

plus ou moins sphérique, ovoïde, inégale, aplatie, allongée, pouvant occasionner au malade une gêne dans la marche et certains mouvements. Mais le plus souvent ces tumeurs sont indépendantes, multiples, indolentes.

Le bubon dure beaucoup plus longtemps que le chancre qui a été sa cause occasionnelle; il persiste après la cicatrisation du chancre, et on le retrouve encore à une époque où il n'y a plus de trace de l'induration chancreuse. Ce bubon est plus facile à percevoir chez l'homme que chez la femme; il siège dans le groupe ganglionnaire qui correspond aux vaisseaux lymphatiques du point où existe le chancre. Le chancre de la verge s'accompagne de bubons inguinaux: ces bubons existent ordinairement des deux côtés. Le chancre de l'anus se complique également de bubons dans l'aîne, avec cette particularité, toutefois, que ce sont les ganglions situés aux extrémités du ligament de Fallope qui sont engorgés. Dans le cas de chancres des lèvres, des bubons sous-maxillaires sont symptomatiques du chancre labial, etc.

Le plus ordinairement ces bubons sont indolents pendant toute leur période; il peut cependant arriver de les voir s'enflammer et suppurer chez les sujets strumeux. Bazin a même justement insisté sur la propriété que possède la syphilis d'éveiller la diathèse scrofuleuse. Voici d'abord ce qu'on observe. Les engorgements multiples, indépendants, se réunissent comme nous l'avons déjà vu, et l'inflammation se dessine d'une façon assez nette par un peu de chaleur et une douleur obtuse, légère. Quelques points présentent plus d'empatement, mais moins d'induration. La peau s'affecte lentement; elle devient plus chaude, prend une teinte rouge; les parties les plus affectées se ramollissent et offrent peu à peu de la fluctuation. La gêne et la douleur augmentent, et le malade ne peut que difficilement marcher. Ces phénomènes inflammatoires excitent une réaction fébrile et déterminent des symptômes généraux. Enfin ce bubon, s'il est abandonné à lui-même, s'ouvre dans un seul point ou dans plusieurs points où la peau est amincie.

Ce bubon peut donc suppurer, mais dans des conditions exceptionnelles, à la suite d'excès, de marche forcée, et, à ce moment, il a encore un caractère important: c'est que le pus produit n'est pas inoculable au malade lui-même. Est-il inoculable à un sujet sain? Nous ne sachions pas que l'expérience ait jamais été faite; nous espérons qu'elle ne le sera point, mais il est fort probable que l'inoculation serait positive.

Si la syphilis primitive peut affecter le système lymphatique, comme nous venons de le dire, on peut voir également affectées secondairement différentes parties de ce même système, lorsque l'économie tout entière a subi l'infection. Ces bubons syphilitiques secondaires, dont nous dirons plus loin quelques mots, sont identiques, quant à leurs caractères, avec les bubons syphilitiques symptomatiques du chancre infectant. La cause de ces bubons syphilitiques secondaires a été différemment interprétée. Faut-il les regarder, avec Cullerier, comme symptomatiques d'une ulcération secondaire persistante, ou bien croire, avec Ricord, qu'ils sont le

résultat d'une infection générale sans cause locale occasionnelle? L'époque de leur apparition pourra servir à répondre plus tard à cette question.

2° *Bubon symptomatique du chancre mou.* — Ce bubon accompagne moins fréquemment le chancre mou que le précédent le chancre induré; il ne se montre pas immédiatement; quelquefois même on ne l'observe que longtemps après le développement du chancre mou. Ce caractère le différencie déjà de la variété précédente. Sa durée, qui est ordinairement de plusieurs septénaires, peut être de plusieurs mois. Puche a même signalé un bubon qui se serait développé trois ans après l'apparition du chancre; mais il est permis de faire quelques réserves sur ce fait.

Avec le chancre mou, le bubon n'est ordinairement que mono-ganglionnaire; il n'affecte que les ganglions superficiels, et s'accompagne de symptômes inflammatoires assez intenses. La peau s'amincit et l'abcès s'ouvre spontanément, ou bien le chirurgien prévient cet amincissement ainsi que le décollement consécutif de la peau, et pratique l'ouverture de l'abcès.

