

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

parfois dans les muscles des douleurs sourdes, peu violentes, plus vives la nuit, augmentant pendant la pression et par les mouvements; bientôt ceux-ci sont difficiles, le muscle se raccourcit et reste dans un état de contracture permanente.

Un ancien interne des hôpitaux, M. Notta, aujourd'hui médecin des plus distingués à Lisieux, a publié en 1850, dans les *Archives de médecine*, un travail intéressant sur cet accident de syphilis presque toujours tertiaire. Il établit que jusqu'à présent on a vu la contracture affecter exclusivement les fléchisseurs, et plus spécialement le biceps brachial. Pour M. Notta, la rétraction musculaire syphilitique consisterait en un simple raccourcissement du muscle sans altération appréciable de son tendon et de son corps charnu; considérant en outre que celui-ci a conservé sa contractilité et qu'il a été exempt de douleurs, que les extrémités tendineuses seules ont été douloureuses à la pression et dans l'extension forcée, il est porté à croire que le raccourcissement se fait aux dépens du tendon, bien qu'il soit peu rétractile de sa nature. Il est en effet possible, à la rigueur, que sous l'influence du virus syphilitique, le tendon d'un muscle éprouve des modifications particulières semblables à celles qu'on remarque dans l'aponévrose palmaire sous diverses influences, et qui opèrent une rétraction de son tissu.

Cette rétraction n'a rien de caractéristique; rien, en effet, dans son aspect extérieur, ne pourrait en révéler la nature. Cependant, lorsqu'on voit un pareil accident survenir peu à peu chez un adulte, sans cause rhumatismale évidente, sans que les muscles antagonistes soient paralysés, sans qu'on puisse invoquer ni une position vicieuse, ni une affection des centres ou des cordons nerveux, on devra soupçonner une cause vénérienne et diriger le traitement en conséquence.

La description qui précède diffère un peu de celle que M. Ricord a donnée. Pour ce médecin, en effet, le muscle qui doit être frappé de rétraction commencerait à s'hypertrophier, à s'endolorir; une matière plastique s'épancherait dans les interstices musculaires, puis les fibres de l'organe s'atrophieraient. Mais M. Notta observe avec raison que ce sont là bien moins des exemples de rétraction idiopathique que des cas de tumeurs gommeuses, et dont nous allons encore dire un mot dans le paragraphe qui suit.

C'est dans la *Gazette médicale* de 1846 que M. le professeur Bouisson appelle de nouveau l'attention sur les tumeurs que le virus syphilitique produit dans les muscles et dans leurs tendons. Pour le savant professeur de Montpellier, aucun muscle n'en serait probablement à l'abri; mais ceux de la langue et des lèvres en seraient plus spécialement le siège. C'est à une altération du tissu charnu de la langue que M. Bouisson rapporte ces tumeurs, dont nous avons précédemment parlé, et que nous avons localisées dans le tissu cellulaire. Quoi qu'il en soit, voici les caractères que M. Bouisson assigne aux tumeurs dont il s'agit. Elles sont globuleuses, sans changements de couleur à la peau, sans adhérences avec cette membrane; elles sont mobiles ou fixes, suivant que le muscle affecté est tendu ou dans le relâchement; leur volume varie depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'une orange; elles gênent les fonctions musculaires; d'une dureté médiocre au début, elles deviennent fluctuantes si la matière qui les forme se transforme en pus; ailleurs elles acquièrent une grande consistance. Cette description ne diffère guère de celle que j'ai donnée tantôt de la tumeur gommeuse.

Symptômes syphilitiques du côté des os. — Beaucoup de malades accusent

sur le trajet des os, souvent vaguement dans les membres et sans siège bien déterminé, des douleurs profondes, lancinantes ou térébrantes, souvent supportables le jour, mais devenant intolérables la nuit, et privant les malades de tout repos; la pression extérieure ne les aggrave pas. Ces douleurs sont surtout pénibles, insupportables, lorsqu'elles occupent la tête; elles peuvent exister fort longtemps sans que les os subissent aucun changement appréciable dans leur structure et dans leur conformation: d'autres fois on distingue une ou plusieurs exostoses ou périostoses.

