

sont de toutes les éruptions celles qu'on méconnaît le plus souvent, et qu'on suppose aussi le plus fréquemment. Nous avons vu, en effet, qu'elles ressemblent à plusieurs maladies cutanées. Mais, à l'aide des caractères indiqués précédemment, et sur lesquels nous ne reviendrons pas ici, on pourra presque toujours établir leur diagnostic différentiel. Observons pourtant que les syphilides n'ont pas un signe pathognomonique; les caractères que nous leur avons assignés ne sont pas assez exclusifs à ces affections pour que leur absence ou leur présence puisse être un signe indubitable que l'éruption est ou n'est pas syphilitique. Le diagnostic, ainsi que le remarque M. Bassereau, s'établit non-seulement à l'aide des caractères propres de l'éruption, mais en ayant égard à son siège, à l'époque de son développement, aux antécédents syphilitiques des malades, à la présence de symptômes spéciaux concomitants.

Pronostic. — Les syphilides sont une des formes les moins graves et les moins opiniâtres de la syphilis : cependant la forme squameuse est souvent rebelle, et la forme tuberculeuse peut laisser après elle de graves désordres.

Traitement. — Indépendamment du traitement interne, consistant surtout dans l'administration du sublimé et du proto-iodure de mercure, il convient parfois, dans les syphilides qui résistent, d'unir une médication locale ou topique. *S'il n'y a pas d'ulcération*, on pourra donner quelques bains gélatineux au sublimé (15 à 60 grammes pour un bain); on fera des lotions avec une solution de bichlorure (2 à 4 décigrammes pour 60 grammes d'eau distillée), ou bien des onctions avec la pommade au calomel (10 grammes pour 30 d'axonge), ou au proto-iodure de mercure (2 à 4 grammes pour 30 d'axonge); on peut enfin prescrire des fumigations cinabrées. Dans la syphilide squameuse on modifie quelquefois utilement l'état de la peau par des bains sulfureux, gélatineux et alcalins, par la pommade au goudron (4 grammes pour 30 d'axonge) : les ulcérations de la peau seront pansées avec du cérat opiacé, si elles sont trop douloureuses; si elles sont atoniques, on les lotionne et on les panse avec du vin aromatique, avec la décoction de kina, avec le chlorure de soude : on les cautérise avec le nitrate d'argent. Dans les cas ordinaires, on les panse avec une pommade mercurielle.

Dans les tubercules profonds de la peau, M. Ricord se loue d'avoir combiné le mercure avec la ciguë. S'il y a beaucoup d'inflammation, on recouvre les parties de cataplasmes émollients; on les lotionne avec des liquides narcotiques; on applique quelques sangsues dans le voisinage. Si l'ulcération fait des progrès trop rapides et si les lotions chlorurées et iodées ont échoué (8 grammes de teinture d'iode pour 250 grammes d'eau distillée), il faudra essayer d'en arrêter la marche envahissante par une ou plusieurs cautérisations faites avec le nitrate acide de mercure. Si les cheveux tombent, on les rase et l'on fait des frictions sur le cuir chevelu avec la teinture de cantharides.

De la syphilis constitutionnelle des membranes muqueuses.

1° *Muqueuse de la bouche, du pharynx et de l'œsophage.* — La muqueuse buccale est souvent le siège de diverses éruptions assez analogues à celles de la peau, avec laquelle elles coïncident très-fréquemment. On doit même dire, avec M. Baumès, qu'on peut y reconnaître presque toutes les formes correspondantes aux syphilides. Cependant presque toujours elles affectent une des formes des plaques muqueuses dont il a été parlé précédemment. Ainsi quelquefois on trouve sur la membrane muqueuse des plaques irrégulières d'un rouge plus ou moins vif, blanchâtres au centre, sans gonflement, ou n'en pro-

duisant qu'un très-léger. Elles n'ont qu'une durée très-éphémère, et coexistent ordinairement avec une syphilide exanthématique. Mais une forme d'éruption beaucoup plus commune, bien autrement importante que la précédente, car elle est caractéristique de l'infection vénérienne, consiste dans de petites élevures plates, parfois légèrement granulées à leur surface, de couleur plus foncée que la muqueuse, ayant souvent une teinte cuivrée, offrant généralement une disposition en croissant, ou bien circulaire ou ovulaire; elles siègent surtout à la commissure des lèvres, à leur face interne ou bien à celle des joues, plus rarement sur les piliers du voile du palais, sur ce voile lui-même, à la voûte palatine, plus rarement encore à la base de la langue. Cette forme correspond assez bien à la syphilide papuleuse et tuberculeuse. L'éruption peut rester longtemps stationnaire; elle se termine presque toujours très-prompement par résolution. Cependant, lorsqu'elle est irritée, surtout par la saillie d'une dent, elle peut finir par s'ulcérer.

