annonçant par une douleur plus ou moins vive et nettement circonscrite; — douleur spontanée, s'exaspérant surtout par les mouvements et la pression.

2° Au niveau du point douloureux, empatement phlegmasique, avec ou sans suffusion rosée des téguments; — empatement et suffusion de forme généralement allongée, parfois même s'étendant en longues, minces et fines traînées.

3° Perception possible en ce même point (surtout alors qu'après quelques jours les symptômes de congestion locale commencent à s'affaïsser) d'un cordon cylindroïde, allongé, dur, parfois renflé sur

certain points et moniliforme, cordon comparable, suivant sa grosseur, soit au petit doigt, soit à un tuyau de pipe, soit même (pour les petites veines) à une plume de corbeau. — Ce cordon offre ceci de spécial qu'il suit anatomiquement le trajet connu d'une veine; c'est donc une veine, bien certainement, qui le constitue. Parfois même la démonstration peut en être acquise par ce fait qu'une compression exercée sur le membre à sa racine gonfle ce cordon à la façon d'une veine; mais il faut, pour que cette expérience réussisse, que la veine soit restée à moitié perméable, ce qui d'ailleurs n'est pas très rare, assure-t-on.

Ce cordon dur répond au segment de veine affecté. C'est dire qu'il a une étendue très variable suivant les cas : tantôt se limitant à quelques centimètres, tantôt mesurant la longueur d'un segment de membre, et tantôt enfin (mais ceci n'est plus qu'exceptionnel) correspondant à presque toute la longueur du membre.

Il est généralement continu et uniforme, à cela près de quelques petits renflements partiels en forme de grains de chapelet. — D'autres fois il est interrompu et se présente « en tronçons », comme si (particularité singulière, mais authentique) un département de la veine était resté sain entre deux segments affectés.

Lorsque ce cordon s'accroît comme étendue, la propagation phlébitique se fait habituellement dans le sens centripète, plus rarement dans le sens centrifuge. Ainsi, au niveau de la saphène, la phlébite remonte du genou vers la racine du membre plus fréquemment qu'elle ne descend de la cuisse vers la jambe. — Cette propagation est quelquefois très rapide. Exemple : dans un cas de Gayraud, toute la saphène crurale se trouva intéressée en l'espace de quarante-huit heures.

4° *OEdème*; — proportionnel à l'importance de la veine thrombosée; — presque toujours minime et limité à l'extrémité des membres (région malléolaire, par exemple); — parfois plus intense. — On l'a même vu « considérable », comme dans un cas de phlébite des veines du bras relaté par le Dr Mauriac.

5° *Troubles fonctionnels* variés : gêne et limitation des mouvements du membre. — Dans les phlébites du membre inférieur, marche difficile, douloureuse, impossible même; fourmillements, engourdissement, etc.

6° *Troubles généraux.* — En général légers et surtout peu durables. — Au début, fièvre moyenne, avec le cortège de troubles sympathiques qui accompagnent toute fièvre. Mais, très rapidement, cette réaction tombe; il est rare qu'elle excède deux à trois jours.

Parfois même, mais seulement dans les cas légers et de modalité relativement froide, absence de troubles généraux.

Évolution, durée. — L'évolution est ce qu'il y a de plus spécial

(je serais presque tenté de dire de plus caractéristique) dans toute l'histoire de la phlébite secondaire. L'affection, en effet, débute brusquement avec une modalité subinflammatoire; puis, très rapidement, elle tourne court pour verser dans une modalité froide où elle ne consiste plus qu'en une induration plastique de la paroi vasculaire. Peu de phlébites évoluent sous cette forme.

De ces deux étapes successives, l'une est très courte et n'excède guère deux à trois jours; — tandis que l'autre est infiniment plus prolongée. Ainsi, même dans les cas les plus légers, la résolution ne demande pas moins de quinze jours à trois semaines pour s'accomplir, c'est-à-dire pour que la veine indurée reprenne sa souplesse normale. Bien plus usuellement, elle exige six semaines à deux mois, voire davantage. Il est exceptionnel toutefois qu'elle réclame un temps notablement plus long, comme dans un cas de M. Mauriac où, après trois invasions phlébitiques, la guérison ne se fit pas attendre moins de six mois.