Les douleurs ostéocopes n'ont aucun rapport avec les névalgies; elles ne suivent le trajet d'aucun nerf. Elles diffèrent des douleurs rhumatismales par leur immobilité, par leur aggravation constante pendant la nuit; elles ont aussi un siège moins fixe et moins bien déterminé pour les malades que les douleurs de nature rhumatismale. Enfin, dans les premières, les membres conservent souvent l'intégrité de leurs mouvements, excepté pourtant lorsqu'ils sont le siège de quelque altération matérielle vers le périoste ou les os.

Les périostoses sont faciles à reconnaître à un empatement plus ou moins circonscrit, ordinairement douloureux, et siégeant à la surface des os. Il peut y en avoir plusieurs; elles peuvent rester longtemps stationnaires, puis se résoudre ou bien s'ouvrir au dehors. Le liquide qui s'écoule alors est parfois albumineux; ailleurs c'est du pus en général séreux. L'ouverture reste souvent fistuleuse à cause de la dénudation, de la carie ou de la nécrose de l'os subjacent.

Lorsqu'il existe une exostose, la tumeur est plus ou moins circonscrite; de forme variée, elle occupe l'os dans une plus ou moins grande partie de sa surface et de son épaisseur. Elle est lisse ou inégale; elle a une grande dureté. Si elle atteint un os superficiel, comme la crête de l'ilion, elle gêne peu les mouvements; mais il n'en est pas de même lorsqu'elle est entourée de muscles puissants, comme lorsqu'elle occupe le fémur. Les exostoses qui se développent à la face interne des os plats peuvent occasionner les accidents les plus graves par suite de la compression qu'elles exercent sur les organes voisins. Ainsi les exostoses de la face interne du crâne déterminent parfois des paralysies plus ou moins étendues, des désordres de l'intelligence, des convulsions et tous les accidents enfin que peuvent produire toutes les tumeurs intracrâniennes. Les exostoses de l'orbite peuvent occasionner l'amaurose, le strabisme ou l'exophtalmie; celles du canal lacrymal, en empêchant les larmes d'arriver dans les fosses nasales, déterminent la tumeur lacrymale. Les exostoses du canal rachidien donnent lieu à tous les accidents qu'engendrent les autres causes de compression de la moelle; enfin les exostoses de l'excavation pelvienne peuvent être un obstacle à l'accouchement.

Les exostoses ont presque toujours une marche chronique: elles sont susceptibles de se résoudre sous l'influence d'un traitement convenable; cependant presque toujours l'altération de l'os persiste au même degré après la guérison de la diathèse.

La carie et la nécrose succèdent souvent aux périostoses et aux exostoses; d'autres fois elles sont primitives. La carie est surtout fréquente et remarquable aux os de la face; là elle atteint souvent les os de la voûte crânienne, qu'elle détruit dans toute leur épaisseur ou seulement dans leur table externe. Les os propres du nez sont encore plus fréquemment affectés. On constate d'abord un gonflement à leur niveau; le malade accuse de la douleur; bientôt la pression y fait distinguer un craquement; enfin les os se séparent, comme nous l'avons dit plus haut. Il arrive parfois aussi que la peau s'enflamme et s'ulcère; toutefois la perte du nez est rare alors, elle n'arrive guère que lorsque

la maladie commence par une ulcération qui n'altère les os qu'après avoir détruit la peau et les cartilages. La carie peut s'étendre encore à la branche ascendante du maxillaire, à la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, à la cloison qui quelquefois est entièrement détruite; la voix est alors profondément altérée. La voûte palatine se nécrose plutôt qu'elle ne se carie. Lorsque cette altération se déclare, les malades se plaignent pendant quelque temps d'une douleur plus ou moins vive sur un point de la voûte palatine; en y portant le doigt, on y distingue bientôt du gonflement et de la fluctuation; la muqueuse, à ce niveau, a une couleur violacée; enfin le petit abcès se vide. Si alors on introduit un stylet par son ouverture, on arrive sur un os dénudé, déjà plus ou moins altéré, et dont l'extraction laisse un trou faisant communiquer la bouche avec les fosses nasales. Si l'ouverture est considérable, la lésion est incurable, et il faut que les malades portent un obturateur; mais s'il n'existe qu'un pertuis, la muqueuse peut le recouvrir, s'y enfoncer, et y adhérer de manière à constituer une cicatrice solide. Tous les os peuvent être affectés d'exostose, de carie et de nécrose syphilitique. Il n'existe aucun signe certain pour distinguer si ces altérations tiennent au virus syphilitique, au vice scrofuleux, ou à quelque cause accidentelle. On devra donc, comme nous l'avons déjà dit, étudier les antécédents des malades et les accidents concomitants.