Sur la voûte palatine on voit plus souvent que dans d'autres parties de la bouche se former des tubercules plus ou moins douloureux qui s'ulcèrent. Ce travail de destruction peut finir par gagner l'os et amener une communication entre la bouche et les cavités nasales. Sur la langue, la syphilis produit spécialement de petits tubercules granulés, irrégulièrement fendillés et ulcérés, quelquefois unis, rouges ou grisâtres et durs. Ils siègent communément à la pointe et sur le bord de l'organe; enfin, plus rarement, le virus syphilitique y détermine un épaississement et des indurations partielles que l'on confond quelquefois avec une transformation squirrhuse.

Lorsque le virus vénérien porte son action sur l'arrière-gorge, il y détermine presque toujours des ulcérations qui ont été surtout bien décrites par le docteur Babington. Ces solutions de continuité débutent le plus souvent par un point gangréneux qui commence tantôt par la muqueuse, et tantôt par l'amygdale; ce point, rougé d'abord et un peu tuméfié, offre à son centre une tache jaunâtre qui brille à travers la muqueuse encore intacte; mais, au bout de deux jours, celle-ci, amincie et ramollie, finit par s'ulcérer. Ailleurs les ulcérations succèdent à de simples excoriations très-superficielles, ou bien même elles se forment d'emblée sur la muqueuse qui n'a été qu'injectée; enfin elles peuvent être la conséquence d'un tubercule plus ou moins douloureux, qui ne tarde pas à s'enflammer et à s'ulcérer.

Les ulcérations vénériennes de la gorge peuvent occuper les amygdales, la paroi postérieure du pharynx, le voile du palais et ses piliers. Elles présentent un fond grisâtre ou jaunâtre, des bords relevés, taillés à pic et d'un rouge foncé. Il est commun de voir ces ulcérations ne produire que peu de gonflement et presque aucune douleur, quoique la membrane muqueuse soit d'un rouge plus ou moins foncé, parfois cramoisi, et cela souvent sur une surface d'un centimètre autour de chaque ulcération; les malades accusent seulement un peu de gêne dans la déglutition et de la sécheresse dans la gorge; ils rejettent, le matin surtout, quelques mucosités jaunâtres; mais ces phénomènes sont souvent tellement peu marqués, qu'ils excitent à peine leur attention. Chez d'autres, par contre, les douleurs sont vives; la déglutition est difficile ou même impossible; la voix est gutturale; les malades rejettent, par expuition, des mucosités puriformes et fétides; leur haleine exhale une odeur désagréable; la réaction fébrile est assez forte, et l'amaigrissement assez rapide : dans ce cas, l'ulcération est presque toujours phagédénique. Ses progrès peuvent être alors tellement prompts, qu'en peu de temps le voile du palais, ses piliers et jusqu'aux os maxillaires et au corps des vertèbres peuvent être entamés et détruits. Ce-

pendant les ulcérations de la gorge ont communément une marche moins rapide; les unes s'agrandissent par gangrène, la plupart par le travail ulcératif ordinaire, qui s'effectue toujours avec plus de rapidité dans la gorge que sur le tégument externe.

