

gitiques de l'avant-bras. Cette lymphangite de la période primaire peut se faire soit dans les gros vaisseaux, soit au contraire se produire dans les petits vaisseaux et se présenter sous l'aspect de lymphangite réticulée ou d'œdème lymphangitique. Les deux formes coïncident d'ailleurs fréquemment, comme vous le constatez journellement dans mes salles.

Les *lymphangites des gros vaisseaux* lymphatiques donnent à la palpation la sensation de ficelles dures partant du chancre et roulant sous le doigt. Parfois ces espèces de ficelles présentent sur leur trajet des noues qui correspondent aux valvules des vaisseaux lymphatiques. Il peut y avoir ainsi plusieurs cordons en général plus ou moins parallèles, souvent il n'existe qu'un seul cordon. Le type de ces lymphangites est la lymphangite dorsale de la verge que vous pouvez constater avec une grande netteté sur les 8 malades que je vous présente. Cette lymphangite dorsale de la verge a été longtemps considérée comme une phlébite de la veine dorsale de la verge, ou bien comme un épaississement du tissu conjonctif entourant l'artère et la veine dorsale; Auspitz et Unna soutiennent même encore cette opinion. Mais Bassereau a bien montré anatomiquement, il y a plusieurs années, qu'il s'agit là d'une lymphangite (1). Il ne faut pas oublier non plus que souvent l'artère et la veine dorsale de la verge se trouvent englobées avec le lymphatique ou les lymphatiques qui les accompagnent dans une sorte d'étui de tissu conjonctif atteint d'œdème inflammatoire. D'ailleurs il se peut fort bien que suivant les cas, suivant que l'absorption se fait surtout par le sang ou par les lymphatiques, il y ait plutôt phlébite que lymphangite

(1) Cette démonstration faite il y a longtemps par Bassereau, vient d'être vérifiée de nouveau anatomiquement par le professeur Neumann, de Vienne (*Société Royale de médecine de Vienne*, 20 mars 1885).

dorsale de la verge. Parfois ces traînées lymphangitiques se trouvent groupés sous forme de cordons aplatis ou de réseaux. Ceci s'observe surtout dans le pli génito-crural. Vous pouvez sentir sur ces deux malades des espèces de ficelles réunissant les ganglions inguinaux. Ce ne sont autre chose que des cordons lymphangitiques.

Il se montre souvent au voisinage du chancre des *lymphangites réticulaires* présentant la forme de plaques ou de noyaux gros comme des pois ou des haricots et simulant par conséquent les indurations secondaires dont je vous ai parlé à propos des complications du chancre. Ces lymphangites réticulaires en plaques ou en nodules peuvent être accolées au chancre ou, au contraire, en être distantes. Elles s'accompagnent souvent d'un œdème parfois accentué de la région, œdème qui dans certains cas persiste, devient pour ainsi dire chronique et aboutit à l'œdème dur et à la déformation des parties. Je vous en ai montré de beaux exemples à la verge et aux grandes et petites lèvres. En voici de nouveaux cas.

De même que l'adénite primaire ou syphilôme ganglionnaire, ces lymphangites qui accompagnent le syphilôme primaire sont en général indolentes, aphlegmasiques; elles passent souvent inaperçues, il faut les chercher, elles ne suppurent pas. En un mot, elles présentent les caractères ordinaires des syphilômes des périodes primaires.

Dans des cas très rares on a vu les noyaux lymphangitiques s'abcéder, ou l'on a vu se former le long du trajet d'un vaisseau lymphatique induré un abcès, lequel finissait par s'ouvrir en donnant issue à un liquide séropurulent. Ces abcès ont parfois donné naissance à une fistule pouvant être cathétérisée, fistule lymphatique difficile à guérir et durant longtemps (Ricord, Bassereau, Lailler, Horteloup, Jullien, etc.).

Messieurs, il est intéressant de comparer rapidement

lès lésions des lymphatiques à la période du syphilôme primaire avec celles que l'on observe dans les périodes plus tardives de la syphilis, dans les périodes dites secondaires et tertiaires.

