

1° *Syphilide exanthématique*. — M. Cazenave en distingue deux variétés. La première, nommée *roséole syphilitique*, est caractérisée par des taches d'un rouge cuivreux, légèrement confluentes, disparaissant lentement par la pression, occupant le tronc et les membres, apparaissant spontanément pendant le cours des symptômes primitifs ou quelques semaines après leur disparition, précédées parfois pendant un ou plusieurs jours de malaise, et même de fièvre, et plus souvent encore, d'après M. Cazenave, de douleurs vagues, quelquefois aiguës, dans les membres, et d'une angine avec chaleur, sécheresse, et teinte violacée de la membrane muqueuse; quelquefois même on remarque sur les amygdales une ou plusieurs ulcérations caractéristiques, mais peu profondes. Cette éruption peut être éphémère ou disparaître en quelques jours, laissant à sa place une teinte grisâtre qui persiste souvent plusieurs mois; en général, pourtant, elle a une marche lente. Sa durée est rarement moindre de trois ou quatre septénaires, pourvu qu'elle survienne dans le cours ou peu après la cessation des accidents primitifs; si elle se déclare longtemps après l'infection première, elle persiste plusieurs mois.

La deuxième forme de syphilide exanthématique admise par M. Cazenave est l'*érythème papuleux*, caractérisé par des plaques qui ne dépassent pas le volume d'une pièce d'un franc, et qui sont souvent moindres. Elles sont arrondies, légèrement saillantes, d'une teinte gris brunâtre; elles ne disparaissent qu'incomplètement par la pression et se terminent par délitescence ou par résolution. Cette éruption se développe presque toujours sans prodromes; elle occupe préférentiellement les membres, et surtout les bras, ou bien le ventre et la base de la poitrine, elle est très-rare à la face; souvent éphémère, elle paraît et disparaît sans s'accompagner de prurit. L'érythème papuleux syphilitique, qui n'a guère qu'une durée d'un à deux septénaires, n'a jamais été vu par M. Cazenave qu'accompagnant ou suivant de très-près les symptômes primitifs. C'est également ce qui a été constaté par M. Bassereau, qui regarde l'érythème syphilitique comme le symptôme le plus fréquent et comme étant la manifestation la plus précoce de la syphilis. Ces éruptions, par les points cachés du corps où elles se montrent, souvent par leurs nuances peu décidées, par l'absence du prurit, par leur durée souvent très-courte, passent parfois inaperçues. Elles coexistent surtout, ainsi que M. Bassereau le remarque, avec deux autres symptômes, avec l'intumescence des ganglions cervicaux postérieurs et avec un certain degré d'alopecie.

2° *Syphilide maculeuse*. — Nous rapprocherons des syphilides exanthématiques certaines taches qu'on nomme *macules*, ou *éphélides syphilitiques*, taches plus ou moins arrondies, d'une teinte cuivrée foncée, ayant de 3 à 4 centimètres de diamètre, non confluentes, disparaissant incomplètement par la pression, disséminées sur le tronc, sur les membres et à la face, quelquefois légèrement prurigineuses; elles ne sont susceptibles que de deux terminaisons: la résolution et l'exfoliation; elles ne s'ulcèrent jamais.

3° *Syphilide vésiculeuse*. — C'est la forme la plus rare. M. Bassereau en a observé douze cas. M. Cazenave, qui l'a bien décrite, dit qu'elle peut se présenter sous toutes les formes qui correspondent aux éruptions simples: ainsi, tantôt elle se manifeste par des vésicules rondes, globuleuses, d'un certain volume, isolées, comme dans la varicelle; tantôt elle apparaît sous forme de petits disques ou anneaux, réunissant un certain nombre de vésicules, comme dans l'herpès; d'autres fois enfin les vésicules, plus nombreuses encore, sont

disposées en groupes irréguliers et disséminées, comme dans l'eczéma. Toujours l'éruption présente la teinte syphilitique qui la fait aisément distinguer. M. Bassereau ajoute que l'état vésiculeux est court, tandis que les squames qui lui succèdent ainsi que l'engorgement rouge cuivré et parfois papuleux qui existe souvent à la base des vésicules, persistent longtemps. Lors de la séparation des petites squames qui succèdent à la dessiccation, il reste des taches qui ont les caractères des macules syphilitiques déjà décrites.

M. Bassereau a vu ce symptôme apparaître entre un mois et six mois après l'infection.

4° *Syphilide bulleuse*. — La syphilide bulleuse se présente avec les deux formes connues, avec la forme du pemphigus et avec celle du rupia. Le pemphigus syphilitique n'a guère été observé jusqu'à présent que chez les nouveau-nés; nous avons déjà dit (t. I<sup>er</sup>, art. *Pemphigus*) que M. Paul Dubois regardait comme ayant une origine syphilitique les bulles pemphigoïdes dont sont couverts les pieds et les mains de quelques enfants naissants. M. Cazenave partage cette opinion: cependant disons de nouveau que ce fait n'a encore que des présomptions en sa faveur; car, bien que les enfants qui présentent cette éruption succombent généralement peu après leur naissance, néanmoins on n'observe communément chez eux aucun signe plus certain de syphilis congénitale, et surtout ils n'ont pas toujours cette peau flétrie, cet aspect de vieillard, cet état général si remarquable que présentent souvent les nouveau-nés quand ils sont réellement infectés.