Diagnostic. — Comme Hunter le dit avec raison, l'ulcère vénérien de la gorge est de toutes les formes de la maladie celle qui est le moins susceptible de donner lieu à des erreurs de diagnostic. En effet, les bords taillés à pic de l'ulcération, qui semble avoir été faite par un emporte-pièce; sa surface, à laquelle adhère une matière blanche, épaisse, semblable à une eschare, et qui ne peut être enlevée par le lavage; la couleur rouge, violacée, cuivrée ou bleuâtre de la muqueuse environnante; le peu de gonflement des tissus, souvent l'absence de toute douleur; enfin les progrès rapides de la maladie, distinguent les ulcères vénériens des ulcérations simples qui succèdent quelquefois à l'ouverture d'un abcès de l'amygdale. A plus forte raison sera-t-il facile de ne pas les confondre avec le dépôt d'une concrétion membraniforme grisâtre qu'un peut aisément détacher, ou bien encore avec le simple agrandissement d'une ou de plusieurs des lacunes de l'organe à la suite d'un amas dans leur cavité d'une lymphe plastique ou d'une matière caséuse; dans ce dernier cas, il suffit de presser l'amygdale pour en expulser aussitôt le corps étranger, et faire disparaître ce qui n'était qu'une apparence d'ulcération.

Pronostic. — D'après ce que nous avons dit, les ulcères vénériens de la gorge constituent une affection grave; car, lorsqu'ils détruisent le voile du palais et les piliers, la déglutition quelquefois, et la phonation toujours, sont plus ou moins altérées; la voix est pour jamais gutturale et nasonnée. Lorsque l'ulcération siège à la voûte palatine, la bouche communique plus ou moins largement avec les fosses nasales. Enfin, si la carie a atteint le corps des vertèbres, il en résulte souvent une suppuration interminable, des abcès symptomatiques; presque tous les malades succombent alors après des souffrances plus ou moins longues.

La muqueuse de l'œsophage, ou les tissus qui entrent dans la texture de cet organe, peuvent-ils subir l'influence vénérienne? Il n'y a rien d'impossible à cet égard, mais on ne possède encore aucun fait concluant. Si cela était, les malades présenteraient tous les signes d'un rétrécissement œsophagien, et l'on n'arriverait à soupçonner la nature syphilitique que par les antécédents des malades et, mieux encore, par l'existence d'autres accidents manifestement vénériens.

2° Muqueuse nasale. — Le virus vénérien produit fréquemment sur la muqueuse de Schneider des ulcérations consécutives. Si celles-ci siègent sur les ailes du nez ou sur la cloison, il sera facile de les apercevoir; mais le plus souvent elles sont cachées dans la profondeur des cornets, dans les sinus frontaux eux-mêmes, et il est alors impossible d'en constater l'existence. Les individus dont nous parlons commencent par éprouver un peu d'enclignement borné à un seul côté ou occupant les deux narines à la fois. Le malade se plaint d'avoir sans cesse le nez bouché, embarrassé; il mouche des mucosités épaisses, jaunâtres, purulentes, fétides, mêlées souvent à du sang et à des croûtes noirâtres; l'odorat est diminué ou perdu. Ces phénomènes peuvent rester longtemps stationnaires: les malades, croyant être atteints d'un simple enclignement chronique, ne consultent point. Cependant, dans un grand nombre de cas, les ulcérations des fosses nasales produisent d'autres accidents ou d'autres incommodités: ainsi, souvent, sans qu'il y ait altération des os, elles déterminent

une suppuration plus ou moins abondante, et cette odeur fétide qui caractérise l'*ozène ulcéreuse*. Le plus souvent, pourtant, cette odeur se rattache à une altération des cartilages, des cornets, de l'éthmoïde, et surtout à une lésion des os propres du nez, qui, atteints par le travail ulcératif, se séparent par fragments que le malade expulse en se mouchant. La suppuration et l'air qui traversent les fosses nasales ont alors une odeur fétide comparable à celle qui s'échappe d'un baquet rempli de pièces anatomiques en macération. Lorsque les os propres sont atteints, on sent extérieurement une crépitation; bientôt le dos du nez s'affaisse, et lorsque les os du nez sont expulsés, cette partie, privée de son squelette, s'aplatit, tandis que la pointe se relève. Dans ces cas, la peau reste le plus souvent intacte; mais si l'ulcération se propageait jusqu'à elle, le nez tout entier pourrait finir par tomber ou par être détruit.

Il est rare que les ulcérations du nez ne coexistent pas avec quelque autre symptôme plus apparent de syphilis constitutionnelle. Dans tous les cas, il faut se méfier de ces prétendus coryzas qui durent indéfiniment, et dans le cours desquels les malades, s'ils ne sont point scrofuleux, mouchent des mucosités fétides, puriformes, mêlées à des croûtes noirâtres.