Les caries et les nécroses, lorsqu'elles sont un peu étendues, entretiennent des suppurations fétides interminables qui souvent finissent par épuiser les malades et les font périr. Les altérations des os que nous venons de décrire constituent un des accidents les plus graves de l'infection vénérienne.

Ainsi que M. Richet l'a surtout bien démontré (1), le virus syphilitique peut porter son action sur les articulations mêmes, soit qu'il altère le tissu osseux (ostéite) ou simplement la synoviale; presque toujours il y a hydarthroses. Ces gonflements articulaires, de cause vénérienne, sont remarquables par le peu de douleurs qui les accompagne, par leur marche lente, par les intermittences qu'il y a dans les symptômes; l'épanchement, par exemple, disparaît et reparait avec une mobilité qu'on ne voit point dans les hydarthroses ordinaires. Le gonflement articulaire n'est pas seulement l'effet de l'épanchement liquide, mais il dépend aussi de l'épaississement de la synoviale se présentant sous forme de plaques indurées qu'on sent profondément par une exploration attentive. Ce sont là peut-être des gommés siégeant dans le tissu sous-synovial.

On comprend qu'il puisse rester, même après un traitement régulier, de la roideur articulaire et même une ankylose plus ou moins complète.

Traitement. — Il est des douleurs ostéocopes qui, résistant au traitement mercuriel, cèdent parfois à un vésicatoire volant; il est parfois nécessaire d'en poser plusieurs de suite et de les panser avec un sel de morphine. Si la périostose est douloureuse, il faut lui opposer, outre le traitement spécifique, les sangsues, le vésicatoire qu'on panse avec l'onguent mercuriel. Plus tard, la compression faite méthodiquement pourra rendre quelque service. S'il y a suppuration, il faut vider le foyer. La plupart de ces moyens conviennent dans les exostoses. Si la carie et la nécrose surviennent, il faut se comporter comme lorsque ces lésions sont produites par d'autres causes. On devra toujours se hâter d'extraire les séquestres. L'iodure de fer et surtout l'iodure de potassium sont spécialement indiqués contre les accidents syphilitiques du système osseux.

(1) *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, t. XVII.

De la syphilis viscérale.

Les premiers auteurs qui ont écrit sur la syphilis n'hésitaient pas à lui rapporter une foule d'affections internes, un grand nombre de maladies viscérales. Il y eut à cet égard beaucoup d'exagération; on ne sut pas toujours, à cette époque, ni même plus tard, distinguer les cas où la syphilis agissait comme cause occasionnelle, et mettait seulement en jeu une prédisposition ou une diathèse cachée, et ceux où, intervenant directement, elle produisait des lésions ayant des caractères anatomiques particuliers et une symptomatologie spéciale. Mais à mesure que le diagnostic local a fait des progrès, et que l'anatomie pathologique fut cultivée avec plus de succès, on restreignit de plus en plus le nombre des syphilis viscérales; puis, lorsque vint Hunter, les médecins, suivant l'impulsion donnée par ce maître illustre, se mirent à douter, et enfin à nier que les viscères importants fussent susceptibles d'être envahis. Comme la chose n'est que trop ordinaire, la réaction qui se fit contre les exagérations de nos devanciers alla beaucoup plus loin. Aujourd'hui des faits mieux observés, et recueillis suivant les justes exigences de la science contemporaine, ont démontré que l'infection syphilitique pouvait manifester directement ses effets sur les organes les plus importants. Ces effets seraient très-nombreux: les uns auraient des caractères propres, les autres ne différeraient point des lésions qui naissent sous l'influence des causes vulgaires; mais ne les a-t-on pas trop multipliés, et n'est-il pas à craindre qu'aujourd'hui on ne considère comme très-fréquents des accidents qu'hier encore on regardait comme rares et même comme impossibles? C'est ce que je crois fermement. L'étude de la syphilis viscérale est d'ailleurs difficile; car, pendant la vie, les troubles fonctionnels n'ont rien de pathognomonique, et les caractères anatomiques eux-mêmes sont le plus souvent incertains; ils n'ont pas cette physionomie qui, à l'extérieur, nous permet en général de reconnaître si aisément les manifestations syphilitiques. Le médecin n'a donc pour s'éclairer que l'étude des antécédents, que l'existence à la surface du corps de lésions pouvant caractériser l'infection vénérienne. Ce n'est guère que sur ces données un peu vagues qu'on institue le traitement spécifique, et l'on a de plus en plus en lui le criterium le plus sûr, mais non pas infaillible encore, de la nature de la maladie.

