

du pied, au méat urinaire, sous l'aisselle, sur la gencive, et dans un cas sur toute la surface des fesses et sur toute l'étendue des cuisses.

La forme des plaques muqueuses est en général circulaire; d'autres fois elle représente un segment d'ellipse ou d'ovale : tantôt leurs bords sont plus ou moins élevés et se détachent très-nettement des parties voisines, comme sont les plaques muqueuses de la vulve; tantôt leur surface n'est pas plus élevée que celles des parties voisines, comme on l'observe sur les plaques opalines de la bouche. Leur coloration est très-variable, quelquefois blanche, dans d'autres cas rosée et violacée; mais elles n'offrent pas cette teinte cuivrée si caractéristique de certaines manifestations syphilitiques. Elles sont sèches ou humides; elles sécrètent, dans ce dernier cas, un liquide très-fétide qui irrite les parties voisines; les plaques muqueuses sont alors quelquefois la cause d'atroces douleurs, ainsi qu'on le voit pour les plaques muqueuses de la vulve.

On a divisé les plaques muqueuses en *discrètes* et *confluentes* : d'après leur aspect, on en distingue encore plusieurs variétés qu'on désigne par les épithètes : *opaline*, *cutanée*, *condylomateuse*, *érodée*, *ulcérée*, à *fissures*.

Le développement des plaques muqueuses a été étudié avec soin, mais ce sujet n'est pas épuisé; nous indiquerons ce qu'on observe le plus souvent. Une rougeur se montre d'abord sur un point; due à la congestion de la peau, elle s'accompagne bientôt d'un décollement de l'épiderme, décollement qui est lui-même l'effet d'une légère sécrétion de sérosité; au-dessous de cet épiderme qui s'enlève facilement, le derme est d'un rouge vif, saignant, bordé quelquefois par une petite collerette blanchâtre; c'est alors qu'on voit se former une pellicule blanche, grisâtre, humide. Mais, arrivées à ce point, les plaques muqueuses présentent des aspects différents, suivant qu'elles sont cutanées ou muqueuses, exposées ou non à des frottements.

A la face interne et supérieure des cuisses, à la vulve, à l'anus, là où existent des frottements, elles s'érodent, deviennent saignantes, et perdent complètement cette pellicule blanchâtre qui a mérité à une autre variété le nom d'*opaline*. Les plaques de la bouche ne sont pas non plus toutes opalines; dans certains points exposés à des frottements fréquents, aux amygdales par exemple, ces plaques s'érodent et même s'ulcèrent. Dans d'autres circonstances, on voit les tubercules muqueux se sécher; ce sont les plaques cutanées qui offrent surtout cet aspect. Enfin certaines plaques de commissures sont revêtues d'une fausse membrane dans le point qui intéresse la muqueuse, tandis que la partie située à l'extérieur se recouvre de concrétions grises ou jaunâtres, ordinairement granuleuses.

Mais si l'érosion est un accident qui peut également se montrer dans les diverses variétés que nous venons de passer en revue, il n'en est pas de même du plus ou moins de saillie de leur surface. Ainsi les plaques cutanées se présentent d'abord sous la forme de papules, puis elles grandissent et affectent une disposition qui leur a fait donner le nom de *tubercules plats*; quelquefois même les bords se renversent, et elles prennent alors

l'aspect condylomateux. Il est très-rare, au contraire, que les plaques buccales forment ainsi des élevures papuleuses; ordinairement elles n'ont aucune tendance à s'élever comme la papule humide de la peau.

Les plaques muqueuses qui se développent aux commissures des lèvres, sur les faces contiguës des orteils ou dans l'angle interdigital, offrent très-souvent la forme d'une fissure. Celles qui se montrent à la face interne des cuisses, à la vulve, chez les femmes malpropres, ont une grande tendance à s'étendre; les bords des plaques voisines se réunissent. Les plaques muqueuses de ces régions s'accompagnent aussi quelquefois d'une complication remarquable, l'œdème de la vulve; la présence de cette base dure peut, dans certains cas, faire croire à l'existence de chancres et donner lieu à des erreurs de diagnostic. On voit encore assez souvent des plaques muqueuses d'un côté correspondre à des plaques du côté opposé, offrant ainsi une disposition identique, et se moulant les unes sur les autres. On a expliqué ce fait par la contagion ou l'inoculation naturelle du pus virulent; mais cette explication nous paraît erronée, puisqu'il est aujourd'hui prouvé que le pus des plaques muqueuses n'est pas en général inoculable sur le malade atteint de cet accident. La contagion des phénomènes secondaires est maintenant assez démontrée pour n'avoir plus besoin de reposer sur une fausse analogie, et ces faits s'expliquent par l'irritation qu'une plaque muqueuse exerce sur un point correspondant mais sain de la peau. Les plaques muqueuses de la cavité buccale offrent d'autres particularités intéressantes, sur lesquelles nous reviendrons en traitant des accidents syphilitiques des muqueuses et de la stomatite syphilitique.