Le pus est plus ou moins lié, consistant, de bon aspect, ou bien il est séreux, mal lié, grumeleux: ces caractères divers du pus tiennent à une différence d'origine, l'un provenant du ganglion, l'autre du tissu cellulaire. Le pus provenant du ganglion est inoculable sur le sujet lui-même autant de fois que l'on voudra; si, dans certains cas, cette inoculation n'a pas réussi, et si l'on est arrivé à des résultats contradictoires, cela tient à ce qu'on a inoculé un pus provenant de l'inflammation du tissu cellulaire voisin, avant qu'il y ait eu mélange des deux pus. Cette remarque a une grande importance: elle montre le soin qui doit présider à ces inoculations; elle apprend qu'on doit varier ces expériences, et inoculer uniquement avec du pus d'origine ganglionnaire. Le bubon suppuré, ouvert et abandonné à lui-même, présente les caractères suivants: les bords de l'ouverture sont inégaux, grisâtres, durs, dentelés, taillés à pic, décollés; le fond, qui a pour base le tissu du ganglion, offre également l'aspect chancreux; le tissu environnant est plus ou moins induré. Le bubon a peu de tendance à la cicatrisation, qui est dans ces cas toujours plus lente, plus embarrassée que dans la variété qui succède au chancre infectant.

3° *Bubon phagédénique.* — Le bubon virulent offre, comme le chancre qu'il accompagne, la complication phagédénique. Le *bubon phagédénique* est aussi rebelle que le chancre phagédénique; c'est lui que l'on voit quelquefois envahir la cuisse et aller jusqu'au genou, se cicatrisant çà et là, mais conservant toujours un point ulcéré.

4° *Bubon sympathique.* — Le bubon virulent n'est pas le seul qui accompagne le chancre mou; on voit quelquefois dans ce cas les ganglions devenir douloureux, se souder de bonne heure, soit entre eux, soit aux tissus ambiants, et former ainsi une tumeur unique ou tout au plus bilobée par le pli de l'aîne. Cette tuméfaction inflammatoire ne suppure pas le plus ordinairement; c'est ce qu'on a appelé un *engorgement sympathique*.

Cette adénite sympathique s'observe encore quelquefois dans les cas de blennorrhagie. Alors les ganglions inguinaux sont légèrement tuméfiés,

unis par un tissu cellulaire à peine empâté, qui les laisse séparés et mobiles; ils sont un peu douloureux à la pression; puis, au bout de huit à dix jours, sans traitement, ils reviennent à leur volume et à leur sensibilité ordinaires.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic comprend trois questions à résoudre :

1° Le diagnostic des bubons et des autres tumeurs qui peuvent se montrer dans l'aîne;

2° Le diagnostic des bubons vénériens et des bubons scrofuleux;

3° Le diagnostic différentiel des diverses espèces de bubons vénériens.

1° Dans la plupart des cas, il est facile de distinguer les bubons des diverses tumeurs étrangères aux ganglions, avec lesquelles on pourrait les confondre. Ainsi, avec un peu d'attention, on les séparera des *abcès par congestion*, des *hernies inguinales*, de l'*anévrisme de l'artère crurale*. Les antécédents et les symptômes concomitants ne permettent pas non plus de les confondre avec la *hernie crurale*. La circonstance de l'existence de quelque plaie, de quelque inflammation cutanée, de furoncles, etc., dans des points voisins de l'aîne et d'où les vaisseaux lymphatiques se rendent aux glandes inguinales, empêcherait de prendre pour un bouton syphilitique l'engorgement simple inflammatoire de ces glandes déterminé par les affections dont nous venons de parler.

2° Ce diagnostic présente plus de difficulté pour les bubons strumeux; il devient même très-difficile dans quelques cas, où l'on voit des sujets scrofuleux prendre la vérole, et la syphilis éveiller chez eux la diathèse scrofuleuse. La préexistence d'un chancre ne fournit pas dans ce cas de bien précieuses indications.

Cependant, dans le cas du bubon scrofuleux, on est guidé, d'un côté, par la considération des traits généraux du malade, par des circonstances antécédentes relatives à sa vie d'enfance, de puberté, de jeunesse, par la coïncidence d'autres glandes engorgées ou suppurées sur les parties latérales du cou, tous signes de la diathèse scrofuleuse; d'un autre côté, par la considération du bubon lui-même. Lorsque ce bubon est scrofuleux, il marche très-lentement; offre, au lieu de la dureté jointe à une légère élasticité du bubon syphilitique, une consistance beaucoup plus molle; demeure longtemps stationnaire; gagne à la longue, et sans exacerbation remarquable dans le mouvement inflammatoire, la peau, qui devient violacée, amincie; enfin s'ouvre pour laisser échapper un pus granuleux, séreux. Ce bubon laisse à sa suite un ulcère scrofuleux qui résiste longtemps à toutes les médications employées, et ne s'améliore que sous l'influence des progrès de l'âge, si l'individu affecté est encore jeune, ou sous l'influence d'un changement complet dans les conditions hygiéniques ou par l'administration de l'iode, etc.