Les lésions viscérales sont toujours des accidents constitutionnels arrivant même le plus communément chez l'adulte à une période avancée de l'infection vénérienne; ces lésions sont peut-être plus communes dans le jeune âge et pendant la vie intra-utérine. L'existence, en effet, de manifestations vénériennes vers les poumons et le thymus, ainsi que le foie, constitue, comme nous l'avons dit déjà, un des dangers les plus grands de la syphilis héréditaire.

Les travaux publiés sur la syphilis viscérale sont nombreux. Citons sans ordre chronologique, en France, les recherches de MM. Yvren (1), Lagneau fils (2), Paul Dubois et Depaul (3), Gubler (4), Leudet (5), Gros et Lancereaux (6),

(1) *Métamorphoses de la syphilis*, 1854.

(2) *Maladies pulmonaires*. Paris, 1851. — *Maladies syphilitiques du système nerveux*. Paris, 1860.

(3) *Gazette médicale de Paris*, années 1850 et 1851.

(4) *Ibid.*, année 1852.

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

(6) *Affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1861.

Bedell (1), et Zambaco (2); en Allemagne, on distingue surtout les travaux de MM. Van Baerensprung, Dittrich, Boehr, et Virchow, dont l'ouvrage sur la syphilis constitutionnelle a été, en 1860, traduit par M. le docteur Picard.

Malgré tous ces travaux, des doutes nombreux existent encore, et peut-être dans les matériaux si nombreux qu'on a réunis souvent à la hâte, n'a-t-on pas fait une part assez large à la critique; aussi a-t-on réuni souvent des faits fort disparates, susceptibles d'autres interprétations: c'est ce qu'on remarque surtout dans l'ouvrage de M. Yvaren; la plupart des autres écrits sont loin d'être à l'abri de ce grave reproche.

On a dit que tous les tissus, tous les organes internes pouvaient être le siège de manifestations vénériennes: Virchow l'affirme. La chose est possible, mais elle n'est pas encore établie sur les faits authentiques: ainsi je ne sais pas qu'on ait *prouvé* l'existence d'ulcérations vénériennes dans les voies digestives autre part que dans le pharynx et dans le rectum. Et quant aux affections syphilitiques des reins, il n'y a encore que des assertions et nulle preuve directe.

On comprend bien *à priori* que le tissu cellulaire du cœur puisse, comme celui des membres, devenir le siège de tumeurs gommeuses. Le fait que M. Ricord a figuré dans son *Iconographie* (pl. 29) est probablement un exemple de ce genre; il en est de même d'une observation rapportée par M. Virchow; mais on ne saurait, à l'exemple de Corvisart, et se fondant sur une grossière analogie, rapporter à la syphilis certaines concrétions des valvules cardiaques, ayant en effet, pour l'aspect, quelque ressemblance avec les végétations qui se forment si souvent sur les parties génitales et à la région anale.

Pour rester le plus possible dans la limite des faits, je vais me borner à présenter quelques considérations sur la syphilis du foie, sur celle des poumons du système nerveux. J'ai précédemment (pages 160 et 177) parlé des altérations vénériennes qui peuvent se rencontrer dans le thymus et dans le rectum.