Des *récidives*, en effet, s'observent quelquefois, comme le démontrent ce dernier cas et quelques autres analogues. L'une de mes observations personnelles est un type du genre et mérite, à ce point de vue, d'être citée :

Syphilis en mai. — Vers la fin de juin, première invasion de symptômes phlébitiques sur la saphène gauche.

En juillet, syphilide ulcéreuse superficielle. — Seconde invasion phlébitique, se faisant sur la saphène interne droite, sur la médiane basilique et la médiane céphalique du côté gauche et sur la céphalique droite. — Traitement mixte; guérison presque complète en septembre.

En octobre, à la suite de fatigues physiques (le malade, garçon de magasin, frottait et cirait le parquet), troisième invasion phlébitique, celle-ci plus intense et plus généralisée, affectant toutes les veines superficielles des quatre membres, à la réserve de celles des mains et des pieds. — Nouveau traitement; — guérison vers la fin de novembre.

Pronostic. — Favorable. — Jusqu'à ce jour tous les cas se sont terminés par résolution et par résolution complète, sans complications, sans accidents. On n'a pas encore, notamment, observé d'embolie, éventualité qui constitue, comme chacun le sait, le danger capital des phlébites.

Diagnostic. — Facile; car il ressort nettement de la qualité des symptômes observés (douleur circonscrite, empatement allongé, œdème, et surtout perception presque toujours possible d'un cordon dur, moniliforme, suivant le trajet connu d'une veine).

Quant à la nature *spécifique* de la phlébite, elle ressort : 1° des conditions toutes spéciales dans lesquelles l'affection s'est produite, c'est-à-dire sur un sujet syphilitique et généralement affecté dans le même temps d'accidents syphilitiques secondaires; — 2° de

la modalité particulière de cette phlébite qui, après avoir débuté à la façon d'une phlébite inflammatoire, a dégénéré presque immédiatement en une simple induration plastique de la veine; — 3° enfin, de l'exclusion d'autres causes (traumatisme, rhumatisme, tuberculose, infections diverses) susceptibles de déterminer une phlegmasie ou une thrombose veineuse.

Longtemps la phlébite secondaire a été prise pour une simple lymphangite, et cela surtout parce que, théoriquement, on n'admettait pas la possibilité d'une localisation spécifique sur les veines, surtout au cours de la période secondaire. Cette confusion ne serait plus pardonnable de nos jours, et elle sera facilement évitée de par les considérations suivantes :

I. — La lymphangite a pour aboutissant un ou plusieurs ganglions engorgés. — La phlébite a pour point de départ et pour aboutissant un cordon veineux.

II. — Localisation anatomique de la phlébite quelquefois très précise, comme lorsqu'elle siège sur des veines de trajet connu et peu variable (saphène interne, médiane basilique, médiane céphalique, etc.)

III. — Intégrité bien manifeste du système veineux dans les cas de lymphangite.

IV. — Quelquefois, alors que la veine affectée est restée partiellement perméable, épreuve probante d'une compression exercée à la racine du membre, compression ayant pour résultat de déterminer une turgescence du cordon veineux. — Etc.

Anatomie pathologique. — Encore ignorée. — A ma connaissance, une seule biopsie (forcément incomplète et insuffisante comme résultats) a été pratiquée jusqu'ici. Elle a fourni les quelques données suivantes :

Oblitération complète du vaisseau dans le segment réséqué. — Adhérences pariétales au moins partielles avec le caillot central, constituées par le prolongement des cellules plates de la tunique interne, qui se dévient obliquement vers la lumière de la veine en constituant un tissu dense. — Congestion très intense de la tunique externe au niveau des adhérences. — Intégrité de la tunique moyenne, qui reste exempte d'altérations appréciables. — Au contraire, tuméfaction très accentuée de la tunique interne, qui présente une épaisseur quadruple et même quintuple de la normale. — Cet épaissement est constitué par une prolifération surabondante des cellules, qui ont perdu en ces points leur aspect plat et leur disposition parallèle. — Au total, donc, lésions de phlébite, mais rien de spécial et rien autre que des altérations banales, comme on en constate dans une veine obstruée par un caillot (1).

Traitement. — Il consistera très simplement en ceci :

(1) MENDEL, Mémoire précité.