3° Muqueuse du rectum. — Des chancres primitifs peuvent naître dans le rectum à l'occasion de rapports contre nature. Ce serait même là l'origine la plus commune des désordres qui peuvent survenir vers l'intestin. Il peut se faire pourtant, quoi qu'on en ait dit, que les lésions intestinales soient des accidents consécutifs. Les ulcérations syphilitiques du rectum, bien étudiées, dans ces derniers temps surtout, par MM. Van Baerensprung et Meckel à Berlin, par MM. Gosselin (1) et Leudet en France (2), sont généralement circulaires; elles occupent toute la circonférence de l'intestin; elles sont multiples; elles augmentent en nombre et en profondeur lorsqu'on se rapproche davantage de l'anus, et elles sont séparées par des portions d'intestin dont la membrane est presque saine; elles deviennent souvent, en se cicatrisant, l'origine de rétrécissements dont le siège de prédilection se trouve, d'après M. Gosselin, au niveau du sphincter interne, c'est-à-dire à 4 ou 5 centimètres de l'anus. Ce rétrécissement peut être tel, qu'il est à peine possible d'introduire une sonde du plus petit calibre, mais on ne possède encore aucun exemple d'oblitération complète. Cette coarctation est due surtout à l'altération des tuniques musculuse et celluleuse. MM. Gosselin et Leudet ont en outre démontré que l'intestin présentait, au-dessus du rétrécissement, des lésions diverses. C'est ainsi qu'on trouve presque constamment au-dessus de l'obstacle des ulcérations parfois très-superficielles accompagnées d'une hypertrophie de la tunique musculuse. Ces ulcérations simples ou multiples peuvent s'élever à une hauteur plus ou moins grande. Dans les faits recueillis par M. Gosselin, les solutions de continuité atteignent à une hauteur de 10 à 12 centimètres. Ces ulcérations, variables en profondeur, peuvent perforer l'intestin et devenir l'origine de fistules cellule-muqueuses et de phlegmasies qui peuvent gagner le péritoine (Leudet). Au-dessous du rétrécissement, c'est-à-dire du sphincter interne jusqu'à la marge de l'anus, les lésions ne sont pas moins profondes et variées. La muqueuse est toujours épaissie et mamelonnée, parfois ulcérée; elle est l'aboutissant des trajets fistuleux qui peuvent se perdre dans le tissu cellulaire seulement; mais le plus souvent les fistules sont complètes, et font

(1) *Archives de médecine*, année 1854.

(2) *Moniteur des sciences médicales*, année 1860.

communiquer l'intestin avec un point de la peau, parfois avec le vagin. Notons enfin que, dans ces cas, il est ordinaire de trouver à la marge de l'anus des végétations, des condylomes, des plaques muqueuses et des rhagades, c'est-à-dire des ulcérations linéaires cachées dans les plis rayonnants de cette région.

Les ulcérations syphilitiques du rectum produisent de la diarrhée alternant parfois avec de la constipation; il y a excrétion d'un mucus puriforme, parfois sanguinolent; puis des hémorrhagies plus ou moins abondantes surviennent. Les douleurs sont d'abord peu vives ou nulles, l'estomac fonctionne communément bien, et les individus, n'ayant en définitive qu'une incommodité, restent des mois et même des années sans recourir aux soins du médecin, en conservant d'ailleurs toutes les apparences de la santé. Mais, tôt ou tard, l'intestin se rétrécit, et l'on voit apparaître quelques-uns des désordres dont je parlais tantôt. Il arrive même quelquefois que la maladie étant rapide dans sa marche, il s'écoule très-peu de temps entre le chancre initial et le rétrécissement; bientôt les souffrances pendant l'excrétion alvine, les épreintes, la suppuration, les troubles digestifs, amènent le dépérissement. Après avoir lutté pendant un certain nombre d'années, les malades succombent à un accident de la maladie, comme une péritonite, ou bien à des complications diverses, ou à des affections engendrées sous l'influence de l'altération profonde apportée à la nutrition par la maladie première: tels sont les tubercules pulmonaires, qui ne sont pas rares en pareil cas.