Vous savez que peu à peu, successivement, lentement, on voit dans les premiers mois qui suivent l'apparition du chancre se prendre successivement tous les ganglions de l'économie. Or ces ganglions ainsi engorgés présentent des caractères cliniques absolument semblables à ceux de l'adénopathie dite primaire. Palpez les ganglions lymphatiques cervicaux de ces différents malades au début de la période dite secondaire et vous retrouvez sur ces ganglions tous les caractères que je vous ai indiqués à propos de l'adénopathie dite primaire. Comme les ganglions de l'adénopathie primaire, ils sont durs, ils roulent sous le doigt, ils sont multiples, ils sont aplegmasiques. Comme eux, ce sont des syphilômes ganglionnaires résolutifs pouvant parfois persister longtemps et survivre de plusieurs mois et même d'un ou deux ans aux éruptions syphilitiques avec lesquels ils coïncidaient. Comme l'adénopathie primaire, ils peuvent exceptionnellement subir la dégénérescence syphilitico-strumeuse, comme eux ils peuvent dans des cas très rares s'enflammer, s'abcéder, exemple : les abcès rétropharyngiens d'origine ganglionnaire bien décrits par Fournier; exemple, le nommé B....., que vous avez vu encore dernièrement, et chez lequel des ganglions sous-maxillaires secondaires se transformèrent en un adéno-phlegmon qui nécessita l'intervention chirurgicale de mon collègue et ami le professeur Follet. — De même que l'adénopathie primaire, ces adénopathies secondaires peuvent s'accompagner de lymphangites en cordons ou de lymphangites réticulées presque toujours également résolutives. Enfin il n'est pas jusqu'à l'anatomie pathologique comparée de l'adénopathie primaire et secondaire qui ne vienne encore accentuer cette ressemblance. Lisez

dans les leçons de Cornil sur la syphilis la description histologique des ganglions primaires et secondaires et vous verrez que leur structure histologique est la même. Vous verrez que l'état lobulé que présentent les ganglions syphilitiques quand on leur a enlevé leurs capsules, tient, comme l'a bien montré Cornil dans les deux cas : à l'épaississement de la capsule ganglionnaire, à l'épaississement du tissu conjonctif des cloisons fibreuses étendues de la capsule au hile, à la tuméfaction du tissu réticulé fin du ganglion, et à l'augmentation du nombre des éléments des sinus lymphatiques; comme vous pouvez également le constater sur ces préparations. En un mot, vous voyez qu'il s'agit ici d'adénites et de lymphangites, spécifiques, ou mieux de syphilômes des ganglions lymphatiques, syphilômes en général résolutifs.

Dans les périodes plus tardives de la vérole, alors que se montrent les syphilômes non résolutifs, il se produit parfois des syphilômes ganglionnaires et des lymphangites gommeuses, non résolutives en général, bien décrites par mon maître Lailler. Je vous en ai déjà parlé. J'aurai à y revenir plus tard (1).

Messieurs, nous avons vu tout à l'heure que les ganglions à la période du syphilôme primaire se prennent successivement et anatomiquement.

(1) Ces adénites et lymphangites de périodes dites secondaires et tertiaires peuvent se rencontrer primitivement, sans paraître tirer leur origine d'une lésion tégumentaire, d'un syphilôme tégumentaire visible ou appréciable cliniquement tout au moins (adénites de la période dite secondaire; écrouelles syphilitiques proprement dites des périodes tardives, etc.).

Dans d'autres cas au contraire, elles sont en rapport avec une lésion spécifique du tégument (adénites cervicales symptomatiques de papules croûteuses du cuir chevelu à la période dite secondaire, lymphangites partant d'un foyer gommeux, etc.). Dans ce cas elles sont symptomatiques et comparables en entier aux adénites et lymphangites symptomatiques du syphilôme primaire.

C. 1^o *Marche du virus.* — Ces faits cliniques et anatomiques ont une grande importance théorique. Ne démontrent-ils pas, en effet, que le virus syphilitique chemine lentement du chancre aux ganglions voisins, puis aux autres ganglions par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques qui l'absorbent lentement? En un mot, l'absorption du virus ne paraît-elle pas se faire lentement et de proche en proche par les lymphatiques?

Cette opinion est d'ailleurs complètement d'accord avec la pathologie générale. Inoculons, par exemple, un animal sous la peau avec du virus tuberculeux. Nous voyons également se prendre le ou les ganglions qui aboutissent au foyer d'inoculation, à ce tuberculôme primaire qui présente avec le chancre syphilitique une telle analogie, que mon ami le D^r Hippolyte Martin, auquel nous devons des recherches si importantes sur la tuberculose, lui a donné le nom de chancre tuberculeux. J'ai moi-même inoculé bien des fois et de bien des façons diverses espèces animales avec des produits tuberculeux, et j'ai bien souvent été frappé par l'existence de ces lymphangites et de ces adénites spécifiques existant au niveau des lymphatiques aboutissant à mon foyer d'inoculation, à ce que, par comparaison avec le syphilôme primaire, j'appellerais volontiers le *tuberculôme primaire*.

J'ai observé des faits analogues dans mes inoculations expérimentales de lupus, (Voir Leloir, *Nature du lupus vulgaris*. Communication au Congrès international des sciences médicales de Copenhague, *Progrès médical*, 1884), et j'ai été frappé de l'analogie qui existe dans certains cas entre ces inoculations tuberculeuses expérimentales, ces inoculations de lupus et ce que la clinique et de coupables expériences nous ont montré chez l'homme. Si j'osais pousser plus loin la comparaison, je dirais que le *tuberculôme primaire expérimental correspond au syphilôme primaire*. Que les lymphangites et adénites partant de ce tuberculôme

primaire correspondent aux lymphangites et adénites compagnes du chancre.