Repos. — Repos au lit, voire prolongé, alors que la phlébite occupe les membres inférieurs.

Dans les premiers temps, cataplasmes émollients; — bains.

Oncions mercurielles sur le trajet de la veine.

Traitement mixte.

III

SYSTÈME DIGESTIF ET ANNEXES.

Le système digestif est sujet, au cours de la période secondaire, à des troubles nombreux et très variés de forme, quelques-uns même étranges, presque extraordinaires.

En tête de ce chapitre, je spécifierai tout d'abord que la plupart des manifestations qui vont y figurer sont infiniment plus communes chez la femme que chez l'homme. Et j'ajouterai aussi que, dans le sexe féminin, elles ne sont guère l'apanage que de certaines femmes nerveuses ou nerveusement éprouvées par la syphilis. — A noter encore qu'elles ne sont pas en relation obligatoire avec l'intensité même de l'infection. Ainsi, certaines femmes affectées de syphilis plus ou moins sérieuses, voire presque graves originairement quant à leurs symptômes extérieurs, sont relativement épargnées quant à leurs fonctions digestives et doivent à ce privilège de résister à la maladie; tandis que d'autres, coïncidemment avec des symptômes d'allure bénigne, sont sévèrement éprouvées dans ces mêmes fonctions, ce qui ne manque guère d'imprimer à leur syphilis un certain degré de gravité, et je dirai même, sans exagération pour quelques cas, de malignité particulière.

I. — Je signalerai d'abord dans ce groupe les **troubles dyspeptiques et gastralgiques**.

Ces troubles sont communs au cours de l'étape secondaire, et cela chez la femme spécialement. Ils se caractérisent par les symptômes usuels de ces deux névroses stomacales, sans rien présenter de particulier.

Quelle pathogénie assigner à cet ordre de manifestations? Procèdent-elles directement de la syphilis? Cela ne serait pas impossible pour certains cas où on les voit apparaître pour la première fois au cours de la période secondaire et disparaître au delà. Ou bien ne font-elles que dériver *indirectement* de la diathèse, comme conséquences de l'état de débilitation, d'anémie, d'asthénie fonctionnelle, qui résulte de l'infection générale? Cette dernière interprétation paraît plus vraisemblable. — Ne pas oublier aussi la part que peuvent prendre à la genèse de ces névroses les diverses médications mises en œuvre contre la maladie.

II. — Beaucoup moins commune, mais non récusable cependant, est une névrose intestinale qu'on a qualifiée du nom d'**entéralgie secondaire**. — Celle-ci se caractérise par des douleurs abdominales plus ou moins vives, produisant la sensation de « coliques », s'exagérant par crises intermittentes et irrégulières, s'accompagnant même quelquefois de vomiturations.

Que sont de telles douleurs et sur quel organe les localiser? — D'une part, une étude attentive les montre indépendantes de toute cause accidentelle, telle qu'indigestion, écart de régime, refroidissement, etc. D'autre part, le palper abdominal et, au besoin, le toucher vaginal excluent toute affection de l'utérus ou de ses annexes. Impossible de supposer une phlegmasie péritonéale, non plus qu'une myosalgie des muscles abdominaux, non plus qu'une névralgie lombéo-abdominale. De sorte que, par voie d'élimination, on est conduit à localiser ces douleurs dans l'intestin et à en faire l'expression d'une névrose douloureuse de cet organe.

Cette entéralgie secondaire est variable et mobile à l'instar des névralgies de tout genre et plus spécialement des viscéralgies. Chez la plupart de mes malades, je l'ai vue sujette à des oscillations inexplicables, à des sédations et à des recrudescences alternantes, comme aussi à des récives imprévues. C'est dire qu'elle n'a rien de fixe comme durée. Presque éphémère chez telles femmes, elle est plus prolongée chez telles autres, qu'elle peut affliger pendant plusieurs septénaires d'une façon intermittente ou continue.

Ajoutons que parfois encore elle s'associe à des troubles de même ordre affectant l'estomac, pour constituer une véritable *gastro-entéralgie*.

De même que les névralgies ou les viscéralgies spécifiques, elle est réfractaire en général aux narcotiques communs (opium, belladone, etc.), qui ne paraissent exercer sur elle qu'une sédation artificielle et passagère. En revanche, la médication antisiphilitique, aidée au besoin de quelques révulsifs abdominaux, la soulage et la dissipe assez rapidement.