Affections syphilitiques du foie. — Le foie paraît être de tous les viscères celui qui reçoit le plus facilement l'impression de la syphilis. Les altérations qu'on y rencontre ont été surtout bien décrites dans ces derniers temps par MM. Dittrich, Virchow, Gubler et Leudet. Pour M. Virchow spécialement, les lésions syphilitiques du foie seraient très-variées. Tantôt il y aurait une inflammation de la séreuse ou périhépatite, tantôt hépatite simple, tantôt enfin hépatite gommeuse. Mais, à supposer, ce qui est fort contestable, que la syphilis pût produire une inflammation de la séreuse, on ne saurait lui assigner aucun caractère anatomique distinctif. Il en serait de même des cicatrices décrites par Virchow, et qui, d'après lui seraient une expression de la diathèse. Elles seraient caractérisées par des dépressions radiées, blanchâtres à la surface du foie; la trame de l'organe serait atrophiée, et l'on trouverait à sa place un tissu fibreux et ligamenteux. C'est là une lésion fort communément observée dans des conditions très-diverses, et qui ne saurait avoir pour nous aucun caractère certain. On a parlé aussi de tumeurs plus ou moins volumineuses, ayant l'aspect des tumeurs gommeuses qui se forment dans le tissu cellulaire périphérique. Le foie serait souvent alors plus volumineux; il serait bosselé, dur, criant sous le scalpel; on n'y découvrirait plus les deux substances; en le com-

(1) Thèses de Strasbourg, année 1851.

(2) *Affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1862.

primant, au lieu d'en exprimer du sang, on n'en ferait suinter qu'une sérosité jaunâtre: ce serait un tissu fibro-plastique qui, développé dans le parenchyme et comprimant les cellules hépatiques et les vaisseaux, s'opposerait à la sécrétion de la bile.

En résumé, au point de vue de l'anatomie pathologique, tout est incertitude, et je ne vois encore aucun caractère net, précis, qui permette d'affirmer, en dehors de toute autre considération, si un foie est ou non atteint de syphilis.

La symptomatologie est non moins obscure. Une intumescence du foie ou bien une diminution dans le volume de l'organe, comme nous le constatons dans la cirrhose, une ascite plus ou moins abondante, un ictère plus ou moins intense, sont des symptômes qui, isolés ou réunis, n'ont certainement aucune valeur diagnostique pour indiquer une origine syphilitique. Cependant, quand on les constate chez des individus à antécédents suspects, il ne faut pas hésiter à leur opposer un traitement spécifique à la fois mercuriel et iodé, car on a vu ces médicaments réussir en pareil cas, et la rapidité de leur action est encore la meilleure preuve qu'on puisse donner en faveur de l'origine syphilitique de pareilles lésions.

La guérison toutefois n'est pas constante. Si le foie est hypertrophié, il peut, après un temps plus ou moins long, revenir à son volume primitif; mais s'il est frappé d'atrophie, et si en raison de ce retrait il est survenu un épanchement ascitique, la maladie ne peut guère avoir qu'une issue fatale.

Lésions syphilitiques des poumons. — Il est aujourd'hui bien avéré qu'à une période avancée de l'infection vénérienne, il peut se former dans les poumons, plus souvent au sommet que dans d'autres points de l'organe, des indurations analogues à celles qui naissent dans le tissu cellulaire, des *gommes* qui peuvent se ramollir et laisser après elles des excavations plus ou moins grandes.

Ces lésions d'ailleurs, sous le rapport anatomique, ne sont pas encore bien définies, aussi les auteurs qui ont cru rencontrer dans les poumons des altérations de nature vénérienne, ont fait des descriptions concordant fort peu entre elles. Tantôt ils signalent une induration, un épaississement du tissu pulmonaire plus ou moins analogue à ceux qu'on voit dans une pneumonie chronique; ailleurs ce sont des tumeurs dures ou molles remplies d'une matière tantôt caséuse, tantôt jaunâtre. L'origine syphilitique d'une tumeur ne peut donc être que soupçonnée, d'après les caractères anatomiques.

