

siste dans l'inflammation que fait éprouver à l'anus et à la partie inférieure du rectum le contact de la matière blennorrhagique qui s'écoule sans cesse par la vulve. La femme peut être atteinte de même que l'homme, mais un peu plus rarement que lui, d'ophtalmie, d'arthrite, de bubons : ces derniers ne surviennent guère que dans les cas où l'urèthre est affecté (Ricord). Enfin, les ovaires paraissent quelquefois s'enflammer, comme le font chez l'homme les testicules. MM. Ricord, Baumès et Vidal en ont vu des exemples; toutefois cette complication, comme nous l'avons déjà dit (voyez l'article *Ovarite*, t. 1^{er}), nous paraît fort rare.

La blennorrhagie chez la femme a une grande tendance à passer à la chronicité; la guérison a rarement lieu spontanément. A l'état chronique, la maladie se confond avec les différentes espèces de leucorrhées. Chez quelques femmes ces vaginites chroniques peuvent être le point départ de divers accidents sympathiques, comme palpitations, dyspnée, gastralgie, diarrhée, et d'autres troubles qui cessent aussitôt que, par la cautérisation avec l'azotate d'argent, on a modifié la partie malade. C'est un point de pratique sur lequel Récamier a insisté avec raison.

Diagnostic. — Tout le monde convient qu'il n'existe aucun signe pour distinguer la blennorrhagie des autres écoulements vaginaux; l'étude des symptômes en particulier et l'exploration des organes génitaux ne peuvent pas même fournir quelque présomption, et aujourd'hui encore nous sommes contraints d'avouer, avec Hunter, que les circonstances qui ont précédé l'écoulement, et notamment la cohabitation avec un homme suspect, peuvent seules nous éclairer sur sa nature. Ajoutons encore qu'une femme ne devra pas être accusée de porter une blennorrhagie par cela seul qu'elle aura donné un écoulement à l'homme qui a eu des relations avec elle; car nous avons vu qu'une vaginite simple, une leucorrhée non virulente, pouvaient probablement avoir cet effet. D'autre part, il est certain qu'un grand nombre de femmes sujettes toute leur vie aux fleurs blanches peuvent être infectées de blennorrhagies sans s'en douter; elles peuvent alors *très-innocemment* communiquer la maladie à leurs amants, et offrir elles-mêmes plus tard des symptômes de syphilis constitutionnelle. Disons enfin, pour terminer, qu'une blennorrhagie contractée par un homme en cohabitant avec une femme n'est pas une *preuve absolue* que celle-ci soit infectée; car on a vu quelquefois une femme saine ne rien gagner en ayant des rapports avec un homme malade, tandis qu'un individu bien portant qui cohabitait avec elle peu de temps après était infecté par la matière blennorrhagique ou par le pus chancreux que le premier avait déposé dans le vagin.

Pronostic. — La blennorrhagie, quoique plus rebelle chez la femme que chez l'homme, est cependant moins grave que chez ce dernier, car elle n'entraîne pas avec elle toute les complications qu'elle produit si souvent chez l'homme. La blennorrhagie est une maladie fâcheuse chez la femme qui est sur le point d'accoucher; car le fœtus peut s'infecter en traversant le vagin; il est beaucoup d'ophtalmies purulentes développées peu après la naissance, qui ne sont autre chose que des ophtalmies blennorrhagiques produites par l'application sur l'œil du muco-pus de la mère.

Traitement. — Il est rare qu'on puisse faire avorter la blennorrhagie de la femme comme on le fait pour celle de l'homme. La blennorrhagie vulvaire est la plus facile à guérir; elle sera traitée comme celle du gland, c'est-à-dire qu'on cautérise les surfaces malades avec un crayon de nitrate d'argent, puis on les recouvre d'un linge fin. Si la phlegmasie occupe le vagin ou le col uté-