Le rétrécissement syphilitique du rectum sera aisément distingué d'une dysenterie chronique. En ayant égard à son siège, à l'abondante suppuration qui l'accompagne, à la présence des condylomes et de divers autres accidents vénériens; en remontant enfin aux antécédents des malades, on pourra le plus souvent distinguer le rétrécissement syphilitique des autres coarctations du rectum; nous reviendrons d'ailleurs sur ce point du diagnostic plus tard, lorsque je traiterai du rétrécissement intestinal.

Il est inutile d'insister pour prouver que les ulcérations du rectum qui amènent le rétrécissement constituent une affection des plus sérieuses qui entraînent souvent la mort.

Les lésions dont je viens de parler se remarquent spécialement chez les femmes. Le rétrécissement rectal, bien que consécutif à un accident vénérien, ne saurait pourtant être considéré comme une manifestation de l'infection vénérienne; c'est ce que M. Gosselin a fort judicieusement remarqué. Un chancre développé à la marge de l'anus peut en effet produire dans le voisinage une induration du tissu, ou bien encore des ulcérations sont remplacées par des cicatrices qui se rétractent sans cesse; ce ne sont là que des accidents locaux souvent irrémédiables, mais nullement des effets constitutionnels.

Le traitement apporté d'ailleurs à cette manière de voir une preuve directe. Les mercuriaux et les iodures, si efficaces contre la vérole, sont sans effet contre le rétrécissement rectal. On tâchera de le prévenir en traitant énergiquement les chancres qui se montrent à la marge de l'anus. Le rétrécissement une fois survenu, on le dilatera avec des mèches; il pourra être utile aussi de faire quelques incisions. On combattra enfin la suppuration de la muqueuse par des injections astringentes et détersives.

4° *Muqueuse des organes génitaux.* — Des écoulements blennorrhagiques peuvent, dit-on, exister chez l'un et l'autre sexe comme symptôme consécutif. La membrane muqueuse de l'urèthre, et surtout celle du prépuce, de la vulve, du vagin et du col de l'utérus, pourraient bien à la rigueur s'ulcérer spécifiquement; ces solutions de continuité diffèrent, dit-on, de celles qui

sont primitives, par le peu d'inflammation développé autour d'elles, ainsi que par l'absence d'engorgements ganglionnaires; elles seraient très-rarement phagédéniques. S'il est vrai que de pareilles altérations existent à titre d'accidents consécutifs, il est incontestable du moins qu'elles sont des plus rares.

5° *Muqueuse laryngo-trachéale.* — Nous ne ferons que rappeler ici que le virus vénérien peut produire des ulcérations sur la muqueuse laryngo-trachéale, et devenir ainsi une cause de phthisie. On en trouve plusieurs exemples dans le mémoire de MM. Trousseau et Belloc. D'après un travail publié en 1841 dans *London medical Gazette*, il paraîtrait que les docteurs Munck et Sadowski (de Prague) auraient même vu plusieurs fois des ulcérations de nature vénérienne dans les bronches, et jusque dans leurs petites ramifications.

Pour l'étude des symptômes de cette affection, nous renvoyons à ce que nous avons dit à l'article *Laryngite chronique ulcéreuse*. Pour déterminer la véritable cause de la maladie, il faudra étudier les antécédents des individus et leur état actuel. Une exploration attentive ne fera constater en général que des signes négatifs du côté des poumons (chose rare dans la phthisie tuberculeuse), tandis qu'on découvrira presque toujours quelques signes de syphilis constitutionnelle, surtout du côté de la gorge.

Traitement. — Le traitement général, tel que nous l'avons déjà formulé précédemment (p. 161), sera d'abord prescrit, puis on aura recours à certaines médications locales, suivant la nature et le siège des accidents: ainsi les ulcérations de la bouche et de la gorge réclameront des gargarismes émollients, narcotiques, ou toniques et détersifs, suivant qu'elles seront plus ou moins enflammées. Les gargarismes avec le deutochlorure (15 centigrammes pour 250 grammes de décoction de têtes de pavot) sont utiles. Les cautérisations avec le nitrate d'argent sont souvent nécessaires pour modifier l'état de la surface malade.

De l'iritis syphilitique.