Les tubercules muqueux s'accompagnent, en général, de prurit, de douleurs quelquefois très-vives, comme nous l'avons déjà dit, de phlegmasies dans les parties voisines, de retentissement ganglionnaire sympathique aigu, et d'écoulement des muqueuses voisines.

En décrivant les diverses variétés et les différentes formes de plaques muqueuses, nous les avons bien distinguées suivant leur siège, différenciant les plaques cutanées des plaques qui se développent sur les muqueuses; mais nous avons supposé que toutes se développaient sur un tissu sain. Il n'en est cependant pas toujours ainsi, et la plaque muqueuse peut se montrer sur un chancre déjà complètement cicatrisé, ou seulement en voie de cicatrisation. Ricord, puis Davasse et Deville, dans leur travail, ont surtout insisté sur ce dernier mode de développement. Bassereau a ensuite fait connaître l'évolution de la plaque muqueuse sur un chancre cicatrisé.

a. Bassereau a observé huit fois ce dernier phénomène sur la face interne du prépuce et sur le gland, à la suite de chancres phagédéniques qui avaient largement ulcéré les tissus. Du quinzième au quatre-vingt-dixième jour après la formation de la cicatrice, l'épiderme qui la recouvrait se déchira, une sécrétion blanche et comme diphthéritique se forma rapidement et envahit toute la surface de la cicatrice. Dans deux de ces cas les

papules humides s'étendirent sur tout le gland et sur la surface interne du prépuce.

b. La transformation *in situ* du chancre en plaques muqueuses, transformation que Ricord a signalée le premier, ne s'observe que dans la dernière période du chancre, quand la surface de l'ulcère bourgeonne et semble marcher vers la cicatrisation. Pour que cette transformation ait lieu, il faut que la partie qui est le siège du chancre se trouve en rapport avec une autre partie, de sorte que l'ulcère soit dans un état continué d'humidité. Si une portion du chancre se trouve dans ces circonstances, cette portion seule se transforme en place muqueuse. Bassereau a publié l'observation d'un chancre de la lèvre dont une partie seulement subit cette transformation *in situ*. Les points qui sont le siège de ces plaques muqueuses, c'est-à-dire la face interne des grandes lèvres, de la vulve, les lèvres du méat urinaire de l'homme, le gland lorsque le prépuce est long, les plis de l'anus, enfin le bord des lèvres et la langue, sont bien disposés pour que ces conditions soient toutes réunies. Davasse et Deville ont très-bien décrit les détails de cette transformation : la surface grisâtre et le plus souvent déprimée du chancre, devient rouge, granulée et saillante. Ce changement s'opère de la circonférence au centre, de sorte que les rebords du chancre peuvent être rouges, violacés, saillants et déjà recouverts d'un épiderme mince quand le centre de l'ulcère est encore grisâtre et humide. C'est au moment où les bourgeons rouges du centre annoncent que la cicatrice va se former sur toute la surface qu'on voit apparaître la sécrétion plastique blanche qui caractérise la papule humide. Quelquefois le bourgeonnement marche si vite, que la cicatrisation n'est pas commencée à la circonférence du chancre, quand la sécrétion plastique se produit sur toute sa surface; alors la papule humide se trouve brusquement limitée par un liséré déchiqueté.

Les plaques muqueuses ont une *marche* chronique : abandonnées à elles-mêmes, elles durent très-longtemps, mais elles cèdent vite et facilement à un traitement général, et surtout à des soins de propreté. Elles se terminent le plus ordinairement par résolution, sans laisser aucune cicatrice. Cette tendance à céder ainsi à un traitement très-simple, non spécifique, fait de la plaque muqueuse un accident ordinairement peu grave.

Le *diagnostic* est facile; cependant on a pu confondre des plaques muqueuses de la gorge avec des *angines*, soit *herpétiques*, soit *pseudo-membraneuses*; mais ces dernières affections s'accompagnent souvent d'une fièvre plus intense, leur marche est aiguë, et leurs exsudats différents de ceux des tubercules muqueux; puis cette sorte d'angine syphilitique n'est pas une manifestation isolée; on observe en même temps d'autres symptômes constitutionnels.