3° Quant au diagnostic différentiel des variétés du bubon vénérien, ce diagnostic ne présentera plus de difficulté après les développements dans lesquels nous sommes entré en traitant sa symptomatologie. L'adénopathie syphilitique, par ses caractères de dureté, d'indolence, de multi-

plicité, se distingue suffisamment de l'adénite symptomatique du chancre mou, de cette adénite aiguë, douloureuse, superficielle, dont le pus est inoculable et dont les bords offrent l'aspect chancreux.

Au début, les adénites sympathiques inflammatoires seraient facilement prises pour l'adénite virulente symptomatique du chancre mou; la marche seule de la maladie pourra permettre d'établir le diagnostic.

PRONOSTIC. — Le pronostic des bubons varie suivant leur cause; les adénites sympathiques ne présentent aucune gravité; l'adénite virulente sera quelquefois d'un pronostic sérieux, surtout chez les sujets d'une mauvaise constitution. On sait, en effet, que ces bubons peuvent se compliquer de phagédénisme et persister pendant plusieurs années. L'adénopathie indolente est un signe de vérole constitutionnelle, elle est donc d'un pronostic sérieux, comme indice d'une maladie générale; mais, comme accident local, elle occasionne si peu de gêne au malade, que souvent même elle est méconnue par lui.

TRAITEMENT. — Le traitement est *préventif* ou *curatif*. 1° Pour avoir le plus de chance d'éviter le développement du bubon, les malades affectés de blennorrhagie et de chancres devront garder le repos; mais, malgré tous les soins préventifs, le bubon se développe souvent sans cause excitante. 2° Nous allons examiner maintenant le *traitement curatif* des diverses sortes de bubons.

1° *Bubon sympathique*. — Ce bubon ne demande pas un traitement bien énergique. Il suffit de conseiller le repos, des bains, quelques sangsues, et des cataplasmes sur la partie malade. D'ailleurs, pour le traitement de cette sorte de bubon, nous renvoyons le lecteur à l'article MALADIE DES GANGLIONS LYMPHATIQUES.

2° *Bubon sympathique du chancre induré*. — Le traitement de cette sorte de bubon est celui de la syphilis constitutionnelle; si, par exception, ce bubon vient à suppurer, on l'ouvrira comme le bubon virulent.

3° *Bubon virulent du chancre mou*. — On a vanté à titre de moyens abortifs de la suppuration l'emploi topique de la glace, la compression, la cautérisation immédiate, les mercùriels, etc.

La glace, dit-on, réussit quelquefois au début. Si, sous son influence, la tumeur augmentait et devenait douloureuse, on devrait renoncer promptement à ce moyen. La compression a eu aussi des succès éphémères, mais elle n'est pas sans inconvénient; en exagérant souvent la douleur, elle aggrave l'inflammation. On peut la pratiquer à l'aide de bandes roulées, ou bien avec du diachylon. On a conseillé aussi l'emploi d'une brique chaude; ce moyen a une double action: par compression et par l'effet du calorique. Les autres moyens abortifs de la suppuration sont sans valeur. Les sangsues ne devront pas être employées dans le cas de bubon virulent, les petites plaies auxquelles elles donnent lieu pouvant se compliquer d'inoculations chancreuses.