Il est rare que l'iritis existe comme seul symptôme de syphilis constitutionnelle: presque toujours, en effet, l'iritis coïncide avec des syphilides; elle attaque plus souvent un des yeux que les deux ensemble. En général, de violentes douleurs dans l'œil et dans le côté correspondant de la tête se déclarent avant que l'organe ait subi aucun changement appréciable. Bientôt la vue se trouble, et l'impression de la lumière est très-douloureuse; la pupille est irrégulière, elle se contracte lentement et finit par ne plus se contracter du tout. Sa circonférence est inégale et comme festonnée: elle est souvent ovalaire, ayant son grand axe dirigé de haut en bas, cependant il n'y a aucune forme spéciale qui caractérise en quelque sorte l'iritis syphilitique, et ce qu'on a dit à cet égard n'a aucun fondement. On ne voit pas toujours non plus sur le bord pupillaire [un cercle cuivré, regardé par Sichel presque comme pathognomonique. La couleur de l'iris s'altère, elle devient verdâtre chez ceux qui ont les yeux bleus, d'un jaune fauve si les yeux sont noirs; souvent on y distingue des taches confluentes ou des cercles rougeâtres, roussâtres ou cuivrés; l'iris finit par adhérer à la cornée ou à la capsule cristalline; de petits abcès peuvent se développer dans son intérieur; enfin la pupille finit par disparaître tout à fait, le malade cesse alors de voir. Cette terminaison pourtant est assez rare.

On a cru trouver dans ces diverses manifestations l'analogie de ce que la syphilis produit sur la peau; on peut en effet trouver sur l'iris des macules,

des papules et des pustules, et peut-être aussi des tumeurs semblables à celles que nous décrirons sous peu sous le nom de *gommés* : en somme, il n'y a rien de caractéristique dans l'iritis, et il faut s'éclairer par les antécédents et par les symptômes concomitants. Lorsqu'on peut traiter la maladie de bonne heure, l'œil revient en général lentement à son état normal et conserve longtemps encore beaucoup d'irritabilité; souvent la maladie s'étend de l'un à l'autre œil. Le pronostic de l'iritis syphilitique est donc moins sérieux qu'on ne serait tenté de le croire *à priori*, on guérit la maladie le plus souvent lorsqu'on s'y prend assez tôt; toutefois il n'est pas rare, si l'on arrive tard ou si le traitement n'est pas suffisamment énergique, que le malade conserve un trouble irrémédiable de la vision.

Traitement. — Indépendamment du traitement mercuriel, qui est de rigueur comme pour tous les autres accidents de la vérole, il faut combattre la congestion de l'œil par la saignée, par des sangsues aux tempes, derrière les oreilles, par des pédiluves et par des purgatifs; puis on mettra successivement plusieurs vésicatoires à la nuque, aux tempes, au front, et on les pansera avec l'onguent mercuriel; on fera aussi des frictions derrière les oreilles avec cet onguent pur ou combiné avec un peu d'extrait de belladone, comme le veut Sichel, on instillera même un collyre au sulfate d'atropine pour s'opposer aux adhérences de l'iris.

Du testicule vénérien.

L'engorgement chronique du testicule peut être un des effets de la syphilis constitutionnelle. Cet accident peut appartenir tout autant à la syphilis secondaire qu'à la syphilis tertiaire; il diffère essentiellement de l'orchite qui se déclare dans le cours d'une blennorrhagie. Dans celle-ci, en effet, l'épididyme est toujours envahi et le corps souvent respecté. Dans le testicule vénérien, au contraire, la masse de l'organe est presque toujours prise la première; le testicule est devenu lourd, il a une forme allongée, il n'est pas douloureux, même au toucher, il a perdu l'élasticité qui le distingue. La sécrétion spermatique est diminuée ou nulle, les désirs vénériens plus ou moins éteints.

L'intumescence du testicule peut présenter, au point de vue anatomique, de grandes différences : il n'y a tantôt que les caractères d'une orchite simple; ailleurs le tissu est bosselé et de consistance diverse, par suite de la production de tumeurs que nous décrirons bientôt sous le nom de *gommés*; plus souvent un simple exsudat plastique infiltre les tubes spermatiques.