La symptomatologie de ces lésions ne présente non plus rien de caractéristique. Ces individus toussent et sont essouffés, ils maigrissent, ils dépérissent comme des phthisiques, et sont minés par la fièvre hectique. Lorsqu'on explore leur poitrine, on trouve, suivant la période à laquelle la maladie est parvenue, ou des signes d'induration pulmonaire (matité, retentissement de la voix), ou des signes de ramollissement (craquements), ou bien enfin des signes d'excavation (souffle caveux, gargouillement). Bien que le plus communément il n'y ait pas eu d'hémoptysie et que les crachats ne soient pas aussi puriformes ni aussi abondants qu'ils le sont communément à la deuxième et à la troisième période de la phthisie tuberculeuse, la première pensée du médecin est de diagnostiquer celle-ci. On ne pourra être éloigné de cette idée et soupçonner une lésion de nature vénérienne que si l'on est autorisé par les antécédents des sujets, et surtout par la coïncidence de symptômes extérieurs parfaitement caractérisés. Enfin, la thérapeutique est encore le seul criterium de l'exactitude du diagnostic: en effet, le traitement spécifique par le mercure ou par l'iode, et mieux encore le traitement mixte, c'est-à-dire en employant

l'un et l'autre de ces agents, amène un changement prompt, et qu'on n'obtient jamais par ces moyens, lorsque l'affection est de toute autre nature.

Lésions du système nerveux. — Des manifestations syphilitiques peuvent se montrer du côté du système nerveux à titre d'accidents secondaires ou tertiaires. Elles peuvent revêtir les formes les plus variées, se révéler par des troubles de la motilité, de la sensibilité, de l'intelligence; simuler la plupart des névroses et toutes les affections symptomatiques d'une altération des centres et des cordons nerveux.

Ces accidents peuvent être en effet de voisinage : c'est ce qui arrive lorsqu'une tumeur d'origine vénérienne (exostose, périostose, gomme), développée sur le trajet d'un nerf ou de manière à comprimer le cerveau ou la moelle, produit les accidents que provoquerait tout autre agent de compression placé dans les mêmes lieux; ce n'est ici qu'une action indirecte. Mais l'infection vénérienne peut aussi faire naître dans les tissus nerveux des produits plastiques analogues ou identiques avec ceux qui naissent dans les autres organes, et qui, connus sous le nom de *gommés*, sont, comme je l'ai déjà remarqué, fort mal définis au point de vue anatomique.

On a admis également que l'impression sur les centres sensitifs et sur les cordons qui en émanent pouvait ne se rattacher à aucune lésion appréciable; qu'il y avait, en un mot, des névroses qui naissaient par suite de l'action que le virus vénérien exerçait directement sur le système nerveux. Il n'y a rien d'impossible à ce qu'il en soit ainsi; mais comme on ne peut donner d'autre preuve que l'efficacité du traitement, on peut toujours objecter qu'il a pu exister un produit pathologique dont le traitement spécifique a amené la résolution. La question est donc insoluble dans l'état actuel de la science.

Je disais tantôt que l'impression vénérienne sur le système nerveux pouvait se traduire par les troubles les plus variés : ce sont souvent des névralgies pouvant atteindre les nerfs de la vie organique, mais affectant plus spécialement les nerfs sensitifs de la face et des membres. Elles sont tantôt continues et exacerbantes, ou bien plus ou moins franchement intermittentes, dans ce dernier cas, les accès ne sont pas, comme on pourrait le supposer *à priori*, exclusivement nocturnes. Rien dans leur physionomie et dans leur marche ne les distingue d'ailleurs des névralgies simples, que l'existence d'accidents syphilitiques antérieurs ou concomitants, l'impuissance radicale des moyens usités contre les névralgies légitimes, et l'efficacité rapide du traitement spécifique.

Plus rarement que les névralgies, on peut observer des mouvements convulsifs partiels ou généraux, et simulant plus ou moins des accès épileptiques, ou bien ce sont des paralysies diverses, des paraplégies, parfois des hémiparalysies et des paralysies plus étendues encore à marche progressive, affectant isolément la motilité ou la sensibilité, mais les atteignant le plus souvent l'une et l'autre. Disons pourtant que ces derniers faits sont encore peu nombreux, et que la plupart peut-être ne résisteraient pas à une discussion un peu rigoureuse.