On a confondu les plaques muqueuses avec les *chancres*. Le chancre mou en diffère parce qu'au lieu de faire saillie comme la plaque muqueuse, il est taillé à pic; en outre, le pus virulent qu'il sécrète est très-facilement inoculable sur le malade même. Le chancre infectant,

taillé à l'évidoir, est induré; la plaque muqueuse saillante a une base molle; et si cette base est quelquefois dure, elle n'a jamais l'induration chondroïde. Enfin, l'adénopathie indolente du chancre infectant est encore un signe différentiel important. La plaque muqueuse reconnue, on s'appuierait sur les considérations d'induration de la base et d'adénopathie pour distinguer une plaque développée sur un tissu sain d'une plaque muqueuse, suite de transformation d'un chancre *in situ*.

Les récidives ne sont pas rares ici, et l'on a remarqué que les plaques muqueuses qui récidivent sont d'un pronostic plus bénin que celles qui se sont développées les premières.

Sur 130 sujets atteints de plaques muqueuses, Bassereau a trouvé 77 fois un chancre, et, sur les 53 autres cas, 39 fois les malades ont affirmé avoir eu des chancres. Sur ces 77 chancres, 73 étaient indurés, 4 ne l'étaient pas manifestement; sur les 73 chancres indurés, 59 étaient de simples érosions chancreuses, 10 ne dépassaient pas l'épaisseur de la membrane muqueuse; 4 étaient des ulcérations légèrement phagédéniques.

Sur les 4 chancres non indurés, 3 étaient des ulcérations de toute l'épaisseur de la membrane, et il y avait une ulcération légèrement phagédénique. Dans cette statistique, la moyenne de l'époque d'apparition des plaques muqueuses a été du premier au deuxième mois, chez les malades qui n'avaient pas fait de traitement. Cette moyenne a varié du troisième au douzième mois chez ceux qui avaient été traités.

5° Des lésions des membranes muqueuses.

Les accidents qui se développent à la gorge des malades affectés de syphilis ont été d'abord comparés, au point de vue de la forme anatomique, aux manifestations cutanées de cette maladie; puis on en est venu peu à peu à isoler et à décrire à part des manifestations syphilitiques sur toutes les muqueuses; mais peut-être, là comme ailleurs, a-t-on un peu dépassé le but.

Baumès (1) et Ricord ont insisté les premiers sur l'analogie qui existe entre ces divers phénomènes; et les idées qu'ils avaient émises ont trouvé dans les travaux de Mac Carthy (2), Martellière (3), Cullerier (4), Pillon (5) et Dittrich (6), des développements très-complets.

(1) *Précis théorique et pratique des maladies vénériennes*, 1840.

(2) *Du diagnostic et de l'enchaînement des symptômes syphilitiques*, thèse inaugurale. Paris, 1844.

(3) *De l'angine syphilitique*, thèse. Paris, 1854.

(4) *De l'entérite syphilitique* (*Union médicale*, 1854, n° 137).

(5) *De l'entérite syphilitique*, etc. (*Gaz. des hôpitaux*, 1857, n° 66).

(6) Dans la thèse inaugurale de Ernest Müller : *Ueber das Auftreten der constitution Syphilis im Darmkanale* (De la syphilis constitutionnelle dans le canal intestinal). Erlangen, 1858.

a. Stomatite, angine syphilitiques. — Les lésions correspondent à diverses formes élémentaires, qui sont : l'érythème, la papule, la vésico-pustule, la bulle et les tubercules.

L'érythème est caractérisé par une rougeur ordinairement uniforme, qui occupe le voile du palais, la luette et les piliers. Ces parties sont le siège de sécheresse et de douleurs vives; elles ne donnent lieu à aucune sécrétion. L'érythème est ordinairement continu; quelquefois cependant il se montre par plaques; Cullerier a aussi signalé des érythèmes granulés, et Martellière parle d'une coloration grisâtre qui viendrait se mêler à l'érythème : mais ces deux dernières formes appartiennent à la syphilis tardive.

L'érythème est quelquefois méconnu; il n'en est plus de même, au moins ordinairement, des autres formes que nous allons maintenant étudier.

Les papules muqueuses occupent souvent le voile du palais et les amygdales; mais elles ne s'observent que très-rarement en arrière des piliers postérieurs. Elles commencent par des plaques rouges de forme variée; la gorge en même temps donne la sensation de sécheresse et est très-douloureuse. La coloration de ces plaques devient plus tard cendrée, et paraît l'effet d'une cautérisation au nitrate d'argent : c'est le début d'une exsudation plastique jaunâtre, très-adhérente. Cette exsudation cache une ulcération bordée par une muqueuse ordinairement rouge. Ces papules se développent également sur la langue et les lèvres, et, dans chacun de ces divers points, elles ont une physionomie particulière.