Si le bubon est fluctuant, on conseille l'emploi des vésicatoires. Ceux qui ont vanté ce moyen ont pensé qu'il produisait la résorption du pus et

la résolution du bubon. Mais on a soutenu avec raison qu'on n'agissait ainsi que contre les bubons non virulents, c'est-à-dire fournissant un pus simple. La solution de cette question est à peu près impossible; le diagnostic du bubon virulent et du bubon non virulent n'offre aucune certitude avant l'ouverture de l'abcès, et l'inoculation du pus est, avec l'aspect des bords, le seul critérium. En obtenant la résolution, on ne peut donc pas dire si le pus était ou non inoculable, si les bords auraient eu ou non l'aspect chancreux. Mais nous pouvons affirmer que nous avons vu réussir ce moyen employé d'après la méthode de Cullerier sur un bubon manifestement fluctuant (vésicatoire pansé avec de la teinture d'iode). Malapert d'abord, et plus tard Reynaud (de Toulon), ont préconisé une méthode de traitement assez commode pour donner passage au pus lorsque ces bubons suppurent. Leur procédé consiste à couvrir la tumeur d'un vésicatoire de la largeur d'une pièce de 50 centimes à 1 franc, et à appliquer ensuite sur la surface de la peau privée de son épiderme un plumasseau de charpie imbibé d'une solution de 20 grains de sublimé corrosif par once d'eau. Ce plumasseau doit être laissé environ deux heures sur la surface vésiquée, pour être remplacé plus tard par un cataplasme de farine de graine de lin laudanisé. Dès que l'eschare commence à se détacher, le pus filtre à travers ses fissures et s'écoule peu à peu. A la chute de l'eschare, et selon son degré de profondeur et les effets produits, on répète l'application de la solution de sublimé, ou seulement on se contente de toucher la surface dénudée à l'aide d'un pinceau qui en est imbibé.

Si l'emploi de tous ces moyens ne réussit pas, il faudra donner issue au pus, et ne pas laisser le bubon s'ouvrir de lui-même. Le bistouri devra être préféré aux caustiques pour cette ouverture; et les incisions petites et multiples conviennent mieux que les incisions larges. Nous traiterons plus amplement, à l'article ADÉNITE, quelques points de cette thérapeutique omis à dessein ici.

3° Lymphangite syphilitique.

Les vaisseaux lymphatiques qui s'étendent du chancre au bubon peuvent être affectés dans les différentes formes de chancres dont nous venons de parler, et cette lymphangite présentera trois variétés à étudier :

1° Elle peut être simplement inflammatoire et compliquer le chancre mou.

2° Elle peut, étant aussi symptomatique d'un chancre simple, être virulente : dans ce cas, le pus qu'elle sécrète est inoculable sur le sujet lui-même; c'est un chancre sur le trajet des lymphatiques, et nous n'y insisterons pas.

3° Enfin, avec le chancre induré on observe un engorgement spécifique des vaisseaux lymphatiques auxquels on ne peut pas attacher l'épithète d'inflammatoire et qui est indolent comme l'adénopathie de ce chancre. Scem-

mering, Vacca, Berlinghieri, Ricord et Bassereau ont fait connaître cette lésion. Selon Bazin, on peut encore observer chez des malades affectés de syphilis constitutionnelle, à la face interne des membres supérieurs et inférieurs, de petits cordons lymphatiques remarquables par leur dureté.

Nous ne nous occuperons ici que de la troisième sorte de lymphangite.

La lymphangite symptomatique du chancre infectant ne s'observe pas seulement dans le cas de chancre des organes génitaux; on l'a encore signalée dans le cas de chancres situés dans d'autres régions; mais les faits de lymphangite de la verge sont les plus fréquents, et ils nous serviront de type pour notre description.

Ordinairement, le cordon dur que forme cet engorgement lymphatique suit le trajet de l'artère et de la veine dorsale de la verge, quelquefois les faces latérales des corps caverneux. On apprécie son volume et sa direction en le prenant entre les doigts; quelquefois il n'a que 4 ou 5 centimètres de longueur; dans d'autres cas, on peut le suivre jusqu'à la racine du pénis. Son calibre est ordinairement variable et parsemé de renflements.

Ces cordons ne sont pas en général douloureux spontanément, ni même par la pression; beaucoup de malades même ne les avaient pas remarqués, et il faut l'examen du médecin pour attirer leur attention sur ces nodosités. Cette indolence fait qu'on n'a pas de notions précises sur leur époque d'apparition, ni sur leur mode de développement. Ils sont mobiles sous la peau qui n'offre aucune altération; ils s'accompagnent d'adénopathies indolentes, et l'engorgement spécifique des lymphatiques est d'autant plus développé que l'adénopathie est elle-même plus marquée. Cette circonstance fait que la valeur diagnostique de cette lésion est médiocre, puisque, dans les cas difficiles, elle n'existe pas, et qu'on ne l'observe que lorsque le diagnostic de la syphilis est évident. Sa marche est chronique, sa durée varie de un à six mois; elle se termine ordinairement par résolution. Quelquefois cependant cette lymphangite a suppuré; nous ne sachions pas qu'on ait inoculé ce pus; mais si cette inoculation eût été pratiquée, on eût sans doute obtenu les mêmes résultats que ceux donnés par l'inoculation du pus du bubon et du chancre : mêmes causes, mêmes effets.