Il est plus commun d'observer des paralysies partielles limitées à un cordon nerveux; on a surtout cité des cas de paralysies des troisième, sixième et septième paires de nerfs crâniens; on a parlé aussi d'amauroses, de surdités, de pertes de l'odorat d'origine vénérienne, mais des lésions complexes peuvent produire de pareils troubles : ainsi, une amaurose, non-seulement peut dépendre d'une altération du nerf optique lui-même, mais la compression par

une tumeur osseuse ou autre, une gomme cérébrale, peuvent amener le même résultat. La perte de l'ouïe et de l'odorat est généralement bien moins l'effet d'une paralysie des nerfs que d'une altération des os.

Après avoir si longtemps nié que la vérole pût agir sur le système nerveux, on voudrait établir aujourd'hui que l'infection vénérienne est capable de produire presque toutes les modifications de circulation et de nutrition que les centres nerveux peuvent présenter. C'est ainsi qu'on a parlé de congestions, de phlegmasies, de méningites, de ramollissements du cerveau, et même d'hémorragies qui pourraient se développer sous l'influence de l'infection vénérienne. Mais on ne saurait encore, dans l'état actuel de la science, qu'exprimer des doutes d'autant plus légitimes qu'il serait en effet bien extraordinaire que le système nerveux eût le fâcheux privilège de pouvoir être influencé d'une manière si différente de celle que présentent les autres tissus. Quoi qu'il en soit, les symptômes ne différeraient guère de ceux qu'on observe lorsque les lésions ont une origine différente. On a dit que les phlegmasies et que les ramollissements d'origine vénérienne marchaient moins vite que ceux qui sont spontanés; mais cette particularité, qui d'ailleurs ne serait pas constante, n'offre rien de caractéristique.

Si, comme tout porte à le croire, des produits plastiques d'origine vénérienne et formant tumeur peuvent se développer dans les centres nerveux, on ne saurait encore leur assigner aucun caractère positif. Sous le rapport de l'anatomie pathologique, ces tumeurs auraient des aspects très-différents. Elles pourraient être molles ou dures, lisses ou inégales, charnues, fibreuses ou analogues à l'encéphaloïde et au tissu colloïde. Les micrographes les plus habiles parmi les modernes ont déclaré qu'il n'était pas possible, sous le rapport histologique, de distinguer les productions syphilitiques de celles qui ne le sont point. Pendant la vie, l'incertitude sur la nature de l'affection est au moins aussi grande. On peut constater, en effet, les divers accidents que presque toutes les tumeurs intracrâniennes produisent : tels sont des douleurs plus ou moins vives, continues, exacerbantes, en général fixes, des accès convulsifs épileptiformes, des roideurs, des contractures, des paralysies du sentiment et du mouvement, des troubles variables de l'intelligence. La manière dont ces symptômes se groupent et se succèdent entre eux, leur début et leur marche, peuvent bien porter le médecin à *souçonner* l'existence d'une tumeur intracrânienne; mais rien, dans la forme des symptômes, ne saurait éclairer sur sa nature. On pourra faire des suppositions plus ou moins plausibles d'après l'âge des sujets, leur prédisposition héréditaire ou acquise, d'après surtout certaines manifestations extérieures traduisant l'existence de telle ou telle diathèse; on peut bien *souçonner* la nature de la tumeur, mais on ne saurait en aucun cas l'affirmer. C'est cette impossibilité qui nous fait si souvent imposer à ces malades un traitement mercuriel ou iodé toutes les fois que leurs antécédents sont de nature à le justifier. La nature vénérienne de la tumeur est jugée en dernier ressort d'après les effets du traitement. Je reconnais pourtant que celui-ci peut échouer dans quelques cas où la tumeur a réellement cette origine.

Prophylaxie de la syphilis.

Si l'on réfléchit aux désordres que la syphilis produit, on reconnaîtra que celui qui trouverait un préservatif certain contre cette maladie aurait certainement autant de droits à la reconnaissance des hommes que Jenner pour avoir trouvé la vaccine. Il est à souhaiter que quelque homme honnête se dévoue