III. — Plus rarement ces douleurs abdominales *semblent* être symptomatiques d'une véritable **entérite**. C'est qu'alors en effet il s'y adjoint divers phénomènes qui témoignent d'une excitation phlegmasique de la muqueuse intestinale, à savoir: diarrhée plus ou moins abondante et plus ou moins persistante (de quelques jours à deux ou trois semaines), excréments glaireux, parfois même légèrement striés de sang, sensibilité inflammatoire de l'abdomen, vomiturations, etc.

Il faut convenir cependant que, si elle existe, cette entérite syphilitique *secondaire* est loin encore d'être démontrée, à l'inverse de l'entérite syphilitique tertiaire dont l'existence repose sur des témoi-

gnages anatomiques indiscutables. Théoriquement, on ne s'est pas fait faute de l'admettre. « Il doit exister, a-t-on dit, un énanthème secondaire analogue aux exanthèmes secondaires; il doit exister un catarrhe des voies digestives et biliaires constituant, comme pendant aux dermatopathies, de véritables *syphilides intestinales*. » D'autres ont émis l'hypothèse d'une diarrhée symptomatique de la réaction du virus sur les organes lymphoïdes de l'intestin. » Il n'est pas douteux pour nous, dit le D^r Jullien, que ce symptôme ne doive être rattaché, dans un grand nombre de cas, à l'influence du virus sur les follicules clos de la muqueuse intestinale, lesquels ne sont en définitive que de petits ganglions lymphatiques. Chez un homme de cinquante et un ans qui succomba dans le cours d'une syphilide maculeuse, Oser (de Cracovie) a constaté le long de l'intestin grêle, depuis le jéjunum jusqu'à la valvule iléo-cæcale, de nombreuses ulcérations répondant aux plaques de Peyer. Au niveau de ces ulcérations, le péritoine était recouvert de nodules gris blanc, manifestement en rapport avec les vaisseaux lymphatiques dilatés. Peut-être aussi faudrait-il voir dans ce trouble des fonctions intestinales un effet de l'adénopathie mésentérique et rétro-péritonéale qui doit exister fréquemment au début de l'infection. »

Rien de mieux, théoriquement. Mais tout cela est bien hypothétique. D'une part, cliniquement, les observations sont encore insuffisantes pour établir d'une façon irréfutable l'existence d'une entérite secondaire. Des diarrhées avec coliques au cours de la période secondaire, cela se rencontre à tout instant, mais il est bien difficile de déterminer si ces diarrhées relèvent de la syphilis et non d'autres causes incidentes (écarts de régime, refroidissements, influences médicamenteuses et, tout spécialement, *hydrargyrie intestinale*, etc.).

Et, d'autre part, anatomiquement, quelques faits d'*ulcérations intestinales* qui ont été publiés ces derniers temps semblent ressortir bien moins à la syphilis secondaire qu'à une étape plus avancée de la maladie.

La question reste donc à l'étude.

Toujours est-il que je dois donner place ici à une observation très curieuse et très instructive, due à MM. Hayem et Tissier (1), observation qui présente pour nous un double intérêt, comme on va le voir.

(Sommaire.) — Une femme de trente-deux ans est apportée à l'hôpital dans un état de stupeur adynamique. Elle présente tous les signes d'une dothiénentérie (inutiles à reproduire ici), notamment une diarrhée abondante. On remarque cependant l'absence de divers symptômes, tels que taches rosées, épistaxis, tuméfaction de la rate et phénomènes thoraciques. — En outre, on relève sur elle (sans parler d'une hémiplegie survenue l'année précédente et guérie en deux mois) des témoignages incontestables de syphilis, à savoir :

(1) HAYEM et TISSIER, *De la Syphilis de l'intestin* (Revue de médecine, t. IX, avril 1889).

syphilides papulo-squameuses en placards, de couleur rouge brun avec reflets cuivrés, sur le thorax, le ventre, le dos et les cuisses; — adénopathies inguinales légères; — et syphilides papulo-hypertrophiques au niveau de l'anus. — Traitement par frictions mercurielles et injections de peptonate de mercure. — Très rapidement, l'état s'aggrave: délire, céphalalgie, somnolence; puis refroidissement, cyanose, et mort.