Les plaques muqueuses de la langue sont violacées, leur surface est unie et légèrement déprimée. Elles se trouvent surtout à la face supérieure et sur les faces latérales de la langue; leur forme est celle d'un ovale à grand diamètre antéro-postérieur; mais les plaques qui existent sur les côtés et à la pointe de la langue offrent une physionomie qui ressemble beaucoup à l'aspect des papules des lèvres et des joues, aspect que nous allons maintenant décrire.

Ces plaques présentent quelquefois au début une tache blanche, qui paraît l'effet d'une cautérisation au nitrate d'argent. Cette tache s'entoure plus tard d'une aréole rouge violacé. Dans d'autres cas, et surtout à la face interne des lèvres, elles débutent par une tache d'un violet foncé; l'épithélium est détruit; une pseudo-membrane peu consistante recouvre la plaque qui s'élève; le bouton s'ulcère, et offre à sa surface des granulations et des saillies végétantes. Au bord des lèvres elles forment des saillies fendillées dans le sens vertical, également humides et recouvertes ordinairement d'une matière jaunâtre concrète. Aux commissures, elles sont sous la forme de petites fissures radiées également fendillées, que le malade fait saigner par les divers mouvements qu'il imprime à ses lèvres.

Outre les papules et l'érythème, on observe encore sur les muqueuses des vésico-pustules, mais ces éruptions sont très-fugaces; des plaques

blanches ou des ulcérations viennent promptement succéder à ces lésions primitives.

L'aspect de ces vésico-pustules n'est pas non plus identique avec les vésicules et les pustules qui se montrent sur la peau; les conditions anatomiques expliquent ces différences. Nous avons eu aussi l'occasion d'observer deux fois des bulles assez volumineuses sur les amygdales.

Ces diverses formes primitives : les papules, les vésico-pustules, les bulles donnent lieu, à une période plus avancée, à des ulcérations ordinairement superficielles, variables par leur siège, leur étendue et les symptômes fonctionnels qu'elles provoquent; nous parlerons plus tard des ulcérations profondes qui succèdent à des tubercules.

Les ulcérations sont formées quelquefois par un seul élément primitif, et, dans ces cas, elles s'étendent régulièrement, affectant une forme ronde centrifuge. Dans d'autres cas, au contraire, une ulcération assez étendue, irrégulière, est formée par la réunion de plusieurs papules ou vésico-pustules. Ces ulcérations prennent aussi une forme elliptique. La douleur qu'elles causent est très-variable; on la voit assez souvent empêcher ou rendre au moins très-pénible la déglutition, et occasionner aux malades, pendant la nuit, des douleurs intolérables. Les ulcérations des piliers surtout donnent lieu à cette sensation douloureuse. Il est des cas, au contraire, où les malades s'aperçoivent à peine d'accidents qui ont envahi toute leur gorge. Les ulcérations de la langue ne sont ordinairement douloureuses que dans le mouvement qu'on imprime à cet organe; celles qui sont voisines de la trompe d'Eustache s'accompagnent de surdité et de douleurs auriculaires.

Il nous reste une dernière forme éruptive à étudier, les tubercules. On trouve d'abord sur la muqueuse un noyau circonscrit; ce noyau, indolent au début, s'enflamme bientôt, et à ce degré la douleur est vive. On observe alors des troubles fonctionnels assez prononcés, et variables suivant le siège du tubercule, auquel succède une ulcération à fond grisâtre, pultacé, s'étendant en largeur et en profondeur. Si l'ulcération siège sur le voile du palais, elle donne lieu à des perforations; si elle repose sur la voûte palatine, elle intéresse bientôt complètement la fibromuqueuse qui sert de périoste, et plus tard elle se complique de carie et de nécrose. Ces caries et ces nécroses consécutives aux lésions de la muqueuse appartiennent aux accidents tardifs de la forme secondaire, et doivent être distinguées des caries et des nécroses primitives, accidents véritablement tertiaires.