rin, on met les parties à découvert à l'aide du spéculum, puis on les cautérise d'arrière en avant au fur et à mesure qu'on retire l'instrument. Si pourtant l'inflammation était trop vive, on devrait avant tout essayer de la modérer par l'emploi des antiphlogistiques, comme saignée générale, application de sangsues aux aines, bains prolongés, injections émollientes et narcotiques, boissons douces et repos; mais, dès que l'état aigu a cessé, il faut recourir à la cautérisation par le nitrate d'argent : on pourra la répéter une ou plusieurs fois à quelques jours de distance; dans l'intervalle, on fera dans le vagin des injections astringentes avec l'alun, l'acétate de plomb, avec les sulfates de cuivre ou de zinc, etc. Il importe aussi que les parois du vagin soient isolées les unes des autres en interposant entre elles de la charpie fine et sèche, ou bien imbibée des liquides qui servent aux injections. On peut remplacer la cautérisation avec le nitrate d'argent solide par l'injection d'une solution de ce sel, ou bien encore en tamponnant le vagin avec de la charpie imbibée de ce liquide. Lorsque la maladie s'est propagée à l'utérus, les mêmes moyens conviennent, c'est-à-dire que l'on cautérise la surface vaginale et la face interne du col avec un crayon de nitrate d'argent; on a également conseillé de faire dans l'intérieur du corps utérin des injections avec une solution de ce sel (15 centigrammes pour 60 grammes), ou bien avec du nitrate de mercure (8 à 10 gouttes). Mais cette pratique pouvant présenter quelques dangers par suite du passage du liquide à travers les trompes jusque dans le péritoine, nous n'oserions encore la recommander, lors même qu'on userait de toutes les précautions conseillées par Vidal. Disons toutefois que ce regrettable chirurgien et que MM. Baumès et Ricord ont employé les injections utérines un grand nombre de fois avec succès, et n'ont jamais eu à déplorer aucun accident. Le cubèbe, le copahu, sont sans utilité contre la blennorrhagie vaginale de la femme; mais lorsque l'écoulement occupe l'urèthre, ces médicaments agissent de la même manière que chez l'homme.

A l'état tout à fait chronique, les cautérisations sont encore indiquées; mais on aura recours à des injections et à des tamponnements plus toniques et plus astringents : ainsi on emploiera la décoction de tan, additionnée ou non par parties égales d'une solution d'alun, etc.

L'extension de la blennorrhagie à l'anus et au rectum exige les mêmes moyens que la blennorrhagie (émollients, nitrate d'argent, astringents).

Du bubon.

J. Hunter comprend sous le nom de *bubons* tous les abcès formés dans le système absorbant (vaisseaux ou glandes), et qui sont la conséquence de l'absorption du pus vénérien. Cependant il est plus convenable de ne désigner par ce mot que l'engorgement des ganglions lymphatiques.

Suivant la doctrine ancienne, le bubon se déclarerait le plus souvent chez les individus qui ont des chancres, mais il pourrait aussi affecter, quoique plus rarement, les sujets atteints de blennorrhagie; enfin, on a admis encore que dans quelques cas les bubons survenaient primitivement, c'est-à-dire sans être précédés d'aucun phénomène pathologique du côté des organes sexuels; on désigne ces derniers sous les noms de *bubons d'emblée*. Astruc, Swediaur, Bertrandi, Hunter, et parmi les contemporains, Lagneau, Raynaud, Gibert, Vidal, Baumès, de Castelnau, etc., ont admis l'existence des bubons d'emblée; ces deux derniers, notamment, disent avoir pu déterminer un chancre en

inoculant le pus provenant d'un bubon qui était survenu sans aucun accident syphilitique appréciable vers les parties génitales. Ces faits paraissent tout à fait concluants, et cependant ils n'ont pu convaincre M. Ricord, qui nie tout à fait l'existence des bubons de cette espèce, supposant que l'ulcération, qui les a nécessairement précédés quand ils fournissent un pus inoculable, a passé inaperçue. Nous n'oserions être aussi affirmatif que ce célèbre syphiliographe, surtout en présence des noms qui soutiennent une opinion opposée à la sienne; en outre, cliniquement, la formation des bubons d'emblée n'a rien d'impossible ou d'irrationnel. Quoi qu'il en soit, cette divergence doit engager les médecins, en présence d'un engorgement ganglionnaire, à rechercher avec soin les antécédents du sujet et à explorer les parties dont la lésion a pu être le point de départ de l'adénite.

M. Ricord insiste, dans l'étude des bubons vénériens, sur une distinction importante. Ces engorgements sont en effet pour lui, tantôt un produit médiateur, successif de la contagion, tantôt ils sont le résultat de l'infection constitutionnelle.