Le rupia syphilitique est une forme très-rare d'éruption vénérienne, on ne le constate guère que chez les adultes et à une période avancée de l'infection. Le rupia est caractérisé par des bulles larges, peu distendues, assez régulièrement arrondies, entourées d'une aréole cuivrée, remplies d'un liquide noirâtre qui se dessèche et forme une croûte plus épaisse au centre qu'à la périphérie. Ces croûtes coniques sont entourées d'un cercle violacé qui s'ulcère. Les solutions de continuité, en guérissant, laissent des cicatrices indélébiles.

5° *Syphilide pustuleuse*. — Cette forme est très-commune, elle se déclare ordinairement plusieurs années après la guérison des accidents primitifs. Les pustales n'offrent pas toujours la même apparence; quelquefois elles sont petites, étroites, conoïdes, à base dure, d'un rouge terne, nombreuses et groupées. On peut les observer partout; mais elles occupent surtout la face et le front, et simulent l'*acne rosacea*. Elles s'accompagnent d'une inflammation faible et elles ont une marche lente; elles finissent par se dessécher, et lorsque la croûte, d'un jaune grisâtre, tombe, on trouve à sa place une petite cicatrice circulaire ou une simple macule, mais rarement des ulcérations. Le plus souvent, les pustules qui caractérisent la forme de la syphilide que nous étudions à présent sont plus larges, aplaties, peu saillantes et disséminées; leur base, dure, est entourée d'une aréole rouge cuivré; elles existent surtout sur la poitrine ou sur le cuir chevelu. La croûte, en tombant, peut laisser, comme précédemment, une cicatrice, ou une injection livide, ou bien une induration du derme, ou bien enfin des ulcérations. La syphilide pustuleuse se montre quelquefois avec les caractères de l'impétigo discret ou confluent. Ce dernier constitue la forme de syphilide nommée *pustulo-crustacée*, caractérisée par de larges plaques rouges sur lesquelles naissent de petites pustules qui se confondent rapidement et se convertissent en croûtes qui cachent des ulcérations granuleuses, à bords élevés et taillés à pic. Ces plaques sont entourées d'une large



aréole cuivrée tout à fait caractéristique. Ailleurs les pustules, plus volumineuses encore, ressemblent tout à fait à celles de l'ecthyma (*ecthyma syphilitique*). Elles sont rares, discrètes; elles occupent spécialement les membres; elles diffèrent surtout des pustules de l'ecthyma simple par l'aréole cuivrée qui est d'un rouge pourpre dans celui-ci. Les croûtes sont dures, noirâtres, arrondies, sillonnées; elles sont fortement adhérentes, et après leur chute on trouve des ulcérations profondes, à bords durs, violacés, et taillés à pic; leur fond est grisâtre, blafard; elles s'agrandissent, se recouvrent de nouvelles croûtes, et, lorsqu'elles guérissent, elles laissent après elles des cicatrices indélébiles. La chute des ongles, qu'on observe si souvent dans la syphilis constitutionnelle, est due le plus souvent à des pustules et à des ulcérations qui détruisent la matrice de l'ongle : celui-ci alors se dessèche, noircit et tombe (*onyxis* ou *onglade syphilitique*).

Chez les enfants qui sont infectés dans le sein maternel, la syphilis se révèle surtout par des pustules, et notamment par la forme *ecthyma*. Presque toujours ce n'est que quinze jours, trois ou six semaines après la naissance, que ces accidents se déclarent; ce n'est que très-exceptionnellement que les enfants naissent couverts par l'éruption (pustules, croûtes, ulcérations); dans ce dernier cas, ils sont remarquables par l'amaigrissement de leur corps, par leur état cacochyme et par une sorte de ratatinement de la figure qui les fait ressembler à de petits vieillards.

6° *Syphilide tuberculeuse*. — C'est une forme très-fréquente des syphilides, et qui survient ordinairement longtemps après les accidents primitifs. Elle est caractérisée par des tubercules dont le volume varie depuis celui d'une tête d'épingle ou d'un pois, jusqu'à celui d'une amande ou d'une petite noix. Ils sont d'un rouge cuivreux, oblongs, aplatis, épars, plus souvent groupés en cercle. Ils peuvent occuper tout le corps; mais on les observe surtout à la face, sur le nez et aux commissures des lèvres. Les uns restent longtemps stationnaires, plusieurs années par exemple, conservant une surface lisse, polie qui se desquame de temps en temps. Lorsque la guérison survient, les petites tumeurs se dépriment, puis disparaissent; leur place est marquée quelque temps encore par une teinte d'un rouge livide. D'autres fois, les tubercules, d'un rouge violacé, tendus, douloureux, s'ulcèrent et se recouvrent de croûtes épaisses. Les ulcères ont les mêmes caractères que ceux qui succèdent aux pustules; ils ont plus de tendance à s'étendre en profondeur et en surface : ce sont de véritables lupus qui finissent par amener la destruction de certaines parties, comme les ailes du nez, les lèvres, etc. D'autres ulcérations sont serpiginieuses, superficielles, étroites, et affectent toutes sortes de directions et de figures. C'est à la forme tuberculeuse, mais à une forme incomparablement plus bénigne que celle-ci, qu'il faut rapporter l'altération que nous avons déjà décrite sous les noms de *tubercules plats*, de *pustules humides*, altération qui, comme nous l'avons dit, est fréquemment primitive, mais qui constitue plus souvent encore un accident consécutif.