La maladie a une marche essentiellement chronique; la suppuration est un accident très-rare, excepté pourtant dans le cas de production gommeuse interstitielle. En définitive, aucun caractère spécial ne distingue l'engorgement vénérien de l'engorgement chronique simple ou squirrheux; on ne peut avoir que des soupçons sur la nature de la maladie, fondés surtout sur les antécédents et sur les symptômes concomitants; mais ils suffiront toujours pour faire adopter un traitement antisiphilitique avant de recourir à l'extirpation du testicule.

Traitement. — Les antiphlogistiques sont ici inutiles pour seconder le traitement général; on se borne à maintenir le testicule exactement suspendu; on le frictionne avec une pommade mercurielle ou iodée; on le couvre d'un emplâtre fondant, et surtout de l'emplâtre de Vigo; enfin on le comprime avec des bandelettes de Vigo ou de diachylon.

Syphilis consécutive du tissu cellulaire.

Lorsque le virus vénérien agit sur le tissu cellulaire, il se forme surtout dans la continuité des membres, et particulièrement des membres inférieurs, des noyaux multiples, isolés ou réunis, indolents et durs; la plupart sont sous-cutanés, d'autres sont dans l'épaisseur des muscles; ils sont souvent mobiles quand ils siègent dans un tissu cellulaire lamineux. La peau qui les recouvre, le plus souvent intacte, devient de temps en temps érysipélateuse. Ces tumeurs sont nommées *nodus* ou *gommés*. Elles ont une marche presque toujours chronique, pouvant persister des années entières. Les unes se résolvent, les autres suppurent; dans ce dernier cas la peau rougit, s'amincit, devient bleuâtre, se perforé, et livre issue à un pus ichoreux mal lié, ou à une matière analogue à une solution concentrée de gomme qui, une fois éliminée, laisse une espèce de caverne. Dans quelques cas, l'ulcération atteint la peau la première, et l'on voit apparaître alors la tumeur gommeuse, qui, par ses inégalités et l'état fongueux de sa surface, donne aisément l'idée d'un cancer. Plus souvent les gommés ressemblent à des ulcères atoniques; comme ceux-ci, ils guérissent difficilement, et leur cicatrice est généralement adhérente et bridée.

Les gommés n'occupent pas seulement le tissu cellulaire des membres, mais quelquefois aussi celui qui est subjacent à la muqueuse buccale et pharyngée; on en trouve même quelquefois dans l'épaisseur de la langue, qui offre alors au toucher des inégalités telles qu'on la dirait, d'après M. Ricord, rembourrée de noisettes. C'est surtout après l'ouverture de ces tumeurs, qu'on croit souvent à s'y méprendre à l'existence d'un cancer.

Les gommés, quel que soit leur siège, arrivent toujours à une période avancée de la vérole et chez des individus affaiblis. C'est donc une manifestation grave de la maladie. Au point de vue de l'anatomie pathologique, la gomme est un produit encore mal défini, très-variable d'ailleurs d'aspect, car il peut être ferme, caséux ou fluide, soit qu'il ressemble alors à du pus ou bien à une solution gommeuse. Le microscope n'a encore rien appris de positif.

Traitement. — Ce symptôme coexistant en général avec un état cachectique, il faut ranimer les forces par les toniques, par les amers, par les analeptiques, par les bains salins, sulfureux, aromatiques. On frictionne les tumeurs avec des pommades iodées; on a conseillé aussi de les traiter, comme les bubons, par les vésicatoires et par la solution de sublimé : dès qu'il y a fluctuation, on doit les ouvrir.

Syphilis consécutive des tissus musculaire, fibreux et osseux.

Si l'on excepte les nodus du tissu cellulaire et les manifestations viscérales dont nous parlerons bientôt, nuls symptômes ne surviennent à une époque plus éloignée que ceux qui se déclarent du côté des systèmes osseux et fibreux. Ces accidents sont des contractures, des douleurs ostéocopes, des périostoses et des exostoses. Comme nous l'avons déjà dit, les altérations du tissu osseux se remarquent surtout sur les os les plus superficiels et aussi les plus durs : ainsi les os du crâne, la clavicule, le tibia, le sternum, le cubitus, en sont le plus souvent le siège. Ces divers accidents étaient regardés par Hunter comme caractérisant la deuxième période de la syphilis constitutionnelle. M. Ricord les range parmi les symptômes de la syphilis tertiaire.

1° *Lésions des muscles et de leurs tendons.* — Le virus syphilitique détermine