Les ulcérations profondes sont ordinairement moins douloureuses que les ulcérations superficielles dont nous venons de parler, et elles donnent lieu à si peu d'accidents, que les malades viennent quelquefois trouver le médecin quand déjà le voile du palais est perforé. Ces tubercules peuvent aussi occuper le pharynx, et donner lieu à des symptômes semblables à ceux que nous avons indiqués.

b. Exanthème intestinal, coryza syphilitiques. — Les diverses formes

que nous venons de décrire peuvent se montrer sur d'autres muqueuses, sur la muqueuse olfactive entre autres. Cullerier a signalé aussi un *exanthème syphilitique intestinal*, mais cette forme rare de la syphilis n'est pas encore bien connue. On peut admettre que le *coryza syphilitique* est produit par les diverses lésions élémentaires : érythèmes, vésicules, pustules, etc., dont nous venons de parler. J'en ai vu et guéri un cas très-remarquable, où, grâce à l'éclairage des fosses nasales, j'ai pu suivre jusqu'à cicatrisation complète des ulcérations secondaires qui avaient mis à nu la portion cartilagineuse de la cloison. Quelquefois on voit alors au bord des narines des ulcérations et des éruptions diverses.

Outre le *traitement* général que l'on doit prescrire pour ces divers accidents, il faudra employer aussi un *traitement* local. On conseillera pour les affections de la bouche et de la gorge les gargarismes astringents, et surtout les cautérisations avec des solutions concentrées de nitrate d'argent et de chlorure de zinc. La solution de nitrate d'argent au dixième réussit mieux pour les ulcérations étendues; le chlorure de zinc est plus indiqué dans le cas d'ulcérations profondes.

C'est à propos des lésions syphilitiques des membranes muqueuses que nous devons dire quelques mots des *rétrécissements* dits *syphilitiques* de l'œsophage et du rectum.

c. Rétrécissements syphilitiques de l'œsophage. — On a publié peu d'exemples probants de rétrécissement œsophagien de nature syphilitique. La plupart des médecins qui ont écrit sur la syphilis ne disent rien de ces rétrécissements, ou, s'ils en parlent, c'est pour ne pas admettre leur existence. L. Parker cependant croit avoir rencontré un fait de rétrécissement syphilitique de l'œsophage. Wilks (1) admet ces rétrécissements, mais il n'a pas eu l'occasion d'en observer un seul exemple. Dans ma thèse de concours pour l'agrégation (2), j'ai cité trois faits qui paraissent se rapporter à ce sujet : l'un est de Ruysch (*Nov. Anatom. medic. chirurg.*, décad. 1, art. 10, 24); le second a pour narrateur Haller : il parle de quelques succès obtenus par l'emploi des pilules mercurielles dans un cas de rétrécissement de l'œsophage (*Opuscula patholog.*, obs. 78); le troisième est une observation de Paletta (*Exercit. patholog.*, 1820). On y trouve mentionnée une dysphagie qui survint après la suppression d'une leucorrhée et la disparition d'une éruption papuleuse. Mais ce fait, comme les autres, est fort douteux. Depuis lors j'ai observé deux cas de dysphagie œsophagienne qu'on pouvait rattacher à la syphilis. Dans l'un de ces cas, il existait un psoriasis de la paume des mains, et le malade a guéri sans l'emploi de la sonde; dans l'autre, les lésions étaient plus profondes et la guérison n'a pas été complète, car il s'agissait sans doute de lésions cicatricielles qu'on améliore, mais qu'on ne guérit pas.

(1) *Pathological Anatomy*, p. 262.

(2) *Des rétrécissements de l'œsophage*. Paris, 1853.

West (1), chirurgien de Queen's Hospital, à Birmingham, a récemment fait connaître quelques faits nouveaux sur ce sujet : il a d'abord recherché s'il ne trouverait pas dans les auteurs anglais d'exemples de rétrécissement syphilitique œsophagien, et il en cite deux observations de Carmichael; mais rien ne prouve que ces observations soient relatives à des rétrécissements de l'œsophage; car on se borne à dire seulement que les malades avaient une gêne de la déglutition. N'est-ce pas là un symptôme de l'angine spécifique, et a-t-on besoin d'invoquer un rétrécissement œsophagien pour l'expliquer? Les renseignements qu'il emprunte à Astruc sont sans valeur, et l'observation de Daniel Turner, citée par lui, n'est pas plus concluante : il s'agit d'un malade dont la lueite avait disparu et dont les muscles qui servent à avaler ne pouvaient remplir leurs fonctions, de sorte que, comme les personnes affectées d'un cancer de ces parties, il était réellement en danger de mourir de faim. On apprit que ce malade avait eu la maladie vénérienne; on lui administra des fumigations cinabrées, et sous l'influence de ce traitement il fut amélioré. Enfin West a publié sur cette question deux observations qui lui sont personnelles : la première, dans laquelle l'autopsie du malade a été faite, est seule probante, et elle suffit pour faire admettre l'existence du rétrécissement syphilitique de l'œsophage. Les signes de ce rétrécissement sont ceux de tous les rétrécissements œsophagiens, et le diagnostic ne s'établit que par les symptômes concomitants.