On a rarement eu l'occasion de faire l'autopsie des malades affectés de cette variété de lymphangite; mais Bassereau a pu examiner cette lésion sur un malade qui avait succombé à une maladie intercurrente. Il a pu constater que l'artère et la veine dorsale du pénis étaient dans un état de parfaite intégrité, et que le canal fistuleux (la lymphangite avait suppuré) n'était qu'un vaisseau lymphatique hypertrophié, à parois dures et épaissies, diminuant de volume vers son extrémité pubienne, et allant se perdre dans les ganglions inguinaux droits, tandis que son autre extrémité se terminait dans le tissu qu'avait occupé l'induration du chancre.

Le diagnostic de la lymphangite syphilitique ne présente pas ordinairement de difficultés; on ne pourrait prendre le cordon auquel elle donne lieu pour l'artère et la veine dorsale de la verge. La seule erreur

consisterait à confondre la lymphangite aiguë avec la lymphangite syphilitique; mais, en étudiant la cause qui a donné lieu à la lésion des vaisseaux lymphatiques, aux symptômes aigus dans un cas, indolents dans l'autre, on arriverait facilement à un diagnostic vrai. L'inoculation pourrait toujours faire distinguer une lymphangite suppurée syphilitique d'une lymphangite symptomatique du chancre simple.

Le pronostic est grave, parce que cette affection est l'indice d'une maladie constitutionnelle; mais, comme symptôme local, la lymphangite n'offre pas de danger, elle ne cause aucune gêne; le malade s'en aperçoit à peine, et elle se termine ordinairement par résolution.

Si la maladie se terminait par suppuration, elle pourrait être suivie d'une fistule d'une durée fort longue, et le pronostic deviendrait ainsi plus sérieux.

Le traitement de la lymphangite syphilitique rentre dans le traitement de la syphilis constitutionnelle.

4^o Végétations.

Les végétations ne sont pas pour nous un accident syphilitique, et nous ne devrions peut-être pas en parler ici. Mais comme elles peuvent prendre naissance sur la cicatrice du chancre induré, et fournir alors une sécrétion de nature contagieuse, nous allons en dire quelques mots. Ce sont des productions épigéniques, ordinairement très-vasculaires, à base sessile ou pédiculée, et dont la surface présente des sillons qui les divisent en lobes. L'aspect particulier qu'elles présentent les a fait désigner sous les noms de *poireaux*, de *fics*, de *choux-fleurs*.

Les végétations se montrent sur tous les points du corps; mais c'est surtout aux organes génitaux, sur le gland, à la face interne du prépuce, à l'ouverture du canal utéro-vulvaire, qu'on les voit le plus fréquemment. Ce siège de prédilection les a fait considérer pendant longtemps comme des manifestations syphilitiques. Mais une observation plus attentive a montré que la syphilis n'était pas la seule maladie qui donnât naissance aux végétations, et que ces productions se développaient toutes les fois qu'il y avait une cause irritante quelconque : le pus des blennorrhagies, comme celui des plaques muqueuses. Les sécrétions muqueuses des femmes enceintes sont des causes aujourd'hui bien connues des végétations, et Thibierge a écrit sur ce fait un travail très-intéressant (1).

Bazin a émis sur la nature des végétations une opinion qui mérite d'être signalée : ce savant médecin considère les végétations comme le résultat de l'action locale du pus syphilitique; ce n'est pas pour lui l'expression d'une maladie générale, c'est seulement un effet local du pus virulent; mais ce pus est nécessaire pour la production des végétations. Bazin a sans doute raison de faire des végétations une affection locale; mais pourquoi faire intervenir pour son explication le pus syphilitique? Le fait de végétations observées chez des malades n'ayant pas été exposés

(1) Archives de médecine, mai 1856.

à cette sécrétion virulente renverse absolument cette manière de voir.