Les différences de durée dans l'apparition des accidents de ces deux maladies virulentes ne sont même pas toujours aussi grandes qu'on pourrait le croire au premier abord. J'ai souvent vu le chancre tuberculeux, première réaction du virus au niveau du point inoculé, ne se montrer qu'une huitaine de jours et plus après l'inoculation. J'ai souvent vu dans mes expériences l'explosion de la tuberculose plus ou moins généralisée ne se montrer que six semaines et même plus après l'apparition du tuberculôme primaire (1).

Vous voyez que dans ces conditions nous sommes loin de l'opinion de Ricord, qui faisait du chancre infectant le premier des accidents secondaires. Vous voyez que pour nous le syphilôme primaire *et ses racines* doivent être considérés, pendant un certain temps, comme un accident local. A ceux qui n'admettraient pas cette opinion, à ceux qui voudraient faire du syphilôme primaire le *retentissement local d'un état général*, nous rappellerons seulement que les lésions tuberculeuses des différents tissus et viscères, même lorsqu'elles étaient on ne peut plus localisées, ont été bien longtemps considérées comme des manifestations locales d'un état général, et que cependant, depuis quelques années, personne ne peut plus nier les tuberculoses locales.

(1) Rappelons ici en terminant que Bümm (*Vierteljahresschrift für Dermatologie*, 1882) a montré que le virus syphilitique existait dans les ganglions par l'inoculation de parcelles de ces ganglions à un sujet sain.

Rappelons encore que, dans les périodes plus tardives de la vérole, les ganglions lymphatiques seraient pour Virchow, Kirchhofer, etc., de véritables entrepôts de virus syphilitique. Les fluxions ganglionnaires (Billroth) seraient la cause du retour du virus dans le sang, et de l'explosion de nouveaux accidents syphilitiques. Il y aurait là d'intéressantes recherches à faire.

2° *Racines du chancre.*—Donc, Messieurs, il paraît très probable que les lésions des vaisseaux lymphatiques, *au début* de la période primaire tout au moins, constituent *une* des racines du chancre; racines se développant vite sans doute, racines s'étendant sans doute rapidement au loin, mais enfin racines (1).

Donc, je pense que le chancre et ses *racines* sont, *au début*, des accidents locaux. C'est de cette sorte de pieuvre enchâssée dans les tissus que le virus diffuse dans le reste de l'organisme.

Mais, Messieurs, les lymphatiques constituent-ils la seule racine du chancre? Non, probablement. Il est possible que les vaisseaux sanguins voisins du chancre, dont les altérations ont été bien décrites par Auspitz et Unna, Cornil, etc., doivent aussi, dans certains cas, être considérés comme les racines du chancre. On peut supposer que, ainsi que l'a surtout bien montré pour l'infection purulente, mon maître regretté le professeur Parise (de Lille), et ainsi que Weigert l'a bien montré pour la tuberculose miliaire aiguë, l'infection peut se faire aussi directement dans le *sang* lorsqu'il existe une *phlébite syphilitique* comparable à la phlébite suppurée que Parise vous a montrée dans toutes ses autopsies d'infections purulentes, et comparable aussi à la phlébite tuberculeuse que Weigert a constatée dans la plupart des cas de tuberculose miliaire aiguë.

Enfin, il est vraisemblable qu'aux deux racines précédentes on doive en ajouter une troisième, c'est-à-dire l'envahissement de proche en proche du tissu conjonctif par le virus syphilitique, comme le professait notre com-

(1) Il est possible que, dans certains cas, ces lymphangites, lorsqu'elles siègent au niveau de certains gros vaisseaux lymphatiques, soient comparables aux lymphangites tuberculeuses dont l'importance pathogénique a été bien mise en lumière par Ponfiek dans certaines tuberculoses miliaires aiguës.

patriote, le regretté Küss (de Strasbourg). Les indurations de voisinage, certains syphilômes chancrifformes des périodes primaires, sont des manifestations qui plaideraient en faveur de cette théorie. D'ailleurs, le tissu conjonctif n'est autre chose que l'origine du système lymphatique (Ranvier).

Il serait intéressant de pouvoir déterminer si les variétés dans la rapidité d'absorption du virus et partant les différences que l'on observe dans l'apparition des phénomènes d'infection générale, ne sont pas en rapport avec les variétés (passez-moi l'expression) radiculaires précédentes. Cette hypothèse est séduisante, mais presque impossible à vérifier, car toutes les racines précitées doivent coexister dans la majorité des cas, si ce n'est toujours.