7° *Syphilide papuleuse (lichen syphilitique)*. — Elle est caractérisée par de petites élevures pleines, peu saillantes au-dessus du niveau de la peau, dures, solides, jamais suivies d'ulcération, et se terminant toujours par résolution ou par desquamations. Parfois elles laissent une petite dépression capable de loger une tête d'épingle, et qui se dissipe spontanément après quelques mois. On a distingué deux variétés de syphilide papuleuse. L'une aiguë, pouvant se

déclarer pendant le cours des accidents primitifs, et caractérisée par l'éruption d'innombrables saillies dont les aréoles rougeâtres, en se confondant, donnent l'aspect d'une vaste surface cuivrée, hérissée de petites élevures d'un rouge moins foncé. Cette éruption, qui correspond au *scabies venerea* de quelques auteurs, survient promptement; elle est complète en vingt-quatre heures. Sa durée est généralement courte; elle disparaît après quelques jours, en laissant à sa place de petites taches qui finissent elles-mêmes par se dissiper. La seconde forme diffère de la première par les caractères de l'éruption et par la marche qu'elle suit : les papules, plus larges, ont le volume de petites lentilles; elles sont arrondies, se développent lentement et successivement, elles occupent les membres, surtout dans le sens de la flexion, elles ne sont pas rares ni au front ni sur le cou. Ces papules ne produisent pas de prurit, leur sommet se couvre souvent d'une pellicule sèche et grisâtre qui tombe et se reforme sans cesse jusqu'à l'affaissement de la tumeur, à la place de laquelle il reste une tache d'un blanc grisâtre qui disparaît lentement.

8° *Syphilide squameuse*. — Cette espèce de syphilide est caractérisée par des écailles sèches et grisâtres surmontant de petites élevures de couleur cuivrée. Elle peut se présenter sous les apparences de la *lèpre* ou sous celles du *psoriasis*, et particulièrement du *psoriasis guttata*. Mais elle diffère surtout de la lèpre ordinaire par la couleur presque noire des plaques : de là le nom de *lepra nigricans* sous lequel beaucoup de personnes l'ont désignée. La forme *psoriasis* diffère du *psoriasis guttata simplex*, non-seulement par la couleur cuivrée, mais encore par un petit liséré blanc autour de la base de chaque plaque, adhérant à cette base, ce qui est considéré par Bielt comme un caractère pathognomonique. Bielt a aussi décrit une forme de syphilide squameuse à laquelle il donne le nom de *cornée*, en raison de la dureté, de la couleur grisâtre et de l'aspect fendillé des plaques. Cette forme se rencontre plus spécialement à la face palmaire et à la plante des pieds. Elle se manifeste par des points légèrement élevés, cuivrés, souvent arrondis, recouverts de squames dures, grisâtres, qui parfois forment une vaste plaque épaisse, et qui est le siège de fissures et de rhagades souvent fort douloureuses. Autour de la plaque il existe toujours une aréole large ayant la teinte syphilitique. Souvent, au lieu de former une plaque uniforme, la syphilide squameuse est disposée par points arrondis, peu saillants, de l'étendue d'un centimètre, présentant au centre un point dur, blanc, corné, qu'on peut quelquefois faire sauter avec l'ongle, mais qui d'autres fois pénètre comme un coin dans l'épaisseur de la peau (Cazenave). Cette syphilide persiste souvent pendant des années entières.

Telles sont les différentes éruptions que la syphilis peut produire à la peau. Elles peuvent exister isolément; quelquefois plusieurs sont réunies sur le même sujet, et coexistent avec d'autres accidents constitutionnels, notamment avec l'iritis, et surtout avec quelque éruption analogue, sur une des muqueuses accessibles à la vue. Pour terminer ce qui a rapport aux effets du virus syphilitique sur la peau, nous dirons qu'indépendamment de l'*onyxis*, on observe fréquemment la chute des cheveux et des poils, ce qui dépend de quelque altération du bulbe non encore décrite : c'est l'*alopécie*. Dans beaucoup de cas, les cheveux et les poils ne repoussent plus : il est de ces individus dont la peau reste ainsi pour la vie entièrement glabre. Nous avons dit précédemment que l'*alopécie* était souvent une des manifestations les plus précoces de la syphilis constitutionnelle.

**Diagnostic.** — Comme MM. Cazenave et Schedel l'observent, les syphilides



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

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

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

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

De la syphilis constitutionnelle des membranes muqueuses.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

(1) Archives de médecine, année 1854.

(2) Moniteur des sciences médicales, année 1860.