Diday, qui adopte sur l'essence des végétations une opinion à peu près semblable à la nôtre, cherche en outre à établir que les végétations sont par leur nature semblables aux verrues, et que les malades affectés de végétations ont eu ordinairement des verrues. Il cite à l'appui de son opinion une statistique dans laquelle, sur 79 personnes affectées de végétations, 47 disaient avoir eu des verrues, 32 ne les avaient pas remarquées. Mais, pour donner à l'opinion de Diday toute sa valeur, il faudrait que l'ingénieur syphilographe lyonnais fit une contre-statistique. Si l'on prenait 79 personnes n'ayant jamais eu de végétations, il est probable que sur ces 79 personnes 47 au moins auraient eu des verrues!

La non-spécificité primitive des végétations ne nous permettra pas de nous étendre sur leur histoire, qui est d'ailleurs peu compliquée. Un seul cas présente au point de vue du diagnostic des difficultés sérieuses, c'est lorsque, dans le cas de phimosis, des végétations se développent entre le gland et le prépuce. Il peut arriver alors que, par suite d'hémorrhagies répétées et de matières sécrétées par les végétations, les parties malades prennent l'aspect du cancroïde de la verge, et cette erreur de diagnostic a quelquefois coûté aux malades la perte d'un organe important. Nous reviendrons sur ce diagnostic en traitant du cancer du pénis; nous voulions seulement indiquer ici l'erreur dans laquelle quelques chirurgiens sont tombés. Les formes différentes que les végétations peuvent présenter leur ont fait donner les noms bizarres que nous avons déjà indiqués. Quand elles sont volumineuses et qu'elles existent chez des malades malpropres, dans des régions déjà humides, les liquides qu'elles sécrètent prennent une odeur repoussante, caractéristique. Abandonnées à elles-mêmes, elles augmentent ordinairement de volume; cependant chez les femmes enceintes elles diminuent, et tombent même quelquefois complètement après l'accouchement. Leur pronostic est d'une manière générale peu sérieux; mais le siège de la végétation pourrait être, dans certains cas, une complication grave. Il suffit de citer l'exemple des végétations du larynx.

Le traitement des végétations est bien simple. Il suffit de les couper; mais, dans certains cas, cette opération sera assez laborieuse. On a vu des végétations faire corps avec le gland, que l'on était obligé pour ainsi dire de sculpter. Dans les cas de phimosis, on commencerait par élargir la voie en incisant le prépuce.

L'opération faite, il sera bon de toucher la plaie avec du perchlorure de fer; ce moyen est un peu douloureux, mais il paraît prévenir les récidives. Chez les sujets pusillanimes qui craignent l'excision, je conseille d'employer une poudre d'alun et de sabine pour panser chaque jour les végétations. Quand elles sont en petit nombre, elles se dessèchent peu à peu et finissent par tomber. On a aussi employé la cautérisation avec le nitrate acide de mercure, l'acide nitrique, et dans ces derniers temps on a beaucoup préconisé l'acide chromique. Il suffit, en effet, de toucher la végétation avec un pinceau imbibé de cet acide en solution con-

centrée, et le lendemain ou le surlendemain la végétation tombe desséchée. Si les végétations sont trop volumineuses, il ne faudra en cautériser qu'une partie; car l'absorption de l'acide chromique en trop grande quantité donne lieu à des accidents très-sérieux.

Le traitement local est suffisant, et nous ne conseillons aucune médication générale, à moins qu'il n'y ait d'autres complications franchement syphilitiques.

II. — ACCIDENTS GÉNÉRAUX CONSTITUTIONNELS

Le groupe d'accidents que nous allons décrire maintenant témoigne de l'infection générale de l'économie par le virus syphilitique : la syphilis est devenue *constitutionnelle*. Toutes les parties du corps, tous les tissus peuvent donc, à un moment donné, devenir le siège d'une de ces manifestations multiples de la vérole; mais on a remarqué que, parmi ces accidents, les uns se montraient avant les autres, et de là on a été conduit à admettre des *accidents secondaires* et des *accidents tertiaires*. Cette division a une valeur réelle au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique; mais quand il s'agit de faire une description des symptômes de la syphilis, il nous paraît plus utile de ne pas nous renfermer dans les limites étroites de cette classification, et d'énumérer les manifestations syphilitiques dans les différents systèmes anatomiques, en suivant toutefois le mieux possible l'époque d'apparition des phénomènes morbides.