L'autopsie révèle comme seules lésions: dans le cæcum, plusieurs *ulcérations* de dimensions différentes, dont la plus grande mesure 15 millimètres verticalement sur 5 millimètres de largeur; ulcérations circulaires ou ovales, entourées d'une aréole rouge, à bords offrant une induration notable, à fond blanchâtre et rempli d'une matière puriforme; — dans le côlon ascendant, deux érosions assez longues, mais étroites; — dans le côlon transverse, deux ulcérations peu profondes, à peu près circulaires, à bords indurés, etc.

Or, d'une longue et savante discussion, à la fois clinique et histologique, MM. Hayem et Tissier aboutissent à conclure :

1° Que, dans ce cas, les ulcérations de l'intestin ne peuvent certainement être imputées ni à la tuberculose, ni à la fièvre typhoïde, ni à la dysenterie, ni à la leucémie, etc.; — et que, par exclusion, étant donnée de plus la coexistence de lésions cutanées de nature incontestablement syphilitique, elles doivent rationnellement être rapportées à la syphilis.

2° Que les symptômes typhoïdiques présentés par la malade ont sûrement dérivé des lésions ulcéreuses de l'intestin, et que, conséquemment, « à côté de la typhose syphilitique *essentielle* de Fournier, *il existe une typhose syphilitique symptomatique de lésions ulcéreuses de l'intestin*, typhose appartenant à un stade plus éloigné de l'accident initial, typhose dont le pronostic est aussi plus sombre, puisque la mort peut en être le dénouement (1) ».

Il semblerait donc résulter ceci de l'observation qu'on vient de lire :

1° Que la syphilis serait capable, même à une époque où elle se traduit encore par des manifestations d'ordre secondaire, de déterminer une *entérite ulcéreuse*;

(1) Cette conclusion est également reproduite par M. le D^r GALLIARD dans son intéressante étude sur les *Entéropathies syphilitiques* (Presse médicale, 23 janvier 1897).

Je n'ajouterai qu'une remarque à ce qui précède.

Bien que présentant à la peau et à l'anus des manifestations d'ordre secondaire, la malade de MM. Hayem et Tissier avait été déjà touchée par le tertiariisme, puisque, l'année précédente, elle avait été affectée d'une hémiplegie supposée syphilitique. Ce cas serait donc mal choisi en tant que preuve à l'appui de l'entérite syphilitique *secondaire*. — La question, au surplus, est de médiocre importance; car, ainsi que je l'ai dit et répété tant de fois, où se trouve en clinique la frontière délimitative entre la syphilis secondaire et la syphilis tertiaire? L'essentiel est de savoir qu'il y a une *entérite spécifique*. Et le point nouveau qui doit s'imposer actuellement à nos recherches, de par la très intéressante observation de MM. Hayem et Tissier, est de déterminer si cette entérite peut ou non servir d'explication à ces curieux *états typhoïdes* qui ne laissent pas de se produire sur nos malades avec quelque fréquence.

Et 2^o que cette entérite, à son tour, pourrait s'accuser par un ensemble de phénomènes typhoïdiques constituant une *typhose secondaire*.

C'est là, à ce double point de vue, un fait d'importance majeure, sur lequel notre attention doit se diriger actuellement.

IV. — Enfin, un autre phénomène assurément exceptionnel, mais digne de mention, consiste en de véritables **crises de vomissements** qui, associées ou non à tel ou tel des symptômes précédents, se répètent quelquefois pendant un temps plus ou moins long, à l'instar, par exemple, des vomissements qui signalent le début d'une grossesse.

On voit de la sorte certaines femmes syphilitiques — celles surtout chez qui la syphilis se traduit par des phénomènes de langueur, de dépression, d'adynamie fonctionnelle — être prises tout à coup et sans cause appréciable d'une véritable *intolérance gastrique*. Elles se mettent à vomir, voire à vomir tout ce qu'elles prennent; elles rejettent même les aliments les plus légers, les boissons, le lait, etc. Il semble que l'estomac, frappé d'atonie, soit devenu incapable de rien digérer.