d. Rétrécissements syphilitiques du rectum. — Les rétrécissements syphilitiques du rectum ont été signalés par plusieurs auteurs : Morgagni, Desault, Rayet, A. Bérard, Maslieurat-Lagemard, Laugier, Lagneau, Baumès, Vidal, Tanchou et Costallat; mais Gosselin les a surtout bien étudiés, et il a fait connaître des idées tout à fait nouvelles sur cette question (2). Depuis, von Bärensprung (3) et Leudet (4) ont publié des travaux sur ce sujet, et leurs observations confirment l'opinion de Gosselin. Les rétrécissements du rectum ne sont, ni pour ces auteurs ni pour nous, des manifestations diathésiques; nous aurions donc pu nous dispenser d'en parler ici; mais, ce faisant, nous aurions craint de passer sous silence une des plus grandes complications de la syphilis. Si ces lésions n'ont pas pour cause un chancre rectal, une blennorrhagie anale ou la pédérestie, elles ne sont pas toutefois étrangères aux maladies syphilitiques; car elles sont consécutives à des chancres de l'anus : c'est une lésion de voisinage, une altération de tissu produite par la sécrétion purulente du chancre; enfin une inflammation spéciale qui remonte dans le rectum. Gosselin compare cette influence locale à l'action du pus irri-

(1) *Dublin quarterly Journal*, 1861, et *Archives de médecine*, juin 1860.

(2) *Recherches sur les rétrécissements syph. du rectum* (*Archives de méd.*, décembre 1854).

(3) *Annalen des Charite-Krankenh.*, 1855, VI, 1.

(4) *Moniteur des sciences*, 1860, p. 1132.

tant sur la production des végétations ; il en fait aussi un accident semblable à l'esthiomène.

Presque tous ces rétrécissements ont été observés sur des femmes, qui sont beaucoup plus sujettes à cette maladie que les hommes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'anus est le siège de condylomes, c'est-à-dire de prolongements cutanés, ap'atis d'un côté à l'autre, formés par le développement hypertrophique de l'épiderme, des papilles et des couches superficielles du derme. Ces condylomes, ordinairement au nombre de deux ou trois, sont quelquefois parcourus par des vaisseaux.

Le rectum présente trois ordres de lésions très-remarquablement décrites par Gosselin : 1° les lésions situées au-dessous du rétrécissement ; 2° celles du rétrécissement ; 3° celles au-dessus du rétrécissement.

1° La muqueuse au-dessous du rétrécissement est rouge, couverte de pus ou de mucus sanguinolent ; çà et là elle est boursoufflée et forme des saillies mamelonnées ; on y trouve des cicatrices, ou quelquefois des fistules, soit anales, soit même recto-vaginales. — 2° Le point rétréci est tel que le doigt indicateur ne peut le franchir, et que le petit doigt passe ordinairement. Le rétrécissement est plus considérable sur le vivant qu'à l'autopsie. Dans les cas que Gosselin a eu l'occasion d'examiner sur le cadavre, le diamètre était de 3 centimètres et demi à 5 centimètres et demi ; l'état normal étant dans ce point de 9 à 10 centimètres. Toujours le rétrécissement est situé à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'anus ; Gosselin n'a jamais observé de rétrécissement syphilitique dans un point plus élevé. Les autres variétés de rétrécissement s'observent, au contraire, à toutes les hauteurs : cette remarque est confirmée par les faits de Desault, Costallat et de A. Bérard. Le rétrécissement n'a pas la forme d'une valvule membraneuse, mais consiste en un anneau dur, épais, se continuant insensiblement avec la muqueuse située au-dessus et au-dessous, et légèrement altérée elle-même. Son épaisseur est assez grande : Gosselin l'a trouvée, dans les trois autopsies qu'il a pratiquées, de 5 à 10 millimètres. Sa structure est fibreuse ; la muqueuse existe, mais confondue avec le tissu cellulaire sous-muqueux, elle a subi comme lui une transformation fibroïde. La couche musculuse est simplement hypertrophiée. — 3° La portion supérieure ou ampullaire est baignée par une certaine quantité de pus. La surface de l'intestin est rouge et la muqueuse érodée. Robin a vu que l'épithélium est altéré et a disparu en partie ; la couche fibreuse de nouvelle formation qui double la couche musculaire est plus ou moins mince ; mais cette couche musculaire présente une hypertrophie considérable des fibres circulaires. Les altérations existent dans une hauteur de 10 à 12 centimètres, et occupent toute la périphérie de l'intestin. Cette exulcération sus-ampullaire n'a pas été notée dans les autres variétés de rétrécissements : la ligne de démarcation est brusque entre la muqueuse saine et la muqueuse exulcérée ; elle se montre sous la forme d'un contour festonné.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les malades ont ordinairement de la diarrhée, rare-