Les bubons sont plus communs chez l'homme que chez la femme. Chez le premier, on les observe surtout lorsque les chancres occupent le prépuce; les ulcérations qui se développent autour du frein y donnent plus souvent lieu que celles de toute autre région. Chez la femme, ce sont les chancres des environs du méat urinaire qui les déterminent le plus ordinairement (Ricord). On dit que dans les blennorrhagies l'adénite peut occuper indifféremment l'une ou l'autre des régions inguinales; quelquefois celles-ci sont simultanément affectées; mais, si le bubon est la conséquence d'un chancre, il sera presque toujours placé dans l'aîne qui correspond au côté de la verge occupé par l'ulcère vénérien. Cette règle pourtant, comme l'observe Hunter, n'est pas sans exception. Enfin, si le chancre est situé sur le frein ou sur la ligne médiane de la verge, il sera impossible de déterminer quelle sera l'aîne qui sera préférentiellement affectée. Nous ne parlons ici que des bubons inguinaux, parce que les accidents primitifs de la vérole occupent presque toujours les organes génitaux. Cependant, lorsque ceux-ci se développent ailleurs, ils peuvent également être suivis de l'engorgement et de la suppuration des ganglions superficiels auxquels aboutissent les vaisseaux lymphatiques qui arrivent des parties malades: ainsi, dans les chancres de la bouche, on voit les ganglions sous-maxillaires s'affecter, et ceux des régions axillaires se prennent chez les femmes qui portent des ulcérations vénériennes sur les mamelons.

Symptômes. Marche. Terminaisons. — En général, le bubon est annoncé par un sentiment de gêne et de douleur dans l'aîne; la pression y est douloureuse. Quelquefois une trainée de lymphatiques engorgés s'étend des parties génitales jusque dans la région inguinale; on constate alors dans l'aîne une petite tumeur qui paraît occuper plus souvent les ganglions superficiels, et parfois aussi les ganglions profonds. Cette tumeur acquiert bientôt le volume d'une noix, d'un œuf, et même du poing du sujet; sa forme est oblongue, ovoïde ou arrondie; elle occupe le plus communément la partie inférieure et interne du pli de l'aîne; elle suit souvent la marche aiguë du phlegmon, quand elle succède à un chancre mou, qu'il soit simple ou phagédénique; elle tend alors presque fatalement à la suppuration. Si, par contre, l'adénite est symptomatique du chancre induré, on la voit se développer lentement, presque sans douleur, elle peut alors rester pendant longtemps tout à fait stationnaire. D'autres caractères distinguent, d'après M. Ricord, ces deux sortes de bubons. La première espèce, c'est-à-dire celle qui est consécutive au chancre mou, est irrégulière dans son apparition; elle est généralement plus tardive que lorsque

l'engorgement est l'effet du chancre induré; elle ne survient guère, en effet, qu'après le premier septénaire, dans le cours du second, et si c'est plus tard, ce n'est que lorsque le chancre persiste encore à sa période spécifique. Cette adénite n'est pas une conséquence obligée du chancre mou; elle manque même le plus souvent. Le bubon symptomatique du chancre induré est, par contre, plus précoce que le précédent; presque constamment il se déclare dans le premier septénaire. Accident nécessaire, obligé, du chancre induré, il envahit communément, non pas, comme dans le cas précédent, un seul ganglion, mais plusieurs ou plutôt l'ensemble des ganglions de la région affectée. Cependant, dans cette *pléiade* ganglionnaire on trouve toujours un ganglion plus volumineux que les autres. Chose remarquable, il est commun de voir l'ulcération, quoique bornée à une moitié de la verge, provoquer également l'engorgement des ganglions dans les deux régions inguinales, mais pourtant d'une manière prédominante dans l'aîne correspondant à l'ulcération. En général, les ganglions affectés dans le cours d'un chancre induré n'acquièrent pas un grand volume, et, à moins de circonstances spéciales, ils restent indolents, durs, rénitents, donnant, dit M. Ricord, au toucher une sensation aussi analogue que possible à celle de l'induration spécifique du chancre. Cette indolence et leur petit volume les font parfois méconnaître, surtout lorsque les individus qui les portent sont surchargés de graisse. Contrairement aux ganglions de la première espèce, ceux-ci auraient peu de tendance à suppurer; presque toujours ils se résoudraient lentement et plus ou moins longtemps après la cicatrisation du chancre induré qui les a produits. Si par hasard ils suppurent, le pus est simple, phlegmoneux et ne s'inocule pas comme celui des premiers; c'est là un fait curieux qui a été constaté non-seulement par M. Ricord, mais aussi par le docteur Thiry (de Bruxelles).