Donc le chancre, Messieurs, est un foyer virulent. Donc ce foyer virulent doit être considéré comme l'une des sources de l'infection générale de l'organisme. Il n'est pas la réaction locale d'un état général; il n'est pas le premier des accidents secondaires.

Est-ce à dire que, lorsque le chancre se montre, l'organisme ne soit pas infecté? Peut-on considérer cette apparition précoce du syphilôme primaire comme dépendant seulement de l'accumulation considérable du virus en un point du tégument, bien qu'il existe déjà du virus disséminé dans le reste de l'organisme (1)? Ou, au contraire, le chancre *au début* et ses racines sont-elles uniquement un foyer dans lequel se multiplie le virus, foyer local d'où part l'infection générale?

Vous voyez que je penche vers cette deuxième hypothèse. Mais je suis éclectique. Le chancre, au début, semble être un foyer local, mais ses *racines* le sont

(1) La plus grande abondance du virus au niveau du point d'inoculation, la pullulation plus précoce du microbe spécifique en ce point, son siège plus superficiel et en partie épidermique pourraient expliquer l'apparition précoce du syphilôme primaire?

aussi. Or, comme ces racines peuvent être très nombreuses et étendues, comme nous ne savons pas d'une façon précise l'époque à laquelle elles se développent, il est difficile de dire où s'arrête l'infection.

D'ailleurs, s'il était prouvé que le virus syphilitique puisse, dans certains cas, pénétrer de suite et directement dans le sang; si, comme le dit le professeur Neisser, les bactéries de la syphilis arrivaient parfois directement et immédiatement dans la circulation générale, le chancre devrait être considéré comme un premier syphilôme dont l'apparition précoce dépendrait seulement de l'accumulation plus considérable du virus en un point du tégument.

Quoi qu'il en soit de la discussion précédente, le chancre paraît être un foyer où le virus pullule, où le virus se multiplie. Donc, quand on le peut, il faut enlever le chancre, mais il faut l'enlever avec ses racines, comme le dit si bien Diday. (*Semaine médicale*, 1882.) Mais comme les ganglions constituent une des principales racines du chancre, il faudrait aussi les enlever. Vous voyez d'ici les difficultés pratiques d'une pareille méthode. Cependant, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, certains auteurs (Bümm, etc....) les ont enlevés (1).

(1) Diday et Doyon, dans leur annotation à la *Syphilis bactérienne de Neisser*, sont partisans de cette « éradication de la syphilis ». (Diday). Ces deux éminents syphiligraphes lyonnais ont entrepris avec le professeur Arloing de Lyon une série d'expériences (en opérant sur une maladie analogue à la syphilis pour connaître expérimentalement la limite du temps où l'excision des ganglions conserve encore le pouvoir de prévenir l'infection générale). Mais, en admettant que ces expériences faites avec le virus tuberculeux leur donnent des résultats, il serait difficile d'établir une comparaison exacte au point de vue du temps entre l'absorption par voie lymphatique du virus tuberculeux et l'absorption par voie lymphatique du virus syphilitique.

DOUZIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — *Etat général de l'organisme pendant la période de syphilôme primaire.* — L'organisme est-il infecté tout entier à cette période ou non? — Période dite de deuxième incubation. — Sa durée. — Cette durée peut-elle être modifiée dans certaines conditions? Dans quelles conditions? Exemple. — Importance pratique de la connaissance de cette période de deuxième incubation.

Pronostic du chancre : I. *Au point de vue local*; II. *Au point de vue général.*

A. *Pronostic tiré de l'aspect mauvais du chancre.* — Sa valeur. — Syphilis graves précédées d'un syphilôme primaire ulcéreux. — Exemples. — Discussion. — Etiologie des syphilis graves et des syphilis malignes précoces. — Pronostic immédiat. Pronostic d'avenir. Exemples et discussion. — B. *Pronostic tiré de l'aspect bénin du chancre.* — Pronostic immédiat. — Pronostic d'avenir. — Exemples. — Discussion. — Conclusions générales.

Messieurs,

Quoi qu'il en soit de la discussion précédente, il est certain que, *cliniquement*, l'organisme ne présente pas de signe réactionnel indiquant une infection générale lorsque le chancre se montre. Et pendant une longue durée encore (30 à 40 jours environ), le syphilôme primaire et l'adénopathie qui l'accompagne sont les seuls signes d'infection qui existent. C'est la période primaire à laquelle quelques auteurs ont donné le nom de deuxième incubation.

Lorsque éclate le feu d'artifice du début de la période dite secondaire, le syphilôme primaire peut certes exister encore. Mais s'il existe encore, ce qui est loin d'être la règle, il est en voie de réparation, de disparition. Donc, cette période dite de deuxième incubation qui, selon moi, serait mieux appelée période du syphilôme