ment de la constipation, mais souvent elles éprouvent des faux besoins et du ténésme ; pendant les efforts de la défécation, elles rendent du pus tantôt seul, tantôt mêlé aux matières fécales. Ce symptôme est un des plus persistants et une cause d'affaiblissement progressif pour les malades qui offrent un aspect cachectique. Cette affection ne s'accompagne pas, toutefois, d'hémorrhagies. Le toucher permettra de préciser l'étendue du rétrécissement, ses diverses particularités, et de reconnaître les caractères que nous avons déjà indiqués. Souvent on devra toucher certaines malades syphilitiques qui ne se plaignent pas de symptômes du côté du rectum, mais de phénomènes de voisinage. Gosselin, en effet, a trouvé quelquefois un rétrécissement du rectum chez des femmes qui ne se plaignaient que de troubles utérins.

D'autres lésions existent ordinairement avec cette maladie du rectum : nous avons signalé les fistules, les condylomes ; il y a encore les fissures, et Hugnier a cité deux coïncidences de rétrécissement du rectum et d'esthiomène de la vulve.

Le *diagnostic* repose sur le siège peu élevé du rétrécissement, ses dimensions, qui permettent encore de laisser passer le petit doigt, la sécrétion purulente, l'absence d'hémorrhagie, un chancre antécédent, la présence de condylomes, de fissures et de fistules.

TRAITEMENT. — Le traitement mercuriel est contre-indiqué ; l'iodure de potassium n'agit pas comme spécifique et ne diminue pas le rétrécissement. On administrera le fer et les toniques pour soutenir l'économie épuisée par la suppuration.

Les mèches sont plus utiles, quand elles sont employées seules et lorsque le rétrécissement est assez serré. On doit alors pratiquer des débridements multiples, et entretenir la dilatation par des mèches ; mais la guérison ne se maintient pas longtemps, et il faut recourir plusieurs fois à ce traitement. Gosselin conseille, pour continuer la dilatation, les bougies de cire, que les malades peuvent placer elles-mêmes.

6° De l'adénopathie constitutionnelle.

Nous voulons parler seulement ici des engorgements ganglionnaires, indépendants des chancres, et qu'on voit se manifester dans la syphilis constitutionnelle. Ces lésions, bien étudiées dans ces derniers temps par Sigmund (1), précèdent quelquefois les éruptions syphilitiques de la peau et des muqueuses, souvent se manifestent en même temps qu'elles, persistent en général quand tous ces symptômes ont disparu, et se retrouvent encore chez les enfants syphilitiques par hérédité.

Sigmund prétend que ces engorgements ganglionnaires ne sont que

(1) *Die chronische Schwellung der Lymphdrüsen bei Syphilis in pathologischer und therapeutischer Beziehung* [Du gonflement chronique des ganglions lymphatiques dans la syphilis au point de vue pathologique et thérapeutique] (*Wien. med. Wochenschrift*, 1859, nos 22, 23, 25).

l'extension lente et de proche en proche du même dépôt plastique qui était au voisinage de l'ulcère primitif. Quoi qu'il en soit, on les trouve sur tous les points du corps, et ils sont déjà saisissables du troisième au septième septénaire après le début du mal.

On ne voit guère, selon Sigmund, dans une autre maladie des engorgements ganglionnaires aussi multiples, aussi indépendants de lésions placées sur le trajet des vaisseaux lymphatiques qui aboutissent à ces ganglions.

L'adénopathie la plus saillante et la plus précoce est celle qui siège dans les ganglions cervicaux postérieurs : elle manque rarement. On la trouve assez souvent sans aucune lésion du cuir chevelu, du cou, de la muqueuse pharyngée. Cependant Bazin et Cullerier prétendent qu'elle est toujours consécutive à quelque lésion peu saisissable dans ces parties. On devra, lorsqu'on la constatera chez un syphilitique, bien s'assurer qu'il n'existait auparavant aucun engorgement ganglionnaire en cet endroit.

Mais l'engorgement peut exister aussi dans les ganglions cervicaux antérieurs, dans les ganglions axillaires, épitrochléens, etc., etc.

Ces ganglions engorgés sont en général peu volumineux, d'une consistance élastique, roulant sous la peau, à moins qu'ils ne soient, comme à la partie postérieure du cou, dans un tissu cellulaire très-dense. Ils sont peu douloureux; cependant l'adénopathie cervicale postérieure s'accompagne quelquefois d'une gêne dans les mouvements du cou, d'une sorte de torticolis.