Il est une circonstance remarquable et utile à ne pas perdre de vue, c'est la persistance de l'engorgement inguinal longtemps après la guérison du chancre, de sorte que cette induration peut mettre sur les traces d'une syphilis constitutionnelle, et indiquer le point par où l'infection s'est faite.

Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur les accidents qu'on observe lorsque l'adénite suppure; disons seulement que la phlegmasie se propageant alors au tissu cellulaire périphérique des ganglions, la tumeur acquiert un volume plus considérable: les douleurs sont vives; la marche est impossible; il y a de la fièvre, des frissons irréguliers. L'abcès formé s'ouvre en dehors, et il est très-commun que le pus spécifique que le foyer fournit, inoculant les lèvres de la plaie, les transforme en chancres: le fond devient grisâtre; il se recouvre d'une couche épaisse; les bords sont durs, taillés à pic, et le pus fourni est inoculable.

On peut voir à la suite de l'adénite suppurée tous les accidents locaux consécutifs des autres abcès, tels que trajets fistuleux, larges décollements de la peau, gangrène de cette membrane, etc.

Chez quelques sujets prédisposés, ou plutôt sous l'influence d'une diathèse strumeuse ou cancéreuse, les bubons suppurés et ouverts finissent parfois par présenter tous les caractères des ulcères scrofuleux ou carcinomateux: les premiers sont toujours difficiles à guérir, les seconds sont probablement toujours incurables.

Diagnostic. — Ce n'est point ici le lieu d'indiquer, à propos des bubons, le diagnostic différentiel des principales tumeurs de l'aîne; mais il importerait de savoir distinguer, dans tous les cas, le caractère des engorgements inguinaux qui surviennent dans le cours des affections vénériennes. Tous, en effet, ne dépendent pas du transport du virus syphilitique dans les ganglions: ainsi quel-

ques-uns semblent naître uniquement par la propagation de l'inflammation, sans qu'il y ait rien de spécifique, tandis que d'autres paraissent n'être que l'effet d'un retentissement sympathique. Ces deux espèces de bubons se terminent rarement par suppuration; si quelquefois ils suppurent, le pus qu'ils fournissent n'est jamais inoculable. Ceux de la première espèce, limitée d'abord à un seul ganglion, suppurent au contraire fréquemment, et deviennent alors plus diffus; leur marche est rapide; leur suppuration est très-abondante eu égard à leur volume : l'abcès est presque toujours unique; leur pus est inoculable. Cependant, comme l'observe M. Ricord, lorsqu'on ouvre un bubon syphilitique, le pus fourni par le foyer n'est pas également inoculable : ainsi on inoculera bien celui qui se sera formé dans le ganglion primitivement engorgé, tandis qu'on n'aura que des résultats négatifs en inoculant le pus fourni par les ganglions et par le tissu cellulaire voisins dont l'inflammation a été toute de continuité ou de contiguïté, mais sans aucun caractère spécifique. En somme, nous croyons, avec M. Ricord, que l'inoculation seule pourrait faire distinguer sûrement le bubon virulent de celui qui ne l'est pas. Mais il importe peu, le plus souvent du moins, de donner au diagnostic cette précision; et en vue des dangers que l'inoculation présente, on devra presque toujours s'abstenir de la pratiquer. L'inoculation n'aurait guère de but utile que dans les cas de bubons d'emblée. Elle seule, en effet, pourrait, en faisant connaître la nature d'un engorgement, éclairer sur le traitement consécutif à suivre.

Pronostic. — Le bubon consécutif au chancre est fâcheux, non-seulement parce qu'il constitue une maladie nouvelle qui apporte ses souffrances et des incommodités, mais aussi parce que, abcédé et ouvert, il présente souvent lui-même les caractères de l'ulcération syphilitique : nous avons dit, en effet, que dans la période de progrès ou d'état du chancre, une inoculation intralymphatique pouvait se faire, et qu'il s'y produisait un véritable chancre fournissant un pus aussi contagieux que celui qui est fourni par un chancre de la peau ou des muqueuses. Un bubon suppuré expose-t-il moins à la syphilis constitutionnelle que celui qui se termine par résolution? C'est ce que M. Baumès prétend. M. Ricord est plus exclusif encore, car il soutient que tout bubon qui suppure spécifiquement, c'est-à-dire qui, consécutif à un chancre simple, fournit un pus inoculable, n'est jamais suivi d'accidents d'infection constitutionnelle, tandis que l'adénite multiple à la suite d'un chancre induré, qui suppure rarement, serait une preuve de plus, et quelquefois la seule preuve, lorsqu'on a pu constater l'induration du chancre, que l'infection constitutionnelle s'est à coup sûr effectuée.