Cette *impuissance digestive*, cette sorte d'*asthénie gastrique* résiste en général assez opiniâtrément aux médications les plus rationnelles. Elle ne persiste jamais moins de plusieurs semaines.

V. — Mais beaucoup plus communs et surtout plus curieux sont les troubles qui peuvent intéresser l'*appétit* au cours de la période secondaire.

Ceux-ci sont variés, voire susceptibles de types absolument contraires. Tantôt, en effet, la syphilis diminue ou même éteint l'appétit; — et tantôt, inversement, elle l'exagère d'une façon morbide, jusqu'à constituer une véritable boulimie.

En tout cas, ces troubles peuvent se ranger, pour les besoins d'une description méthodique, sous les trois chefs suivants :

- 1^o Diminution de l'appétit;
- 2^o Anorexie hystérisforme;
- 3^o Boulimie secondaire.

1^o **Diminution de l'appétit.** — Le premier type est infiniment le plus commun, et pour cause. La syphilis secondaire, en effet, comporte une foule de manifestations susceptibles de réagir à divers titres sur l'appétit et de le diminuer: poussées éruptives, fièvre spécifique ou fièvre symptomatique, phénomènes douloureux de tout ordre, accidents nerveux, insomnie, débilitation générale, chloro-anémie, etc., etc.; sans parler des influences d'ordre moral.

D'autre part, en dehors de cette anorexie symptomatique, il se

produit assez souvent, au cours de la période secondaire, une anorexie en quelque sorte essentielle, propre, je dirais volontiers *infectieuse*, qui ne semble explicable par aucune des manifestations précédentes.

En tout cas, il n'est pas rare, chez la femme jeune notamment, comme aussi chez les sujets lymphatiques ou nerveux, que l'appétit subisse une dépression notable dès l'invasion ou dans les premiers temps de la période secondaire. C'est ainsi que nombre de femmes témoignent à ce moment d'une inappétence insolite qui les étonne elles-mêmes. « Elles n'ont plus faim, disent-elles; elles ont perdu le goût du manger. » Leur langue néanmoins — contraste curieux — n'est pas saburrale; elle reste nette, humide; tout au plus devient-elle parfois légèrement grisâtre.

Cet alanguissement de l'appétit persiste plus ou moins longtemps, quelques septénaires en moyenne; après quoi l'état normal se rétablit. — Parfois encore, il se reproduit une ou plusieurs fois, à échéances variées.

2^o **Anorexie hystérisforme secondaire.** — Infiniment plus rare et presque exceptionnel, ce second type reproduit exactement ce que l'on a décrit sur le nom d'anorexie hystérique. Je pourrais presque en dire: C'est l'anorexie hystérique se développant sous l'influence de la syphilis.

C'est ainsi qu'on voit parfois certaines femmes (celles notamment chez lesquelles la diathèse se traduit par une asthénie singulière de tous les systèmes) perdre l'appétit d'une façon en quelque sorte radicale. Elles en arrivent, pour un temps, à ne plus sentir l'aiguillon de la faim. Elles ne peuvent plus rien manger; à les en croire, elles vivraient de rien. L'appétit n'est pas seulement anéanti chez ces malades, il a fait place à une véritable *répugnance pour les aliments*. Vainement celles qui sont dans l'aisance essaient-elles de divers artifices culinaires propres à réveiller le sentiment de la faim; tout les dégoûte. La nourriture « leur fait horreur », disent-elles, et les heures des repas leur « deviennent un supplice ».

Je me rappelle, entre autres observations de ce genre, le cas d'une jeune malade à laquelle je donnais mes soins ces dernières années et qui, pendant quelques semaines, m'inspira de réelles alarmes. C'était, il faut le dire, une de ces femmes de boudoir qui ne vivent que pour la toilette et le bal, qui ne se lèvent jamais avant l'après-midi ou presque le soir, et pour lesquelles la marche et le soleil sont choses à peu près inconnues. Affectée d'une syphilis assez grave et prodigieusement féconde en accidents nerveux, elle perdit le peu d'appétit qu'elle avait d'habitude, et le perdit si bien que, pendant plus de six semaines, elle ne put tolérer un atome de pain ou de viande. Elle se nourrissait d'un biscuit par jour, d'un fruit, de bonbons, de quelques