La suppuration est très-rare dans ces ganglions syphilitiques; mais ils ne reviennent que très-difficilement sur eux-mêmes, et persistent souvent après un traitement régulier et longtemps continué.

70 Des lésions syphilitiques des yeux.

La syphilis produit du côté des yeux des désordres fort graves. La cornée est quelquefois atteinte, et cette forme de *kératite* tenace, chronique, se manifeste surtout à une époque avancée de la syphilis, par des dépôts plastiques plus ou moins épais dans le tissu de la membrane. Mais c'est le plus souvent du côté de l'iris, de la choroïde et de la rétine, que se font les exsudations syphilitiques de l'œil. Il me faudrait de trop grands développements pour faire ici l'histoire de la choroïdite et de la rétinite syphilitiques, car cela exigerait des notions ophthalmoscopiques qui ne seront données que plus tard. Toutefois ceux de mes lecteurs qui voudront tout de suite étudier ce sujet pourront consulter, pour la *choroïde syphilitique*, la thèse de Schultze (Paris, 1859), et pour la *rétinite syphilitique*, le remarquable travail que Métaxas (1) vient de publier sur les lésions de

(1) De l'exploration de la rétine et des altérations de cette membrane visibles à l'ophthalmoscope, thèse de Paris, 1861, p. 73.

la rétine. Je ne traiterai ici sommairement que de l'*iritis syphilitique*, accident fréquent et précoce de la syphilis constitutionnelle, me réservant d'en parler d'une façon plus complète dans l'article qui sera consacré aux maladies des yeux.

Iritis syphilitique. — L'iritis, en général, est un symptôme secondaire; quelquefois, mais plus rarement, un symptôme de transition, intermédiaire aux accidents secondaires et tertiaire. C'est, dans quelques cas, le seul phénomène morbide observé; cependant il est fréquent de voir cette affection s'accompagner d'une syphilide, souvent aussi d'une angine.

La maladie débute par des douleurs nocturnes assez intenses : ce sont elles qui portent le malade à consulter tout de suite le médecin, et fréquemment alors l'œil est déjà le siège de l'iritis; dans d'autres cas, le larmolement et la photophobie sont les premiers symptômes observés. L'œil est injecté; cette injection porte surtout sur les vaisseaux antérieurs de la sclérotique, et l'existence du *cercle périkératique* dit *sclérotidien* est un des premiers signes de l'iritis. La couleur de l'iris est modifiée, et ce changement, toujours si notable dans l'œil, varie lui-même suivant les teintes de l'iris normal. Chez les personnes qui ont les yeux bleus, l'iris est verdâtre et terne; il est d'un jaune fauve quand les yeux sont noirs. La tension de ce diaphragme intra-oculaire a également changé : l'iris est moins mobile : l'étendue de la pupille est ordinairement très-diminuée, et il est rare d'observer une disposition inverse. Mais, dans les deux cas, l'iris est beaucoup plus paresseux et n'est pas aussi sensible au plus ou moins de lumière qu'il reçoit. En même temps que le cercle pupillaire est plus rétréci, il a perdu sa forme arrondie, et ses bords présentent de l'irrégularité. Quelques oculistes ont même décrit une déformation de la pupille spéciale à l'iritis syphilitique. Beer professait que cette déformation avait pour caractère que la pupille était devenue ovale avec son grand axe dirigé de haut en bas et de dedans en dehors. Mais cette déformation est loin d'être constante et n'a absolument rien de spécial à l'iritis syphilitique, car on peut l'observer dans des iritis purement inflammatoires. Quelquefois la pupille a une direction inverse de celle que nous venons d'indiquer; dans d'autres cas, elle est verticale ou losangique; enfin il arrive plus souvent encore que cette déformation ne peut être ramenée à aucune forme géométrique déterminée, car elle est due à la rétraction d'exsudations qui se font au hasard sur des points très-variables de l'iris. Ces dépôts plastiques qui se forment dans l'iris produisent, à un degré plus avancé et suivant leur siège, des adhérences à la capsule cristalline : ces adhérences nous expliquent la persistance de ces déformations dans certains cas.

Sichel a signalé dans le bord pupillaire de l'iris un cercle rouillé ou cuivré qu'il considère comme caractéristique de l'iris syphilitique. Ce signe n'est pas absolu, mais il se rencontre assez souvent. Ricord considère l'iritis comme le résultat d'une éruption semblable à celle qui se manifeste sur la peau; il y aurait là des formes maculeuse, papuleuse, et les abcès qui se développent dans l'iris, et que quelques auteurs regardent