Traitement. — Pour prévenir les bubons, il faut que les malades gardent le repos le plus complet possible, et qu'ils évitent toutes les causes d'excitation. Si, nonobstant ces précautions, un bubon se développe, on a conseillé l'emploi de divers moyens dans le but de le faire avorter. Ces moyens sont : les réfrigérants, la compression, la cautérisation et les mercuriaux.

Les applications de glace ont quelquefois réussi à arrêter le développement du bubon; mais souvent elles ont eu un effet contraire. La compression leur est préférable : elle sera faite à l'aide de bandes et de compresses, mais elle ne sera jamais assez forte pour exciter de la douleur. D'autres auteurs vantent les incisions sous-cutanées, les sétons et la cautérisation avec le fer rouge, ou avec les caustiques potentiels; mais ces moyens sont irrationnels au début de la maladie, et presque toujours impuissants. M. Malapert, et plus tard M. Raynaud, ont préconisé une méthode beaucoup moins barbare. Elle consiste à mettre au centre du bubon un vésicatoire de la grandeur d'une pièce d'un ou de deux francs, puis à appliquer sur la surface du derme dénudé un plumasseau trempé

dans une solution de sublimé (1 gramme 40 centigrammes pour 30 grammes d'eau) : ce plumasseau est laissé deux heures en place, et lorsque l'eschare est bien formée, on le remplace par un cataplasme émollient et laudanisé. L'eschare tombée, on réitère la même application, si la chose est nécessaire. En général, on ne tarderait pas à voir le bubon se résoudre : toutefois M. Ricord n'a pas obtenu par cette méthode les succès que d'autres lui ont attribués : aussi lui préfère-t-il la compression, dont nous avons parlé, et les mercuriaux, lorsqu'il n'existe aucune contre-indication de leur emploi. Depuis Swediaur et Hunter, tout le monde à peu près reconnaît que les frictions faites à la face interne des cuisses ou au voisinage des parties malades sont le meilleur mode d'administration des mercuriaux pour combattre les bubons inguinaux. M. Ricord se loue aussi beaucoup, lorsque les bubons sont indolents et peu inflammatoires, de l'application sur la tumeur même d'un vésicatoire, qu'il panse deux fois par jour avec 2 grammes d'onguent mercuriel double; il recouvre le tout d'un cataplasme de farine de seigle.

Cependant un grand nombre de bubons offrant dès leur début un caractère phlegmoneux, on doit recourir d'abord aux antiphlogistiques; les sangsues, les bains, les cataplasmes émollients jouent le premier rôle. Il importe beaucoup de mettre les sangsues, non sur la tumeur, mais sur un lieu plus ou moins voisin, surtout lorsque le bubon est sur le point de se terminer par suppuration; car, s'il est virulent, il arrive souvent qu'aussitôt ouvert, le pus s'inocule dans les piqûres des sangsues, et les transforme en chancres.

Dès que la suppuration est bien établie, quelques personnes essayent à l'aide de la compression de faire résorber le pus; mais la plupart se hâtent d'évacuer le fluide morbide. Les uns ouvrent le foyer largement; d'autres, à l'exemple de Vidal, font avec un bistouri à lame étroite ou bien avec la lancette plusieurs ponctions maintenues béantes par la charpie, et à travers lesquelles le pus s'écoule lentement. Dans ces derniers temps, un chirurgien des plus distingués de la marine, M. Jules Roux, a proposé (*Archives* de 1846) de ponctionner les abcès dont nous parlons, soit avec un trocart très-effilé, soit avec une sonde cannelée terminée en fer de lance; puis, après avoir vidé le foyer, d'injecter dans son intérieur une solution iodée (eau distillée, 60 grammes; teinture d'iode, 30 grammes). M. Roux affirme que non-seulement sa méthode n'entraîne aucun accident, mais qu'il modifie par elle l'inflammation de telle sorte, qu'en quatorze jours il obtient la cicatrisation des parties. Ces résultats méritent d'être pris en considération. Il y a beaucoup de médecins qui, pour l'ouverture des bubons suppurés, donnent la préférence aux caustiques : les uns emploient la potasse ou la poudre de Vienne; d'autres, en plus grand nombre, préfèrent la cautérisation avec de petits cautères de fer rougis à blanc. MM. Malapert et Raynaud ont aussi préconisé leur méthode par laquelle ils affirment pouvoir produire la résorption du pus ou son issue par une sorte de transpiration.

