

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

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

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

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

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

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

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

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

5° *Muqueuse laryngo-trachéale.* — Nous ne ferons que rappeler ici que le virus vénérien peut produire des ulcérations sur la muqueuse laryngo-trachéale, et devenir ainsi une cause de phthisie. On en trouve plusieurs exemples dans le mémoire de MM. Trousseau et Belloc. D'après un travail publié en 1844 dans *London medical Gazette*, il paraîtrait que les docteurs Munck et Sadowski (de Prague) auraient même vu plusieurs fois des ulcérations de nature vénérienne dans les bronches, et jusque dans leurs petites ramifications.

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

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

De l'iritis syphilitique.

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

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

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

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

Du testicule vénérien.

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

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

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

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

Syphilis consécutive du tissu cellulaire.

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

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

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

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

Syphilis consécutive des tissus musculaire, fibreux et osseux.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De la syphilis viscérale.

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

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

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

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

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

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

(4) *Ibid.*, année 1852.

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

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