Avant de décrire successivement ces manifestations multiples de la syphilis, nous allons faire connaître brièvement ce qu'on entend par *accidents secondaires* et *accidents tertiaires*.

Le chancre infectant est suivi d'une manière générale, six semaines ou deux mois environ après son apparition, des divers symptômes que l'on a nommés *accidents secondaires de la syphilis*. Ces symptômes sont, pour ne parler que des plus importants, quelques phénomènes généraux, auxquels on a donné le nom de *fièvre syphilitique*, certaines manifestations du côté de la peau, des membranes muqueuses, des ganglions lymphatiques, de l'iris, etc.

D'après Hunter et Ricord, la syphilis constitutionnelle se présente sous la forme d'une maladie qui, s'avancant dans sa marche progressive de la périphérie au centre du corps, attaque d'abord les membranes tégumentaires dans sa première période, et finit par envahir les tissus fibreux et les os dans la seconde. Bassereau comprend la syphilis un peu différemment, et sa manière de voir nous paraît plus conforme à l'observation des faits. Dans l'opinion de ce syphilographe distingué, la syphilis, en se généralisant, attaque indifféremment les membranes tégumentaires ou le tissu osseux, mais elle affecte d'abord superficiellement ces tissus, et n'envahit qu'ultérieurement leurs couches profondes. On s'explique ainsi bien mieux les céphalalgies qui se montrent au début de la période secondaire, et cette évolution progressive de la syphilis qui

pénètre de plus en plus en profondeur chaque tissu; ce qui fait qu'une syphilide est aussi bien un accident tardif qu'une lésion osseuse. Ce qui constitue le phénomène tertiaire, ce n'est pas la nature du tissu affecté, mais la pénétration plus intime de la lésion dans le tissu; il en est ainsi dans le foie et le cerveau. Ces organes peuvent être affectés par la syphilis; mais des manifestations produites par la syphilis cérébrale et la syphilis hépatique, les unes sont précoces, les autres tardives.

A mesure que la syphilis se perpétue dans l'économie, elle produit donc des manifestations de plus en plus profondes dans les divers tissus. Ce sont elles qu'on distingue sous le nom d'*accidents tertiaires*. Ces accidents sont des phénomènes ultimes de la maladie, mais assez souvent ils ne se manifestent point, et la syphilis ne dépasse pas la période des accidents secondaires; un traitement régulier peut aussi s'opposer à l'évolution successive de ces phénomènes. Les accidents tertiaires ne se montrent guère avant le sixième mois qui suit l'accident primitif; mais on les voit aussi apparaître à une époque très-éloignée du début de la vérole, c'est-à-dire au bout de vingt années et plus. J'ai vu en 1845, dans le service de Ricord, un malade atteint d'accidents tertiaires (gommés suppurés à l'avant-bras), et chez lequel l'accident primitif s'était montré le lendemain de la bataille d'Eylau (1807).

Les accidents tertiaires peuvent se manifester sur la peau, et nous décrirons ces formes tardives avec les syphilides, mais ils s'observent surtout dans le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, les os, les viscères.

Le caractère principal de ces lésions, c'est le dépôt dans les tissus d'une matière plastique qui passe au ramollissement et à la fonte purulente.

1^o Prodromes de la syphilis constitutionnelle.

Quelques semaines après l'apparition du chancre, on observe certains symptômes qui tantôt coïncident avec les syphilides, tantôt précèdent ces manifestations cutanées. Ces phénomènes prodromiques consistent en une certaine altération des traits, une courbature assez prononcée et un malaise général. Les yeux paraissent fatigués; les malades sont très-faibles; ils ont des vertiges, des éblouissements, des accès fébriles à cachet intermittent, accès qui se montrent tantôt le soir, tantôt la nuit, et qui s'annoncent le plus souvent par de la chaleur et de la sueur sans frisson initial. Des céphalalgies nocturnes très-intenses accompagnent ces accès fébriles. Leur siège principal est au-dessus des orbites, mais elles s'expriment aussi sur tous les points de la tête; parfois toute la peau du crâne est hyperesthésiée. Ces céphalées se déplacent très-facilement, mais résistent au sulfate de quinine. Les douleurs ne siègent pas seulement à la tête, elles occupent aussi les articulations. Ce sont les grandes jointures, celles des épaules, des coudes, des genoux, qui paraissent prises de préférence; on observe aussi des douleurs musculaires crampoïdes. Ces douleurs péri-