M. Ricord conseille, lorsqu'on soupçonne la nature virulente du bubon, de l'inciser ou de ponctionner plus tôt que plus tard. Si le foyer est peu étendu, une ponction suffit; s'il est grand et si la peau est épaisse, plusieurs ponctions peuvent être nécessaires; mais s'il y a décollement de la peau, si cette membrane est amincie, il peut être utile de la détruire avec le caustique de Vienne. On pourra avoir alors une cicatrice moins irrégulière que si l'on avait abandonné les ulcérations à elles-mêmes.

Le bubon induré et indolent devra surtout être traité par les vésicatoires et par les mercuriaux en pilules, en frictions, en emplâtres, moyens qu'on remplace

plus tard par la compression. M. Raynaud donne même la préférence à celle-ci; à l'exemple du docteur Henrotay (d'Anvers), il l'exerce avec des briques chaudes, c'est-à-dire avec des briques chauffées jusqu'au point où les malades puissent encore les supporter. On les entoure d'une compresse, on les maintient avec un bandage approprié, et on les renouvelle au bout de quelques heures, car on a reconnu que la chaleur était une condition très-importante pour la réussite.

Dans cette variété du bubon, qui, pour M. Ricord, est symptomatique du chancre induré et constitue un accident constitutionnel, le traitement local sera peu utile, à moins de quelque complication, le traitement mercuriel général étant la condition unique de leur guérison.

Il est pourtant de ces engorgements ganglionnaires qui résistent à tous les traitements rationnels qu'on emploie contre eux; il faut alors rechercher s'ils ne sont pas entretenus par une diathèse, spécialement par la diathèse scrofuleuse. Lorsqu'il en est ainsi, on emploie les pommades résolutive sur la tumeur, et à l'intérieur les amers, les toniques, l'iode et un régime approprié. Ceux qui sont réfractaires à tous les moyens fondants, résolutifs, doivent être enlevés avec l'instrument tranchant, ou détruits avec les caustiques, notamment avec la pâte de Vienne: cependant on n'emploiera ces moyens que dans les cas extrêmes, en raison des cicatrices vicieuses qui en sont le résultat. Il faudra, avant d'y recourir, essayer le traitement vanté dans les cas pareils par M. Baumès: il consiste dans l'emploi de pilules de calomel et de poudre de ciguë (de chaque 2 grammes avec savon médicinal; faire 36 pilules, qu'on donne de 3 à 12 par jour), aidées de frictions et emplâtres fondants.

Je n'ai pas parlé du développement des chancres à la surface des bubons, car le traitement que nous avons conseillé pour les chancres primitifs leur est applicable.

DE LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE (LUES VENEREA)

Le virus syphilitique absorbé, porté dans le torrent circulatoire, et retenu dans l'économie, peut, au bout d'un temps plus ou moins long d'incubation, déterminer différents accidents désignés sous les noms génériques de *syphilis consécutive*, de *vérole confirmée*, ou mieux encore de *syphilis constitutionnelle*. Ces accidents, très-nombreux, se remarquent surtout du côté de la peau et de quelques membranes muqueuses, sur lesquelles se développent des éruptions diverses, des ulcérations et des végétations; du côté du tissu cellulaire, dans lequel naissent des tumeurs multiples; du côté du tissu fibreux, qui se gonfle et suppure parfois; du côté des os, qui deviennent le siège de douleurs et sont atteints d'exostoses, de carie, de nécrose. Enfin, il est des organes vers lesquels le virus syphilitique se porte d'une manière spéciale: ce sont surtout les amygdales, qui se tuméfient et s'ulcèrent; le testicule, qui se gonfle et durcit; l'iris enfin, qui s'enflamme. Il est certain aussi que le virus syphilitique détermine parfois des altérations graves sur plusieurs organes importants, comme les poumons, le foie, le cerveau, les nerfs, etc. C'est ce que nous établissons plus longuement dans un instant. Disons pourtant ici qu'on n'est pas encore bien fixé sur les désordres que le virus vénérien peut produire dans les viscères; c'est là un beau sujet d'étude à poursuivre, mais à peine ébauché aujourd'hui. Il n'existe d'ailleurs aucun signe positivement certain pour reconnaître une manifestation syphilitique viscérale. On s'éclairera surtout par les antécédents des malades, par la concomitance des symptômes caractéristiques à

l'extérieur, et souvent par certaines anomalies dans la marche de l'affection. Dans le doute, il faut prescrire un traitement spécifique qui peut rarement avoir des inconvénients, et qui triomphe souvent d'affections qui semblaient marquées d'un cachet d'incurabilité.

Il est très-contestable que le virus syphilitique puisse, ainsi qu'on l'a prétendu, jamais manifester ses effets par des troubles seulement fonctionnels graves, sans altération appréciable des tissus: tels seraient l'amaigrissement, la débilité et la fièvre hectique. Pour nous, ces accidents ne surviennent guère que chez les individus portant des lésions graves des solides, notamment des ulcères et des caries, qui entretiennent des suppurations abondantes et qui épuisent. Ces causes d'affaiblissement, unies souvent à la longueur d'un traitement mercuriel, finissent par produire un état cachectique (*cachexie syphilitique*), c'est-à-dire l'amaigrissement, la décoloration, les ecchymoses, l'infiltration des membres, l'affaissement moral, accidents qui, réunis à des altérations étendues, à des déformations d'organe, ou à des mutilations, donnent parfois à ces individus un aspect hideux et repoussant.

Pour que la syphilis constitutionnelle se déclare, il faut qu'il y ait eu absorption du virus vénérien. D'après M. Ricord, cette absorption ne pourrait avoir lieu qu'à la surface d'une ulcération: aussi admet-il que le chancre, et le chancre induré seul, est l'antécédent nécessaire, obligé, de la syphilis constitutionnelle. Beaucoup d'auteurs protestent contre l'opinion exclusive de M. Ricord. Nous avons dit en effet précédemment que, d'après des témoignages qu'il est difficile de suspecter, la blennorrhagie uréthrale ou préputiale, non compliquée de chancres, pouvait être suivie d'infection; nous avons parlé aussi des bubons d'emblée admis par un grand nombre; enfin on a même prétendu que le pus vénérien pouvait pénétrer dans la constitution et l'infecter sans produire aucun effet primitif. On rencontre assez fréquemment dans la pratique des adultes atteints de syphilis constitutionnelle sans qu'ils paraissent avoir jamais eu d'accidents de syphilis primitive. Ne doit-on pas ajouter foi au témoignage des malades, lorsque ce sont des individus soigneux, habitués à s'observer, et qu'un soupçon de mensonge ou de dissimulation ne saurait même atteindre? M. Ricord n'a aucun égard pour ces preuves *morales*: il nie donc résolument la vérole *d'emblée* comme il nie le bubon *d'emblée*, et il croit que dans tous ces faits qu'on invoque contre sa doctrine, il y a eu nécessairement un chancre comme antécédent; mais l'ulcération, occupant parfois des places très-insolites, a dû, suivant lui, passer inaperçue des malades. Il faut, en effet, reconnaître que le chancre existe souvent ailleurs qu'aux parties sexuelles; la marge de l'anus, l'intérieur du rectum, la bouche, le pharynx, le mamelon, l'ombilic, les paupières, les joues, les doigts, etc., etc., peuvent en être le siège. Ce n'est donc pas à la légère qu'on devra croire à une infection *d'emblée*. Cependant est-on suffisamment fondé à en contester tout à fait la possibilité? Nous n'oserions être aussi affirmatif, surtout en présence de l'imposante autorité de Hunter. Ainsi, tout en admettant la réalité de la vérole *d'emblée*, il importe de redire encore que c'est là un fait extrêmement rare; et, comme le dit Hunter, pour un sujet qui contracte l'infection générale sans jamais avoir eu d'accidents primitifs, il y en aura cent qui la contracteront après une gonorrhée; et pour un qui se trouverait dans ce dernier cas, il y en aura cent qui auront eu un chancre comme antécédent.

Plusieurs chancres déterminent-ils plus sûrement la vérole qu'un seul? On l'a dit; M. Ricord croit que l'infection constitutionnelle n'est pas en raison du nombre, de l'étendue, du siège et de la durée absolue du chancre, mais seule-